

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA**

**ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**TESIS PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA**

**CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON  
LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA  
HUMANA EN LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD  
DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD DEL ÁMBITO B1, DEL  
CENTRO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL  
BUEN PASTOR, ENERO, 2017**

**SUSTENTANTE**

**AMELIA ROMERO VILLALOBOS**

**SAN JOSÉ, 2017**

## TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN .....	7
CAPÍTULO I .....	11
MARCO CONTEXTUAL.....	11
1.1 Justificación de la investigación .....	19
1.2 Redacción del problema central.....	23
1.3 Objetivos .....	24
1.4.1 Objetivo general.....	24
1.4.2 Objetivos específicos .....	24
1.5 Limitaciones .....	25
CAPÍTULO II .....	26
CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO .....	26
2.1 Contexto histórico .....	27
2.1.1. Antecedentes internacionales de la prevención del virus de inmunodeficiencia en centros penitenciarios. ....	27
2.1.2. Antecedentes nacionales de la prevención del virus de inmunodeficiencia en los centros penitenciarios .....	31
2.2. Marco teórico .....	36
2.2.1 Situación actual de la población privada de libertad femenina de Costa Rica .....	36
2.2.2 Virus de inmunodeficiencia humana desde un enfoque biosocial.....	53
2.2.3 Estrategias de prevención del virus de inmunodeficiencia humana y el rol del profesional de enfermería .....	59
2.2.4 Teorizante de enfermería.....	72
CAPÍTULO III .....	77
MARCO METODOLÓGICO .....	77
3.2. Área de estudio .....	79
3.2.1. Población .....	79
3.3. Criterios de inclusión y exclusión .....	79
3.3.1. Criterios de inclusión.....	79
3.3.2. Criterios de exclusión.....	79
3.4. Fuentes de información.....	80

3.4.1. Fuentes primarias .....	80
3.4.2. Fuentes secundarias.....	80
3.5. Técnicas e instrumentos de recolección .....	80
3.6. Operacionalización de variables .....	82
CAPÍTULO IV .....	88
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....	88
CAPÍTULO V .....	132
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	132
5.2. Recomendaciones .....	135
BIBLIOGRAFÍA .....	137
ANEXOS .....	146
Anexo 1: Declaración jurada .....	147
Anexo 2: Carta del tutor .....	148
Anexo 3: Carta del lector.....	149
Anexo 4: Carta del filólogo .....	150
Anexo 5: Cuestionario de aplicación .....	151
Anexo 6: Agradecimiento .....	157
Anexo 7: Dedicatoria.....	158

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura N°1.</b> Egresos hospitalarios a causa de Enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana según grupos de edad, por la Caja Costarricense de Seguro Social, año 2015.....	17
<b>Figura N°2.</b> Población femenina privada de libertad en el sistema penitenciario de Costa Rica según programa, agosto, 2016.....	41
<b>Figura N°3.</b> Distribución porcentual por delito del CAI Buen Pastor, agosto 2016.....	45
<b>Figura N°4:</b> Número de consultas en el área de salud del CAI Buen Pastor, durante el periodo 2013-2015.....	52
<b>Figura N°5.</b> Distribución porcentual según edad de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	89
<b>Figura N°6.</b> Distribución porcentual según estado civil de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2016.....	90
<b>Figura N°7.</b> Distribución porcentual según paridad de mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	91
<b>Figura N°8.</b> Distribución porcentual según grado académico de las mujeres privadas de libertad ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	93
<b>Figura N°9.</b> Distribución porcentual según tiempo de privación de libertad de las mujeres del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	95
<b>Figura N°10.</b> Distribución porcentual según número de detenciones de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	96
<b>Figura N°11.</b> Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 que reciben algún tipo de ingreso económico por parte del CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	97
<b>Figura N°12.</b> Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1, según antecedente de infección de transmisión sexual en el último año, del CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	99

<b>Figura N°13.</b> Distribución porcentual según apoyo familiar de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	102
<b>Figura N°14.</b> Distribución porcentual según conocimiento sobre el VIH de mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	103
<b>Figura N°15.</b> Distribución porcentual según conocimiento sobre riesgo de contagio por múltiples parejas sexuales, en mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	107
<b>Figura N°16.</b> Distribución porcentual según percepción sobre poblaciones con mayor riesgo de contagio del VIH, mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	108
<b>Figura N°17.</b> Distribución porcentual del riesgo de contagio del VIH según género, mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	109
<b>Figura N°18.</b> Distribución porcentual del tipo de agresión más frecuente en la población femenina, según opinión de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	111
<b>Figura N°19.</b> Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 que han solicitado la prueba del VIH, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	112
<b>Figura N°20.</b> Distribución porcentual según frecuencia del uso de preservativo durante las relaciones sexuales en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	113
<b>Figura N°21.</b> Distribución porcentual según razón por la cual las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 no utilizan preservativo durante las relaciones sexuales, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	114
<b>Figura N°22.</b> Distribución porcentual según prácticas de prevención del VIH en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	116
<b>Figura N°23.</b> Distribución porcentual según orientación sexual de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	117

<b>Figura N°24.</b> Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1, que han tenido visita íntima, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	118
<b>Figura N°25.</b> Distribución porcentual según frecuencia en que mantienen relaciones sexuales las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, durante la estadía en el CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	119
<b>Figura N°26.</b> Distribución porcentual según tipo de relación sexual más frecuente de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	120
<b>Figura N°27.</b> Distribución porcentual según número de parejas sexuales de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	121
<b>Figura N°28.</b> Distribución porcentual según frecuencia de entrega de preservativos a las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	122
<b>Figura N°29.</b> Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 que han sido víctima de violencia, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	124
<b>Figura N°30.</b> Distribución porcentual según acceso a la prueba del VIH de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero 2017.....	126

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla N°1.</b> Distribución de la población femenina privada de libertad según ámbito, CAI Buen Pastor, noviembre 2016.....	43
<b>Tabla N°2.</b> Recurso humano del área médica del CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	50
<b>Tabla N°3.</b> Número de casos de VIH en el CAI Buen Pastor, 2013-2015.....	51
<b>Tabla N°4.</b> Conocimiento del modo de la transmisión del VIH en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	104
<b>Tabla N°5.</b> Conocimiento de medidas de prevención del VIH en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	105
<b>Tabla N°6.</b> Distribución porcentual según educación brindada en materia de salud sexual y reproductiva a las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, por la clínica del CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	129

## ÍNDICE DE CUADROS

<b>Cuadro N°1.</b> Distribución porcentual según delito cometido por las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	94
<b>Cuadro N°2.</b> Distribución porcentual de mujeres que han tenido parejas con antecedentes de infección de transmisión sexual del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	100
<b>Cuadro N°3.</b> Distribución porcentual de mujeres con familiar o amigo portador de VIH, del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	101
<b>Cuadro N°4.</b> Distribución porcentual según información recibida sobre el VIH y su prevención por las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	125
<b>Cuadro N°5.</b> Distribución porcentual de consumo de drogas inyectadas y realización de tatuaje o piercing, de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	130
<b>Cuadro N°6.</b> Distribución porcentual sobre la atención recibida por las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, en la clínica del CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	127
<b>Cuadro N° 7.</b> Distribución porcentual sobre los servicios de salud recibidos por las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, en la clínica del CAI Buen Pastor, enero, 2017.....	130

## INTRODUCCIÓN

La humanidad, desde sus inicios, se ha visto enfrentada a epidemias que han perjudicado pueblos enteros. A través de la historia, las enfermedades infecciosas han desempeñado un papel importante en la salud de las personas. Algunas han desaparecido, en otras los agentes causales han mutado y nuevas han surgido. En la edad antigua fue la lepra, en la edad media fue la peste negra y actualmente, en el siglo XXI, el VIH/SIDA (1).

La infección por el VIH es una afección crónica transmisible de tipo progresivo, en la cual se establece una relación entre huésped y virus, que finalmente condiciona la aparición de procesos oportunistas u oncológicos.

Los primeros casos del síndrome de inmunodeficiencia adquirida fueron detectados en Estados Unidos, Nueva York y Los Ángeles en 1981. Se observó en pacientes jóvenes homosexuales (previamente sanos) el desarrollo de infecciones oportunistas como neumonía por *Pneumocystis carinii*, infecciones extensas de mucosas por *Cándida albicans* y la aparición de sarcoma de Kaposi. Algunos pacientes presentaban linfadenopatía generalizada precediendo el desarrollo de estas manifestaciones infecciosas (2).

En junio del mismo año, se dio a conocer el estudio de 26 casos de hombres homosexuales con sarcoma de Kaposi, solo o asociado a la neumonía u otros tipos de infecciones oportunistas. Todas las infecciones presentes aparecieron siempre asociadas a una grave inmunodeficiencia; además, resultaba también sospechoso que la mayoría de los pacientes eran hombres homosexuales o drogadictos.

A finales de 1982, el número de casos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) empezó a aumentar de forma alarmante, a medida que se extendía a otros grupos de la población. Los estudios epidemiológicos indicaban claramente que existía un agente infeccioso que la transmitía por vía sexual y sanguínea (3).

En la historia natural de la infección por VIH se describen diferentes momentos: desde los inicios de la infección, ocurre un alto índice de replicación del VIH, causante de una elevada proporción de muertes de células CD4, esta etapa puede durar de tres a seis semanas después de la infección aguda.

A pesar de que el VIH se ha aislado en sangre periférica, en nódulos linfáticos, en médula ósea, en líquido cefalorraquídeo, en semen, en secreciones vaginales, en saliva, en secreciones bronquiales y en lágrimas, las únicas formas de contagio aceptadas son la parenteral, la sexual, y la vertical (4).

La transmisión sexual se desarrolla por medio de la exposición directa a secreciones de personas infectadas como semen y secreciones vaginales. La transmisión sanguínea se presenta por la exposición a sangre o sus derivados, ya sea por transfusiones y trasplantes o por vía parenteral debido al uso de agujas contaminadas. Y la transmisión perinatal de una madre infectada a su producto, esto se ha denomina transmisión vertical. La infección del producto se puede dar durante el embarazo, durante el parto o durante la lactancia (5).

La Organización Mundial de la Salud ha determinado que existen poblaciones con mayor riesgo de contraer VIH: personas con múltiples parejas sexuales, homosexuales,

personas consumidoras de drogas intravenosas, reclusos, trabajadoras del sexo y personas que presentan limitaciones en el acceso a servicios de salud.

En muchas cárceles del mundo, la prevalencia del VIH es mucho más alta que en el resto de la población. Los factores concretos responsables de la transmisión del VIH en esos son el uso de drogas intravenosas, relaciones sexuales sin protección y realización de tatuajes con equipo compartido y sin esterilizar.

A pesar de ello, en muchas cárceles y otros lugares de reclusión no existen programas de prevención, tratamiento y atención del VIH. Pocos países aplican programas completos al respecto en el medio penitenciario, y muchos no vinculan los programas en las cárceles con programas nacionales de lucha contra el VIH/SIDA (6).

La experiencia ha mostrado que puede hacerse mucho para contener la propagación del VIH, pero para ello los responsables de los sistemas penitenciarios deben reconocer primero determinados factores de riesgo y formas de comportamiento en las cárceles (7).

Con base en esto, surge la presente investigación, cuyo fin es identificar los conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención del virus de inmunodeficiencia humana en las mujeres privadas de libertad, la cual consta de 5 capítulos, descritos a continuación:

## **CAPÍTULO I**

El marco contextual abarca contenidos que justifican el objetivo de la investigación. Plantea la importancia de la investigación y fundamenta la necesidad de ampliar los conocimientos en cuanto al tema de estudio.

## **CAPÍTULO II**

Este capítulo incorpora los antecedentes del tema, a nivel internacional y nacional, con el fin de estudiar el tema en otros escenarios de acción.

Además, abarca las generalidades del tema en cuanto al contexto teórico. Esta sección abarca tres apartados: el Sistema penitenciario en Costa Rica, el virus de inmunodeficiencia humana desde un enfoque biosocial y las estrategias de prevención del virus de inmunodeficiencia humana y el rol del profesional de enfermería.

## **CAPÍTULO III**

Este comprende la estrategia utilizada para llevar a cabo la investigación, en la cual se define la metodología utilizada, describe al objeto de estudio y plantea la forma de recolección de los datos.

## **CAPÍTULO IV**

Esta sección representa el análisis de los datos recopilados por medio del instrumento aplicado, en el cual se establecen los resultados de la investigación.

## **CAPÍTULO V**

El último capítulo, expone los resultados de la investigación por medio de las conclusiones. Por otra parte, sugiere acciones que pueden otorgar beneficios a la población de estudio y al sistema penitenciario de Costa Rica.

**CAPÍTULO I**  
**MARCO CONTEXTUAL**

## **Planteamiento del problema**

Toda persona privada de libertad presenta una mayor vulnerabilidad en relación con la población general. Cuando una persona ingresa a centros de reclusión, el Estado se vuelve completamente responsable de su bienestar, se reduce al máximo el acceso a las estructuras de oportunidades que brinda el mercado, el estado y la sociedad, según la Comisión Europea en el Programa para la cohesión social en América Latina (8).

Los recursos que el Estado ofrece a las personas privadas de libertad no se distribuyen de manera homogénea al interior del sistema, sino que tienden a segmentarse dando origen a complejos y variados problemas.

En la mayoría de las cárceles del mundo, las personas privadas de libertad son despojadas prácticamente de todos los derechos básicos y sujetas a condiciones insalubres, de hacinamiento y con frecuencia, a situaciones de violencia.

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito:

“en los centros de reclusión se han identificado comportamientos de riesgo en relación con el VIH, como las prácticas sexuales no seguras y el uso de drogas inyectables, hay factores relacionados con la infraestructura y la gestión del establecimiento penitenciario. Entre esos factores cabe citar el hacinamiento, la violencia, la corrupción, la estigmatización, la falta de protección para los reclusos vulnerables, la falta de capacitación del personal penitenciario y la baja calidad de los servicios médicos y sociales” (9).

En el 2014 un informe del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, desarrollado en conjunto con la Oficina de la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, identificó la existencia de disparidad que aún persiste en la prestación de servicios de prevención y tratamiento a poblaciones clave, entre ellas las reclusas y consumidores de drogas, así como la brecha cada vez mayor entre las personas que tienen acceso a la prevención y tratamiento del VIH y las personas que no tienen acceso a estos servicios y enfatiza que el enfoque de las poblaciones marginadas y en mayor riesgo de VIH son clave para acabar con la epidemia del SIDA hasta el 2030 (10).

Es así como en el contexto penitenciario y en el marco de la salud reproductiva de esta población, el tema de las infecciones de transmisión sexual adquiere una connotación especial, ya que como se mencionó, su vulnerabilidad y su condición sociocultural, dentro de las que se pueden citar: situaciones familiares de abandono, índices delictivos desde la adolescencia, consumo de drogas, promiscuidad, además en un porcentaje considerable ingresan y egresan constantemente de las prisiones (11).

En las infecciones de transmisión sexual existen condiciones sociales que potencian el riesgo de contraer VIH, como la desigualdad de oportunidades, la exclusión social además de factores sociales, culturales, sanitarios, políticos y económicos, que hacen que una persona sea más vulnerable frente a la infección y que pueda desarrollar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (12).

De manera global, las infecciones de transmisión sexual (ITS) representan en la actualidad, una de las causas de morbilidad más frecuentes a nivel mundial, a pesar de las estrategias implantadas para disminuir tanto su incidencia como su prevalencia.

Si bien es cierto, este grupo de enfermedades afecta de igual forma a todas las personas, en las mujeres la complejidad de la enfermedad perjudica de forma severa la salud reproductiva, ocasionando desde embarazos ectópicos, sífilis congénita, pérdidas fetales, niños con bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, hasta cáncer de cérvix y casos nuevos de virus de inmunodeficiencia humana.

De acuerdo con datos suministrados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2016, se estima que cada día, más de un millón de personas contraen una infección de transmisión sexual (13). Esta organización determina que las infecciones de transmisión sexual tienen efectos importantes tanto en la salud sexual como reproductiva, figurando dentro de las cinco categorías principales por las que los adultos buscan atención médica.

La población femenina representa la mitad de los casos del VIH a nivel mundial, lo cual impacta de forma significativa la salud reproductiva y sexual de la misma. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para el año 2015, 17.8 millones de mujeres mayores de 15 años se encuentran infectadas con el virus, lo que equivale al 51% del total de la población adulta enferma.

Las personas que cuentan con mayor acceso a los sistemas de salud tendrán mejores condiciones para prevenir la transmisión de la enfermedad y una atención más controlada y oportuna.

En relación con el VIH específicamente, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito determinó que, los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema del VIH en las cárceles (14).

Igualmente, la Organización Mundial de Salud en el Proyecto de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016-2021 ratifica: “la existencia de entornos específicos en los que la vulnerabilidad al virus de inmunodeficiencia humana y el riesgo son elevados y en los que el acceso a servicios básicos relacionados con el virus puede encontrarse gravemente comprometido, como ocurre en las prisiones y centros de detención” (15).

Lo anterior se refleja en un diagnóstico regional sobre el VIH/ITS/SIDA en centros penitenciarios de Centroamérica y República Dominicana en el año 2009, realizado por el Grupo de directores regionales del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, el cual destacó que los derechos de la población privada de libertad son vulnerados, entre ellos el de salud, debido a que se niega el acceso a métodos de barrera (preservativos), volviéndolos propensos a infecciones y reinfecciones (16).

En la mayoría de los países del mundo, las poblaciones carcelarias se ven perjudicadas por la falta de interés político y social, puesto que no solo se priva el derecho de libertad sino también el derecho de disponer de atención médica integral, que incluya la adquisición de recursos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Dentro de la misma población carcelaria, existen también problemas asociados a la condición de género. Estadísticamente, a través de los años, el número de mujeres

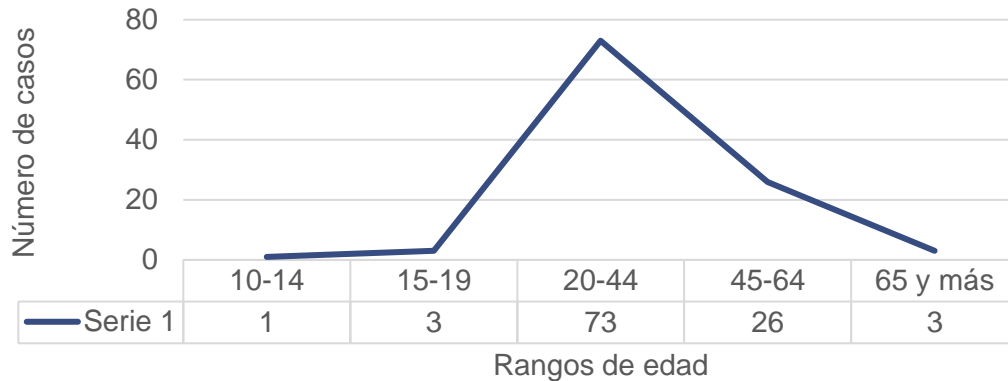
privadas de libertad ha aumentado considerablemente en la mayoría de los países, incluyendo Costa Rica.

Las causas más frecuentes son delitos relacionados con drogas y robos menores. De esta manera, la prisión se convierte en un subsistema que reproduce y concentra las desigualdades de género que se dan fuera de ella, favoreciendo una doble marginación.

En Costa Rica, se ha procurado brindar a la mujer privada de libertad acceso a una serie de derechos fundamentales, dentro de los que se puede citar y corresponde a esta investigación, el derecho a la salud, a recibir una adecuada alimentación, a recibir medicamentos, educación entre otros servicios básicos.

En Costa Rica la incidencia del virus en la población femenina tiende a ser menor que en la masculina. Cifras suministradas por la Caja Costarricense Seguro Social sostienen que durante el período 2005-2015 se diagnosticaron 1.039 casos en mujeres y 4.310 de varones. Tal y como se muestra en la figura siguiente, el VIH se presenta mayoritariamente en ciertos grupos etarios y desde edades tempranas, elemento a tomar en cuenta en la presente investigación.

**Figura N°1**  
**Egresos hospitalarios a causa de enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana según grupos de edad, por la Caja Costarricense de Seguro Social durante el año 2015**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos tomados del Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2017.

De la información registrada se desprende que, en Costa Rica para el año 2015 se diagnosticaron 106 casos nuevos de VIH, el grupo etario más perjudicado fue el de 20 a 44 años, lo cual representa el 69% del total.

Dicha incidencia se relaciona con el inicio de prácticas sexuales a edad temprana y durante el ejercicio de la sexualidad en la edad adulta. En términos de morbilidad, las tasas más altas por edad se ubican en los años reproductivos, lo que a su vez incrementa el riesgo de transmisión vertical.

En Costa Rica, para el año 2006, Huertas et al. realizaron una investigación en el Centro de Atención Institucional Buen Pastor, en la cual se determinó que “no se evidenció la implementación de programas destinados a la salud sexual y reproductiva, según lo referido por las privadas de libertad, es importante destacar el predominio en el abordaje del VIH/SIDA, que aun cuando constituye un elemento esencial en dicho asunto, deben

contemplarse e incluirse otros tópicos que encierran el verdadero concepto de una salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva integral” (17).

Dentro de las intervenciones realizadas por parte del personal de salud del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, la población no identificó estrategias destinadas a la promoción de la salud de la mujer, a pesar de que la mayor parte de la población se encuentra en edad reproductiva, según datos demográficos del centro. Por medio de dicha investigación se logró identificar la necesidad de espacios destinados a ampliar temas que mejoren la salud en la población femenina.

El centro penitenciario cuenta con un servicio médico de forma permanente que se brinda dentro de las instalaciones de la clínica del establecimiento y mediante un convenio establecido con la Caja Costarricense de Seguro Social, no se aborda la atención desde una perspectiva de prevención de la enfermedad.

En la teoría, el CAI Buen Pastor se ha establecido un protocolo que tiene como norma, realizar un examen médico general una vez que la mujer es admitida en el centro. Sin embargo, según un estudio realizado en el 2012, el 32.3% de la población entrevistada indicó no haber recibido el servicio” (18).

A nivel mundial, los estados han creado leyes, normas y reglamentos para proteger a las poblaciones que presentan mayor riesgo y vulnerabilidad de contagio del virus. En Costa Rica, el Reglamento de la Ley General sobre VIH/SIDA añade en el artículo 24, la responsabilidad ejercida al Ministerio de Justicia y Gracia, en coordinación con la Caja Costarricense de Seguro Social, de establecer estrategias en los centros penales enfocadas en la educación y prevención de esta enfermedad.

Bajo un escenario global, se han elaborado innumerables estrategias por parte de diferentes entidades, con el objetivo de lograr acceso universal a los servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo relacionados con el VIH, así como para detener y reducir la propagación del virus en todos los grupos sociales.

No obstante, a pesar de los esfuerzos por implantar programas de prevención en entornos carcelarios existen inconvenientes que interfieren en la puesta en práctica de acciones que permitan brindar mayor acceso de información del VIH, y por ende reducir las conductas de riesgo en las personas privadas de libertad.

Las intervenciones planteadas por parte de los gobiernos y diferentes organizaciones, deben contemplar la existencia de grupos sociales (como las personas privadas de libertad) que presentan una serie de limitantes que dificultan la atención de una salud integral enfocada a la prevención.

Esta investigación, por lo tanto, busca identificar el conocimiento y las prácticas que se desarrollan relacionadas a la prevención del VIH, en la población del Ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, la cual cuenta con un total de 71 mujeres privadas de libertad en condición de sentenciadas.

## **1.1 Justificación de la investigación**

En las sociedades patriarcales las jerarquías determinan en gran medida el rol que se otorga a las personas en las relaciones sociales. De esta forma, las mujeres han sido históricamente relegadas por los hombres en muchos espacios, entre ellos el ejercicio

de la sexualidad, lo que a su vez implica obstáculos en la capacidad de decidir y tomar acciones que se relacionen con su función reproductiva y derechos sexuales.

La condición de género femenino tiene un rol determinante en lo que respecta al riesgo potencial de infección de VIH/SIDA. La condición de vulnerabilidad varía en función de factores económicos, sociales y culturales y se acrecienta en aquellas mujeres que se encuentran privadas de libertad.

El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ha determinado los factores que influyen en que las mujeres sean especialmente vulnerables en las cárceles y de acuerdo con ello concluye que:

“la combinación de la desigualdad de género, el estigma y la discriminación incrementa la vulnerabilidad de las reclusas a la infección por el VIH. La mayoría de las mujeres privadas de libertad provienen de grupos socialmente marginados y tienen mayores probabilidades de haber estado involucradas en el trabajo sexual o el consumo de drogas. Muchas de ellas han sido además víctimas de violencia basada en el género o tienen una historia de comportamiento sexual de alto riesgo.” (14).

La historia de vida de muchas mujeres privadas de libertad está marcada por prácticas altamente riesgosas que propician la transmisión de infecciones de transmisión sexual como el VIH.

A nivel socio-cultural, un porcentaje importante posee características donde la desigualdad, la pobreza, la agresión, entre otras condiciones, dificultan el poder llevar a cabo prácticas de prevención efectiva y oportuna.

Dicha vulnerabilidad se refleja en factores personales, falta de conocimiento y aptitudes necesarias para protegerse y proteger a otros, factores de cobertura de servicios de salud, factores sociales como pobreza, bajo nivel educativo, estigmatización y condiciones de riesgo generales (19).

Por lo tanto, es fundamental que a nivel penitenciario se instauren intervenciones, procesos y estrategias que contribuyan desde el enfoque de los derechos humanos y principalmente del derecho a la salud, a ejecutar acciones relacionadas con la prevención y tratamiento de la enfermedad, así como su rehabilitación.

Julio et al. (2011) reafirman el concepto de la prevención, dada por la Organización Mundial de la Salud en el año 1998, que define prevención como: “las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (20).

El derecho a la salud, incluye acciones de prevención, las cuales constituyen la principal herramienta para evitar el contagio y desarrollo de enfermedades en la población penitenciaria. La salud es un derecho fundamental y la prevención de la epidemia del VIH/SIDA es, también, una forma de garantizarlo (17).

De esta forma, como parte esencial de los servicios sanitarios en centros penitenciarios, se requiere la inclusión de acciones preventivas encaminadas a disminuir el riesgo y a mejorar la salud de las personas en forma oportuna, por medio de mecanismos que permitan ampliar el conocimiento de la enfermedad y con ello propiciar cambios en ciertas conductas y prácticas.

Al respecto, Estrada (2009) expone que:

“la necesidad de educación para la prevención del VIH/SIDA surge de los tipos de desconocimiento estrechamente asociados con la epidemia; la educación es el fundamento para el desarrollo de comportamientos que pueden reducir el riesgo y la vulnerabilidad, las dos características que contribuyen a propagar el VIH. La educación es el instrumento más importante para reducir la vulnerabilidad personal a la propagación del VIH: puede dar a las personas la capacidad de tomar decisiones libres e informadas, especialmente acerca de las relaciones sexuales consensuadas y de la utilización de preservativos” (22).

Asimismo, la prevención requiere de programas de educación que comuniquen de manera clara y precisa, los factores contextuales que pueden disminuir el riesgo de transmisión del VIH. Es fundamental que en las cárceles se pueda incrementar el acceso a una educación de mayor calidad y transformar el entorno de desigualdad que se presenta.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura hace hincapié en que el acto de prevenir significa reducir el riesgo y la vulnerabilidad en el marco del respeto de los derechos humanos, no solo mediante la protección de las personas no afectadas, sino también cambiando el contexto en el que ocurren las situaciones de riesgo y vulnerabilidad (23).

Según la experiencia, a través de los años se ha mostrado que puede hacerse mucho para contener la propagación del VIH, pero para ello los responsables del sistema

penitenciario y de salud deben reconocer primero determinados factores de riesgo y formas de comportamiento del virus en los centros penitenciarios (7).

La administración de las prisiones conjuntamente con otras instituciones, debe establecer estrategias interinstitucionales e intersectoriales, con el fin de mejorar los servicios sanitarios de los centros penales y permitir a la población tener un mayor acceso a la atención temprana, oportuna, justa, integral y equiparada con el resto de la población de la sociedad civil, promoviendo de esta forma la equidad social.

De acuerdo con el escenario en que se desarrolla el VIH y la forma en que impacta a la salud pública, es relevante abarcar de manera especial la población privada de libertad y analizar los comportamientos desarrollados en ese entorno.

Es un hecho que, la población reclusa mantiene estrecho contacto con la población general a través de visitas generales, visitas íntimas y posterior inmersión en la comunidad, lo cual incrementa el riesgo de transmisión de dicha enfermedad.

De ahí la importancia de determinar las circunstancias que rodean a las mujeres privadas de libertad del Centro Buen Pastor en relación con el VIH.

## **1.2 Redacción del problema central**

Debido a los aspectos mencionados anteriormente surge la necesidad de indagar a fondo las circunstancias sociales, sanitarias, ambientales y conductuales que influyen en la prevención del VIH en un centro de reclusión de mujeres, por lo que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cuáles son los conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención del virus de inmunodeficiencia humana de las mujeres privadas de libertad de 18 a 59 años de edad del ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero, 2017?**

### **1.3 Objetivos**

#### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención del virus de inmunodeficiencia humana en las mujeres privadas de libertad de 18 a 59 años de edad del Ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero, 2017.

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

Caracterizar sociodemográficamente a la población de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero, 2017.

Identificar los conocimientos relacionados con la prevención del virus de inmunodeficiencia humana en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero, 2017.

Describir las prácticas en relación con la prevención del virus de inmunodeficiencia humana presentes en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero, 2017.

## **1.5 Limitaciones**

La limitación en la presente investigación se presenta en la aplicación del instrumento, debido a que un 18% de la población se negó a participar.

**CAPÍTULO II**  
**CONTEXTO HISTÓRICO Y TEÓRICO**

## **2.1 Contexto histórico**

### **2.1.1. Antecedentes internacionales de la prevención del virus de inmunodeficiencia en centros penitenciarios.**

En el marco legal, se han decretado leyes, normas y directrices a nivel mundial con el fin de que los Estados asuman compromisos en materia del VIH/SIDA, específicamente en condiciones de reclusión. Bajo esas condiciones, es importante resguardar los derechos de la población privada de libertad. A continuación, se citan los estudios más relevantes relacionados con el tema.

En 1948, con la Declaración Universal de Derechos Humanos se proclamó la igualdad, partiendo del hecho que toda persona tiene los mismos derechos y libertades sin distinción alguna de raza, nacionalidad, estrato económico, sexo, religión, opinión política o de cualquier otra índole. Asimismo, se otorga el derecho a igual protección de la ley, así como el derecho a no ser sujeto de discriminación.

Por último, se declaró que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, salud y bienestar, especialmente alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y servicios sociales necesarios para vivir, independientemente de su condición (24).

Con el objetivo de velar por las condiciones de las personas en reclusión, las Naciones Unidas elaboró el conjunto de principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención en 1988.

El documento establece que los estados deben ofrecer a toda persona detenida o presa, atención médica por medio de exámenes oportunos al ingreso en el lugar de detención

y, posteriormente atención y tratamiento médico de forma permanente, cada que vez que lo requiera (25).

El 1993, la Organización Mundial de la Salud brinda directrices sobre la infección del VIH/SIDA en las cárceles e incluye principios generales como el derecho a la atención sanitaria preventiva, equivalente a la que se presta en la comunidad, sin discriminación alguna, especialmente en lo que respecta a la situación jurídica.

De manera que se reconocen las cárceles como escenarios que propician conductas de riesgo asociadas a las infecciones de transmisión sexual, por esta razón la Organización Mundial de la salud recomendó la distribución de preservativos a los internos durante todo su período de detención (9).

La Organización de las Naciones Unidas ha sido un órgano destacado por velar por los derechos de todos los seres humanos sin distinción, se incluyen aquellos que están en prisión. Por este motivo, ha creado una serie de instrumentos legales internacionales para proteger y garantizar el bienestar de las personas reclusas.

En 1998, implementó el manual de Reglas para el Tratamiento de los Reclusos, en el cual enfatiza la importancia de informar sobre enfermedades de transmisión sexual, entre ellas VIH, los riesgos reales de infección y la forma de transmisión. Además de las medidas que se deben adoptar para reducir los riesgos de contagio, como proporcionar preservativos y jeringas a los consumidores de drogas (26).

En el 2016 ONUSIDA en las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos reforzó el papel de las autoridades penitenciarias para incrementar a la

población reclusa el acceso a la información y educación sobre la prevención del VIH, al asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH, al tratamiento y atención pertinente (27).

Las cárceles se reconocen como espacios vulnerables para la transmisión del VIH, es por esto que algunos organismos han mostrado interés en investigar las prácticas presentes en la población privada de libertad en relación con las formas de contagio. A continuación, se muestran estudios realizados a nivel internacional sobre VIH y población penitenciaria.

En 1997 la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) realizó un proyecto denominado “Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina”, por medio de un concurso de talleres en prisiones sobre la situación de dicha enfermedad y los programas de prevención y atención implantados en su interior (28).

En el caso de Brasil, entre las mayores deficiencias que presentaron los centros penales se destacaron la alta concentración poblacional, falta de información y de proyectos de prevención, donde estos son los principales obstáculos que constituyen los factores de riesgo en la diseminación enfermedades infectocontagiosas.

Posterior a un taller enfocado a infecciones de transmisión sexual y VIH realizado a la población penitenciaria de 5 centros, se concluyó que aumentó el estímulo e interés por parte de las personas privadas de libertad en relación con el aprendizaje sobre los medios de transmisión de las infecciones de transmisión sexual y el VIH, así como conductas y comportamientos saludables.

En Argentina, un estudio sobre prevención, detección y tratamiento del VIH/SIDA en los establecimientos del Servicio penitenciario federal, aplicó una encuesta a 5.883 personas privadas de libertad. Uno de los resultados más sobresalientes fue que el 81.23% reconoció las formas de contagio del VIH. En contraste, solo el 36.94% conocía las diferencias entre infección por VIH y SIDA. Asimismo, el 44.68% reconoció haber estado expuesto a situaciones de riesgo o contagio, en tanto que el 79.22% conoce los mecanismos que favorecen el contagio.

Respecto a la necesidad de contar con información actualizada sobre la problemática del VIH/SIDA, solo el 33.41% reconoció poseerla de manera suficiente. Esta cifra mantiene coherencia con el 74.42% que expresó su consentimiento para participar de los talleres sobre prevención (28).

En Colombia, en el 2012, Guerrero realizó una investigación referente a conocimientos y prácticas en relación al VIH en población privada de la libertad. En esta se identificó la presencia de factores de riesgo para el contagio por VIH/SIDA, además de una baja percepción de ese nivel de riesgo, especialmente por el desconocimiento de los mecanismos a través de los cuales se puede transmitir la enfermedad.

La población entrevistada no reconoció correctamente las formas de prevención del VIH y se destacaron creencias erróneas sobre el virus. En cuanto al sistema sanitario al interior de los establecimientos penitenciarios se pudo concluir que se presenciaron factores estructurales como barreras de accesibilidad lo cual dificultó el acceso a información, a dispositivos de barrera, a pruebas de tamizaje voluntarias y resultados (29).

Ese mismo año, en Uruguay se efectuó un estudio sobre las prácticas de riesgo frente al VIH en la población privada de libertad del Centro de reclusión femenina Cabildo, el cual reveló un nivel de información y conocimiento similar al de la población general con respecto a los riesgos frente al VIH. Todas las participantes afirmaron conocer las formas más frecuentes de transmisión del virus, tal como tener sexo sin protección, compartir agujas y jeringas contaminadas, o bien mediante la transmisión vertical.

Un dato particularmente significativo evidenciado en la encuesta realizada a la población reclusa, fue la disposición a la realización de un test de VIH, lo que reflejó un grado alto de sensibilización en relación con el tema, así como un marcado interés hacia la prevención específica de la enfermedad (30).

### **2.1.2. Antecedentes nacionales de la prevención del virus de inmunodeficiencia en los centros penitenciarios**

A nivel nacional se han realizado estudios en centros penitenciarios sobre el VIH, también se ha investigado sobre la condición de género reclusa.

Huertas et al. en el 2006, realizaron un estudio en el Centro de Atención Institucional El Buen Pastor, en el que se destacó que la atención de salud a las mujeres privadas de libertad fue brindada por medio de una priorización en cuanto a problemas de salud, y se evidenció una clara deficiencia sanitaria en el centro penal, ya que por el modelo de atención empleado y la cantidad de población por atender, solo se ofrecen servicios asistenciales a una determinada parte de la población imposibilitando el seguimiento y la promoción de la salud.

Aunado a las condiciones del ambiente físico en donde habitan las mujeres, estas refirieron la afectación a la salud por el faltante de espacio dentro de los cuartos y la existencia de muchas mujeres por habitación constituían condiciones de hacinamiento dentro del centro penal (17).

Alvarado en el 2012 realizó una propuesta del modelo de atención a las privadas de libertad del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, en la que posterior a un estudio situacional, se propuso la necesidad de aplicar una medicina preventiva más agresiva, de forma que se instruya más a las privadas de libertad de aquellas medidas que ayudan a evitar, por ejemplo, contagio de enfermedades, mantener dietas saludables particularmente en aquellas personas con riesgo de sufrir algún padecimiento (18).

Asimismo, desde 1998 rige en Costa Rica la Ley No. 7771, denominada Ley General del VIH/SIDA, que asigna un apartado que promueve la igualdad de atención integral a la población penitenciaria. En el artículo No. 34 se establece que el Ministerio de Justicia, en coordinación con el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, tendrá la responsabilidad de definir y llevar a la práctica las políticas y actividades educativas, tendientes a disminuir el riesgo de la transmisión del VIH en las personas privadas de libertad.

En el artículo posterior, define que el Ministerio de Justicia, en coordinación con el sector salud, dispondrá y facilitará preservativos para las personas privadas de libertad durante el período de su detención con el objetivo de minimizar el contagio del VIH en centros penitenciarios.

En Costa Rica, en la encuesta especializada sobre violencia contra las mujeres que se llevó a cabo en 2003, los resultados mostraron que el 57,7% de las mujeres encuestadas reportó haber sido víctima de al menos un incidente de violencia física o sexual en algún momento de su vida. Además, en las mujeres en edad reproductiva (entre los 25 y 49 años) este porcentaje de prevalencia fue aún mayor, alcanzando valores superiores al 62% de las encuestadas.

La situación durante la infancia y adolescencia temprana de las mujeres en el país no es muy distinta, pues el 48% de las encuestadas reportó haber sufrido algún tipo de abuso antes de los 15 años (Sagot y Guzmán, 2004) (31).

En cuanto a la condición de la mujer como privada de libertad, Mora y Vargas en una investigación realizada en el 2001, señalaron que las mujeres que han incurrido en el delito, no solo deben enfrentarse a los obstáculos que le impone la sociedad como una forma de castigar el hecho de haber atentado contra el orden, sino también enfrentarse a una sociedad que por siempre le ha dictado un camino a seguir en donde sus decisiones como mujer y como ser humano, han sido invisibilizadas por la sobrevaloración que se le ha dado al hombre. En este contexto la mujer ha sido víctima de muchas injusticias en su mayoría justificada en la sociedad patriarcal (32).

En dicha investigación se destacó una marcada desigualdad en la participación de las mujeres en el mercado laboral, lo cual favorece que muchas de ellas se involucren en delitos, sobre todo cuando éstas se encuentran a cargo de la protección, cuidado y manutención de la familia.

Las dificultades para conseguir un empleo se incrementan cuando el nivel educativo es bajo, lo cual obstaculiza la obtención de un empleo remunerado, capaz de solventar las necesidades básicas. Las mujeres de más alto nivel educativo, por el contrario, tienen más posibilidades de incorporarse al mercado laboral, según el Estado de la Nación (1999), el nivel educativo marca una de las diferencias más importantes entre las clases sociales.

La exdirectora del Centro Institucional Buen Pastor, María de los Ángeles Chaves Villalobos indicó que el país ha suscrito convenios internacionales que han sido incorporados al derecho interno, como la “Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de discriminación contra la mujer” en 1984 y de su protocolo facultativo, así como la “Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer” (33).

Sin embargo, la realidad del sistema penitenciario costarricense es que la mujer privada de libertad no se encuentra protegida en todos sus derechos como mujer, ya que la política penitenciaria no contempla las diferencias de las condiciones y necesidades de las mujeres con respecto a los hombres.

A diferencia de la privación de libertad de los varones, la situación de la mujer viene a acentuar e incrementar las secuelas de la traslación de la pena al grupo familiar, lo cual se asocia a roles socialmente establecidos tales como el cuidado, atención, protección y manutención de otros miembros de la familia.

La condición de la mujer no es considerada por la justicia cuando se impone la pena de prisión. No obstante, desde la perspectiva de género, viene a integrar los elementos del costo social que implica la prisión en un grupo familiar donde la figura materna es separada del mismo. La mujer privada de libertad continua ejerciendo su rol reproductivo, comunitario, proveedora desde la prisión; condición que demanda al personal penitenciario una atención especializada y compleja, de mayor volumen y con más frecuencia, que la de otros grupos reclusos (33).

Actualmente se cuenta con escasa información sobre el VIH en el Centro de Atención Institucional Buen Pastor. Sin embargo, se destacan actividades a las que ha tenido acceso la población del centro, entre ellas las siguientes:

La Asociación Demográfica Costarricense, se destacó a lo largo de muchos años, por aportar a la población privada de libertad conocimientos sobre el VIH, mediante el proyecto: “Prevención, detección y atención del VIH/SIDA en centros penitenciarios” el que tenía como finalidad reducir el riesgo de infección por VIH en distintos centros del país.

La asociación puso en práctica el programa “Prevención, detección y atención del VIH/SIDA” en el 2015, con temas para ampliar la formación en salud sexual y reproductiva, acompañadas de consejería individual. El programa inició con treinta mujeres de diferentes ámbitos del centro, de las cuales únicamente lo concluyeron cinco de ellas.

Además, se brindó acompañamiento y apoyo psicosocial a las personas portadoras del virus. Durante el proyecto se atendieron seis mujeres privadas de libertad con diagnóstico positivo de VIH. Es importante recalcar el aporte de la Clínica Marcial Fallas Díaz en actividades desarrolladas en el centro, como la celebración del día mundial de VIH con las mujeres privadas de libertad en el año 2014, la cual tenía como objetivo concientizar a la población sobre la importancia de la prevención del virus.

## **2.2. Marco teórico**

### **2.2.1 Situación actual de la población privada de libertad femenina de Costa Rica**

En la primera mitad del siglo pasado se consideraba que el delito femenino era un acto que no merecía mayor explicación puesto que la delincuencia de las mujeres era muy baja para ser tomada en cuenta. Con el paso de los años, sin embargo, se ha determinado que los delitos de las mujeres corresponden a una condición de víctimas, de vulnerabilidad y dependencia, vinculadas al delito por la influencia de otras personas (34).

En Costa Rica, al igual que en todas las naciones del mundo, la criminalidad no ha sido ni es competencia exclusiva de los hombres. La reseña histórica de los sistemas penitenciarios femeninos y los antecedentes del Centro de Atención Institucional Buen Pastor datan desde el siglo XVIII, fecha de los primeros reportes referentes a delitos cometidos por mujeres en el país.

Como dato histórico, en 1727 se condena a Juana Josefa Bonilla a pena perpetua por infanticidio, sentencia que descontó sirviendo en el Hospital San Juan de Dios, pues no había cárcel para mujeres. En esa época, a las mujeres se les involucraba en delitos de hurto de ganado y hechicería. Lo que se llamó “adulterio imputable” no podría ser tolerado por la moral machista-patriarcal y el repudio social, por lo que se hizo sentir con el establecimiento de la primera cárcel para mujeres, que se ubicó en la Congregación de Los Ángeles en la Ciudad de Cartago en 1823 (35).

Por Decreto Ejecutivo fechado el 2 de diciembre de 1837, se elimina la Casa de Corrección y al mismo tiempo se ordena la creación de una cárcel en cada cabecera, dividida en dos secciones, una para las mujeres y otra para los hombres.

En la cárcel, a las mujeres se les asignaba trabajos como cocinar y lavar, sin embargo, el decreto establecía que para eliminar de la sociedad a las mujeres “indeseables”: se les debía desterrar a Matina. En 1853, se cambió la práctica de desterrar a las mujeres infractoras y se ordenó por parte del poder Ejecutivo establecer en la ciudad de San José, una casa de reclusión para mujeres.

A principios del siglo XX, las reclusas fueron reubicadas en el edificio llamado “La Algodonera”, ubicado en San Sebastián, pero a los pocos años este era un foco de “corrupción moral y material”, porque algunos miembros del personal vivían en público concubinato con las reclusas. Lo anterior, justificó que, en 1921, el presidente Julio Acosta solicitara a las religiosas de la Congregación El Buen Pastor hacerse cargo de la administración de la cárcel de mujeres.

De esta forma, en 1948, José Figueres Ferrer otorgó los permisos a las religiosas para la construcción de una nueva cárcel. Cuatro años después, Otilio Ulate Blanco procede a la inauguración de las nuevas instalaciones (35).

En 1976, como respuesta a la corriente positivista que inunda con sus ideas al sistema penitenciario y sus reformas, se producen cambios en la administración del centro, se incorporaron dos médicos, un dentista, un psicólogo y cuatro maestros.

En 1984, la población seguía estando caracterizada en su mayoría por los delitos de “prostitución y alcoholismo”, por lo que se propone rehabilitar a la mujer por medio del trabajo y la educación.

En el 2004, el Instituto Nacional de Criminología (órgano técnico superior de la Dirección General de Adaptación Social), luego de haber definido como marco filosófico de los Derechos Humanos y la equidad de género, integra una comisión técnica con el fin de elaborar una propuesta para el Programa Nacional para la Atención de la Mujer en el Sistema Penitenciario.

El Ministerio de Justicia y Paz es el órgano del Estado costarricense responsable de la rectoría en materia penitenciaria (36). En Costa Rica, el Sistema Penitenciario Nacional es parte del poder ejecutivo ubicado dentro del Ministerio de Justicia y Paz. Este incluye la Dirección General de Adaptación Social y dentro de esta, se enmarcan legal e institucionalmente los centros penitenciarios.

Es así como la Dirección General de Adaptación Social cuenta con cinco Programas de Atención; el Programa de Atención Institucional, el Programa de Atención Semi-

institucional, el Programa Nacional de Atención a Población Penal Juvenil, el Programa de Atención en Comunidad y el Programa de Atención a Mujeres Sujetas a Sanción Penal (37).

El Centro de Atención Institucional representa el nivel de máxima institucionalización, cuya característica especial es la de posibilitar la contención física y la privación de libertad. En este se desarrollan las acciones dirigidas a las personas que, por una disposición judicial o características, están ubicadas en centros penales cerrados ya que requieren de un período determinado para estar físicamente separados de la vida en sociedad. En este tipo de centros se encuentra el grupo de personas contra quienes la autoridad judicial ordena el apremio corporal por incumplimiento de la Ley de pensiones alimentarias.

A diferencia del anterior, la población del programa centro de atención semi institucional no está reclusa en un centro cerrado, sino que de acuerdo con determinadas condiciones criminológicas y socio personales, debe cumplir distintos procesos de participación y de inserción en la sociedad. Este nivel comprende todas aquellas acciones de atención caracterizadas por desarrollar diferentes modalidades de seguimiento a la población penal en la comunidad.

Otro programa es el Centro de Atención de Comunidad, en donde se desarrollan acciones para la atención de población que, ya sea por disposición judicial o del Instituto Nacional de Criminología, cumple un plan de atención con procesos de participación plena en la comunidad.

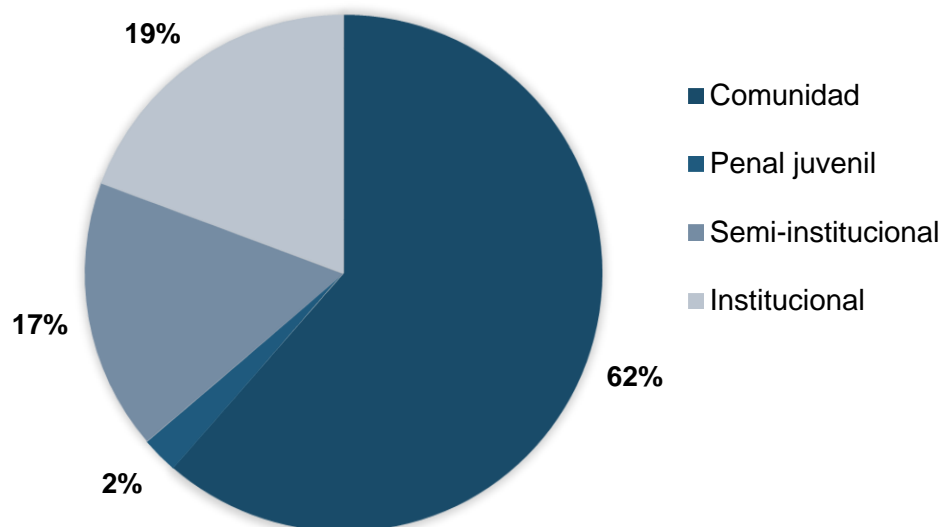
La población juvenil de Costa Rica cuenta con el programa denominado: Centro nacional de atención a población penal juvenil. Actualmente, atiende a las personas remitidas por las autoridades judiciales a quienes se les ha impuesto una medida privativa de libertad o alguna sanción socioeducativa por aplicación de la Ley Penal Juvenil.

El Centro de Formación Juvenil Zurquí también atiende población mixta, bajo una sanción privativa de libertad. Dicho centro alberga la población de dos centros: el centro para menores varones Luis Felipe González Flores y el Centro para menores mujeres Amparo de Zeledón.

Asimismo, la población femenina cuenta con el Programa Centro Nacional de Atención a Mujeres Sujetas a Sanción Penal, al considerar en condición de vulnerabilidad a aquellas personas que, por razón de género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales poseen condiciones especiales para someterse ante el sistema de justicia.

En virtud de la necesaria atención a las mujeres con especificidad de género, se crea el Programa Nacional cuyo fin primordial es la atención de las condiciones particulares de la mujer, se impulsan las medidas necesarias para eliminar la discriminación contra la mujer en el acceso al sistema de justicia para la tutela de sus derechos e intereses legítimos. La siguiente figura muestra la distribución de mujeres privadas de libertad en Costa Rica durante el mes de agosto del presente año.

**Figura N°2**  
**Población femenina privada de libertad en el sistema penitenciario de Costa Rica según programa, agosto, 2016.**



Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 62% de la población femenina se encontraba cumpliendo la condena en la comunidad, condición otorgada por ciertos criterios técnicos que determinan la capacidad de la mujer para ser inserta en la sociedad. La modalidad de custodia garantiza a la privada de libertad mantener relación directa con el grupo familiar, desempeñarse laboralmente y continuar el vínculo con el plan de atención mediante la pernoctación durante varios días al mes en el centro semiinstitucional.

En la figura N°2, en el mes de agosto del 2016, el 19% de la población se encontraba cumpliendo la condena en el sistema institucional, el 17% en modalidad semiinstitucional y el 2% corresponde a la población juvenil.

Además, en el Ministerio se encuentra el Instituto Nacional de Criminología (INC), que se encarga de la ejecución del Plan de Atención Inmediata (PAI) para personas sospechosas de un acto tipificado como delito, se denominan personas indiciadas, y del

Plan de Atención Técnica (PAT) para personas sentenciadas, quienes se colocan en una institución carcelaria para cumplir la pena o esperar la resolución de un juez por el acto que se sospecha o comprueba que haya cometido (18).

El sistema penitenciario de Costa Rica está conformado por 17 centros penales. El centro institucional de Liberia posee un módulo con capacidad para 26 mujeres privadas de libertad en condición jurídica de sentenciadas. El Centro el Buen Pastor, aloja al 98% de la población femenina recluida en el programa institucional en condición jurídica de sentenciadas, indiciadas y apremiadas.

Según datos del Ministerio de Justicia y Paz, el CAI Buen Pastor cuenta con una capacidad real de 622 espacios; datos aportados por la misma institución revelaron que para el mes de agosto del presente año había 499 mujeres en este centro penal. Con respecto al grupo de edad predominante, se registró que el 69,8% del total de la población se ubica entre los 18 a 39 años.

En relación con la distribución interna, el centro penal cuenta con tres módulos para mujeres indiciadas, A1, A2 y A3; cuatro módulos para mujeres en condición de sentenciadas B1, B2, B3 y B4.

El ámbito B1 constituye el módulo de compromisos y oportunidades del centro. La privada de libertad antes de su ubicación suscribe un compromiso de ajustarse a las reglas de convivencia y orden establecidas. El perfil de las mujeres está claramente definido: con una adecuada convivencia, ubicadas educativa y/o laboralmente, sin

adiciones evidentes, con deseos de superación. En síntesis, con un desenvolvimiento institucional apropiado en el cual deben respetar horarios, disciplina, limpieza y orden.

Además, dispone del módulo F, también llamado “Máxima seguridad”, el cual mantiene controles más minuciosos de seguridad según perfiles de comportamiento de las reclusas. Este, además, destina un módulo para las mujeres gestantes, o bien con los hijos menores de 3 años de edad, denominado Casa Cuna. Por último, el módulo P, en el cual se encuentran las mujeres por pensión alimentaria.

Con respecto a la condición jurídica del centro, el 72,6% de la población se encuentra sentenciada mientras que el 27,4% en condición de indiciada.

A continuación, se refleja la distribución de la población del CAI Buen Pastor según la ubicación en cada módulo.

**Tabla N° 1**  
**Distribución de la población femenina privada de libertad según ámbito,**  
**CAI Buen Pastor, noviembre 2016.**

<b>Módulo</b>	<b>Población</b>
<b>A-1</b>	46
<b>A-2</b>	58
<b>A-3</b>	59
<b>B-1</b>	71
<b>B-2</b>	81
<b>B-3</b>	69
<b>B-4</b>	71
<b>F</b>	11
<b>E (Materno-infantil)</b>	21
<b>P (Pensiones)</b>	13
<b>Total</b>	499

Fuente: Elaboración propia, 2017.

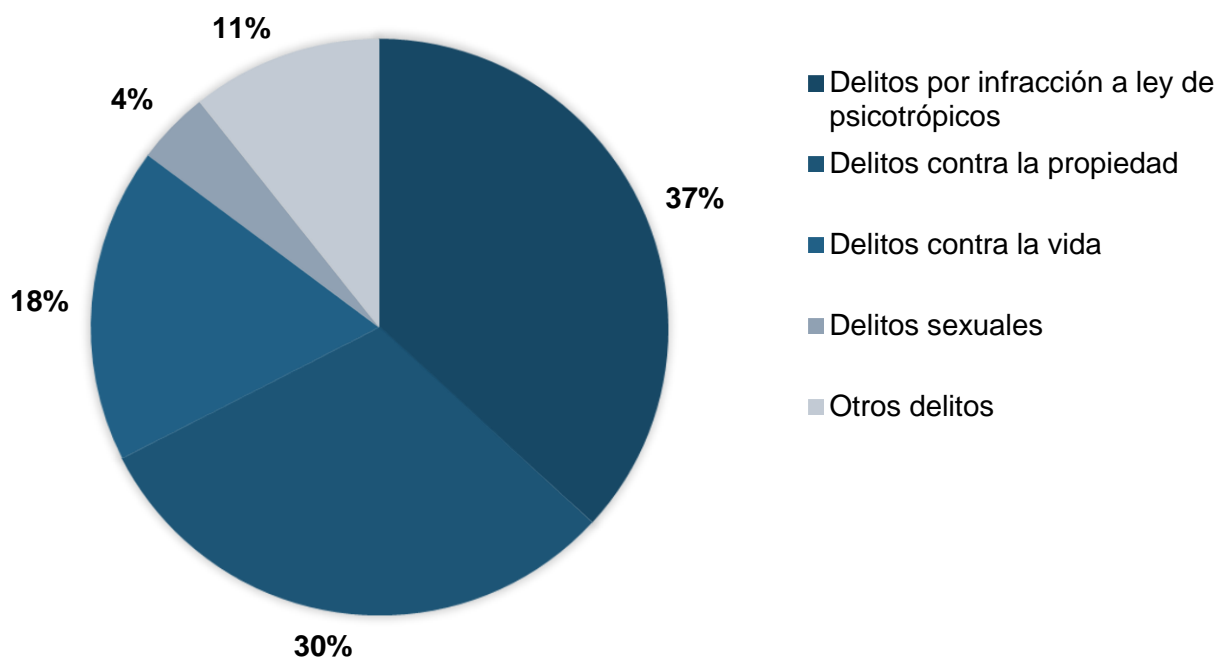
Farah y Mora en el 2010, afirmaron en una investigación realizada en este centro penal que, en general las mujeres que ingresan se encuentran en situación de pobreza, son madres solteras y aluden que cometieron el delito “por necesidad”, ya que el sistema las excluye del mercado laboral por diversas razones, entre las que se encuentran la falta de preparación académica y técnica, así como la posibilidad de cuidado de sus hijos e hijas mientras laboran (38).

Lo anterior ha repercutido en la población femenina directamente, ya que como alternativa ha incrementado el número de delitos relacionado con el consumo, tráfico y contrabando de drogas o estupefacientes, delitos contra la propiedad y algunos pocos delitos violentos (39).

En el centro penal Buen Pastor, la mayoría de las reclusas han cometido delitos por infracción a la ley de psicotrópicos, un encarcelamiento que no desmiembra las redes de narcotráfico ni a sus verdaderos autores, sino que reproduce la pobreza que viven muchas jefas de hogar y que tratan de superar con microtráficos y robos, algunas veces coaccionadas por la violencia de género (40).

A continuación, se reflejan las causas más frecuentes de delito en el sistema penitenciario femenino de Costa Rica.

**Figura N°3**  
**Distribución porcentual por delito del CAI Buen Pastor, agosto 2016.**



Fuente: Elaboración propia, 2017.

Según la figura anterior la mayor parte de la población reclusa en el CAI Buen Pastor ha cometido delitos contra la Ley Psicotrópicos, lo cual relaciona el tipo de delito con la vulnerabilidad que presenta la mujer a nivel social.

Palm en el año 2009 refiere que existían dos situaciones importantes que no se pueden obviar referente a las mujeres privadas de libertad en Costa Rica, una de ellas es que representan solo un 7% del total de la población penitenciaria del país, y el otro hecho fundamental es que al menos el 64% del total de estas mujeres ingresa a la cárcel por violación a la Ley sobre Estupefacientes No. 8204.

Entre las otras tipificaciones se cuentan la venta organizada con un 10%, posesión para la venta 3.4%, y tipificaciones como el tráfico internacional; transporte e inclusive el ingreso a centros penitenciarios no superan, cada una, el 5% del total (34).

En el artículo 58 de la Ley se establece que:

“se impondrá pena de prisión de ocho a quince años a quien, sin autorización legal, distribuya, comercie, suministre, fabrique, elabore, refine, transforme, extraiga, prepare, cultive, produzca, transporte, almacene o venda las drogas, las sustancias o los productos referidos en esta Ley, o cultive las plantas de las que se obtienen tales sustancias o productos. La misma pena se impondrá a quien, sin la debida autorización, posea esas drogas, sustancias o productos para cualquiera de los fines expresados, y a quien posea o comercie semillas con capacidad germinadora u otros productos naturales para producir las referidas drogas” (41).

La normativa legal nacional e internacional no solo ha afectado la incautación de drogas a bandas organizadas, el traslado de grandes cargamentos o el enriquecimiento ilícito, sino que además han tenido un principal impacto en el micro movimiento de drogas que se lleva a cabo con la venta directa para el consumo individual.

Arriagada afirma que a nivel local del microtráfico en la zona de América Latina, se destaca una creciente participación de mujeres de bajos ingresos y de menores de edad, lo cual genera problemas judiciales y penales sin precedentes (42).

En zonas de baja presencia o control del Estado, el microtráfico constituye fácilmente una estrategia de supervivencia adoptada por mujeres con jefatura de hogar e incluso

por personas de tercera edad de escasos recursos. Muchas personas de bajos ingresos terminan abandonando sus ocupaciones previas dado que el tráfico de drogas ilegales le provee ingresos sustancialmente mayores.

En relación con los factores de desigualdad, Palma en el 2011 determinó que las mujeres bajo procesos iguales, iguales delitos, y juzgadas en diferentes países, reciben penas más duras y más altas que los hombres. Dicho autor señala que, históricamente las mujeres tienen menos beneficios dentro del sistema penitenciario, estas presencian más maltrato, violencia y desigualdad que los hombres dentro de la cárcel (34).

En la actualidad, tanto la normativa interna como los tratados internacionales suscritos por Costa Rica, garantizan que la población carcelaria únicamente se vea despojada del derecho al libre tránsito, pero que mantenga incólumes todos los demás derechos que le asisten como persona, como ser humano.

La persona privada de libertad al igual que la población general, tiene entre otros, el derecho a la salud, a la educación y al trabajo, a la comunicación con el exterior, a la integración familiar y comunal, a la organización, a la información, a la visita íntima, a la adecuada convivencia, esto con las limitaciones propias de una cárcel (43).

Es por ello que el CAI Buen Pastor, se apega a las normas internacionales y tiene a disposición de la población femenina el área educativa, que se desarrolla mediante convenios con el Ministerio de Justicia y Paz y el Ministerio de Educación Pública, con este último se implementa bajo dos modalidades.

Plan modular de educación para jóvenes y adultos: abarca desde alfabetización hasta educación secundaria, el cual es de carácter presencial.

Programa asistencial: destinado a aquellas privadas de libertad cuya ubicación penitenciaria no les permite convivir con otras.

En cuanto a ofertas de estudio, mediante un convenio con la Universidad Estatal a Distancia se tiene acceso a las carreras autorizadas por esta casa de enseñanza superior para ser impartidos en el sistema penitenciario: administración y educación. Además de cursos libres coordinados a través de diferentes instituciones: cómputo, pintura, teatro, música y poesía.

Asimismo, el CAI Buen Pastor otorga a las mujeres la oportunidad de emplearse en el centro. El trabajo penitenciario es un componente esencial en el Plan de Atención Técnica de la persona privada de libertad y tiene carácter terapéutico-ocupacional, formativo, creador y generador de hábitos laborales. Dicho trabajo puede “reducir” la pena y en algunas oportunidades se compensa al ejecutor penal con un incentivo económico.

Resulta necesario señalar lo considerado por la Sala Constitucional respecto al tema: *“En ese sentido, el trabajo penitenciario tiene como fin, en primer lugar, que se descuente o abone la multa o la pena de prisión que le reste por cumplir o que se le llegue a imponer, mediante el trabajo en favor de la Administración Pública, de las instituciones autónomas del Estado o de la empresa privada, y en segundo lugar un fin resocializador y rehabilitador, preparándolos para cuando les corresponda reinsertarse nuevamente en la sociedad”.*

Dentro de las labores en servicios generales, destacan funciones misceláneas en oficinas, ayudante de cocina, jardinería, acarreo de alimentos y aseo de áreas comunes. También en labores como asistentes educativas en biblioteca y fotocopidora. Los

funcionarios de orientación las registran en una planilla y reciben un incentivo económico de ¢12.500 por quincena.

El centro penitenciario cuenta con labores autogestionarias, donde las privadas de libertad confeccionan manualidades y artesanías. El material es ingresado y egresado del centro por familiares o personas autorizadas y se comercializa a lo externo del centro.

Por último, algunas empresas como AMPO operan a través de convenios con el Ministerio de Justicia. La privada de libertad manufactura una cantidad de material y recibe un incentivo económico de acuerdo con la producción que oscila entre los ¢90.000 y ¢110.00 por mes. Se ubican en este proyecto un promedio de 50 personas

Otras empresas privadas que no tienen convenio con el Ministerio de Justicia, pero en la práctica han funcionado por largos períodos de tiempo, manufacturan bolsas, cajas, empaques, banderines, empaques de alimento para animales, entre otros. Aportan el material y se cancela según la producción. Aproximadamente 20 privadas de libertad se benefician de este proyecto.

El Instituto Nacional de Aprendizaje y algunas Organizaciones no gubernamentales imparten capacitación y cursos acreditados: inglés, manejo de residuos, servicio al cliente, maquillaje, manipulación de alimentos, hidroponía, abono orgánico, entre otros. En el módulo Materno infantil, las mujeres laboran en funciones misceláneas y reciben incentivo económico. Es importante destacar que también se consideran actividades laborales el cuidado de los menores a cargo de las mujeres privadas de libertad que son madres dentro del centro.

En materia de salud, esta constituye un derecho humano fundamental reconocido por numerosos documentos internacionales independientes de la condición de cada persona. En todos los casos, las políticas penitenciarias deben garantizar que las condiciones y servicios estén diseñados para favorecer la salud física y mental.

Además, indican que los establecimientos penitenciarios de mujeres necesitan un marco específico de género que enfatice la salud reproductiva y la salud sexual, salud mental, tratamiento para el abuso de sustancias y asesoramiento a víctimas de abuso físico y sexual.

El CAI Buen Pastor brinda una atención básica en salud, que corresponde a un primer nivel en salud. A continuación, se describe el personal del área médica con el que cuenta la institución.

**Tabla N°2**  
**Recurso humano actual área médica del CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Cantidad</b>	<b>Clase de puesto</b>	<b>Puesto de ejerce</b>	<b>Días que labora por semana</b>
1	Médico asistente general G1	Jefatura médica G3	5
1	Médico asistente general G1	Médico G1	5
1	Enfermera Obstetra	E1	5
1	Enfermera general	E3	5
1	Auxiliar de enfermería	AE	5
1	Miscelánea	Técnico en farmacia	5
1	Secretaria	Secretaria	5
1	Asistente en salud	Asistente dental	5
1	Odontólogo supernumerario	Odontólogo	3

Fuente: Área Médica CAI El Buen Pastor, 2017.

El CAI Buen Pastor cuenta con dos médicos, una enfermera general, una enfermera obstetra, un odontólogo y asistente dental, de forma adicional a las otras áreas de salud de país.

El servicio se brinda según las Normas Nacionales de Salud emitidas por el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social, en donde se siguen los protocolos según grupo programático: atención integral al niño y la niña, atención integral al adulto mayor, atención integral a la mujer, atención integral al hipertenso, atención integral al diabético y control prenatal.

En cuanto a la atención de urgencias, las mismas se valoran primeramente en el área médica y luego se derivan a un segundo o tercer nivel de atención en salud de ser necesario. Es importante aclarar que las salidas médicas son gestionadas por el área médica con los diferentes centros de salud de la Caja Costarricense del Seguro Social o privados del país. En la actualidad se está construyendo un área de atención mucho más amplia en dicho centro.

Dentro de las condiciones sanitarias más sobresalientes, en la tabla N°3 se muestra que durante el 2013-2015 el VIH es la patología que más casos presenta.

**Tabla N°3**  
**Número de casos de VIH en el CAI Buen Pastor, durante el período 2013-2015**

Patología	2013	2014	2015
VIH-SIDA	13	13	6
TBP	1	1	0
Cáncer	7	7	1
Discapacidad	4	6	3

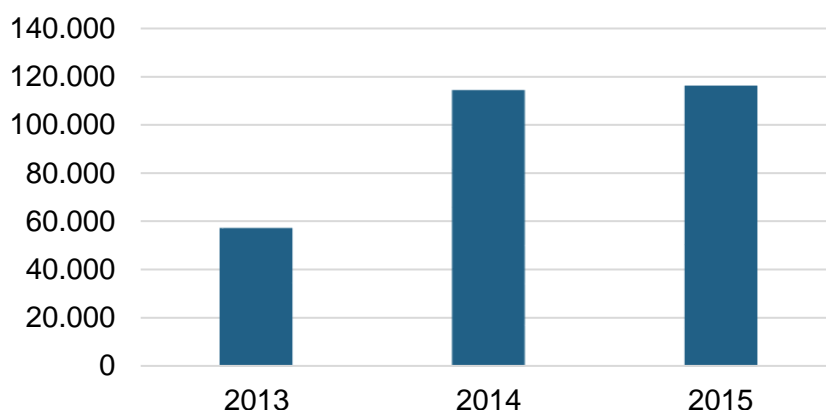
Fuente: Área médica CAI El Buen Pastor, 2017.

En la tabla N°3, se observa que la mayoría de mujeres tratadas por enfermedad, son personas que viven con VIH/SIDA, manteniendo igual número de casos en el 2013 y 2014. En el 2015 se presentó una disminución debido a los egresos.

La condición de la mujer requiere una atención especializada, para garantizar un adecuado desarrollo en las diferentes etapas de la vida, así como la detección temprana de alteraciones o patologías en el estado de salud. Es importante destacar que, aunque la mujer no se encuentre en edad fértil, tiene una vida sexual activa, por lo que se le debe brindar una consulta dirigida a su salud sexual.

Los programas establecidos en el centro penitenciario son: control prenatal para las mujeres embarazadas, que deben recibir atención según la Norma de del Ministerio de Salud. En cuanto a la planificación familiar, se debe establecer una consulta cada 3 o 6 meses dependiendo del tipo de anticonceptivo que se utilice. Las mujeres mayores de 40 años deben ser valoradas una vez cada año o cada 2 años según riesgo para referir mamografía. La citología vaginal o papanicolaou debe ser accesible a toda la población, así como el examen de mamas.

**Figura N°4**  
**Número de consultas en el área de salud del**  
**CAI Buen Pastor, durante el período 2013-2015**



Fuente: Área Médica CAI El Buen Pastor, 2017.

Cabe destacar que existe una importante poli consulta por parte de las personas privadas de libertad y esto se refleja en la figura anterior, según el informe del Área de Salud del centro penitenciario 2013-2015. Sin embargo, se evidencia que, gracias a acciones de mejora en el acceso y valoración a los servicios de salud, la población del centro penitenciario recibe atención médica según las necesidades que se presenten.

### **2.2.2 Virus de inmunodeficiencia humana desde un enfoque biosocial**

A pesar de que la igualdad entre hombres y mujeres se encuentra protegida por leyes, es un hecho que las mujeres enfrentan desventajas para el acceso y ejercicio de sus derechos en las sociedades actuales.

Según la Comisión Nacional Derechos Humanos, uno de los problemas más urgentes que enfrentan las mujeres en la actualidad es el del VIH/SIDA, por su mayor vulnerabilidad y por la falta de percepción del riesgo de adquirirlo, así como las consecuentes violaciones a sus derechos humanos. En efecto, en la sociedad, la condición de mujer agudiza la vulnerabilidad a la infección por VIH.

Higgins et al. citados por Hernández y Venegas en el 2014, señalan que el uso del término “vulnerabilidad” marca la transición de un acercamiento individual de las prácticas de riesgo asociadas al VIH, hacia un énfasis en los factores estructurales que están más allá del control de un individuo, refiriéndose a aspectos como la pobreza y la inequidad de género (44).

La epidemia del VIH se ha caracterizado por una creciente incidencia en la población femenina, como lo muestran Urzúa y Zúñiga (2008), quienes plantean que el rol de género es el factor con mayor capacidad predictiva de riesgo en lo que respecta a las diferencias en los factores que condicionan la vulnerabilidad a la enfermedad en los grupos de mujeres en riesgo social (45).

La mujer es particularmente vulnerable a la infección por el VIH debido a las condiciones sociales anteriormente citadas, así como por factores biológicos asociados al virus.

De esta forma, la desigualdad responde a un fenómeno cultural y prejuicio que legitima una serie de desventajas hacia las mujeres, tales como: la inequidad de género, y las diferencias en el acceso a las oportunidades laborales, educativas y de salud, entre otras, así como actos de discriminación, e incluso de violencia de diversos grados, desde la verbal y la física hasta los femicidios (46).

Bernal citado por León en el 2009, reitera que la vulnerabilidad de las mujeres está asociada fundamentalmente a desigualdad de género, como una construcción social que determina lo que significa ser hombre y ser mujer; en la que se genera una desigualdad en la relación de poder entre hombres y mujeres (47).

Dicha condición, coloca en desventaja a la mujer en diversos niveles: individual, familiar, comunitario y en la sociedad en general, que se manifiesta en la libertad para tomar decisiones, el acceso a recursos y oportunidades, el acceso a la economía y, en definitiva, en la toma de control de sus propias vidas.

Además, existen factores de índole sociocultural como los patrones de poder y dominio de los hombres hacia las mujeres en aspectos económicos, participación social y política.

Todo ello limita la toma de decisiones sobre el propio cuerpo, la sexualidad y la salud en general. Un ejemplo claro de tal vulnerabilidad se relaciona con el uso del preservativo con sus parejas.

La vulnerabilidad de contagio del VIH con respecto a la mujer es determinada por múltiples factores, la mayoría de ellos asociados con la desigualdad de género, según García (2005). Además, ha señalado que el concepto de género está definido y marcado social y culturalmente; esto se refleja en las diferencias en cuanto a oportunidades, responsabilidades, roles, grado de autonomía en las relaciones de pareja y en la toma de decisiones en el ejercicio de la sexualidad (48).

Según este autor, los factores que aumentan la vulnerabilidad del contagio del VIH en la mujer incluyen el conocimiento inadecuado sobre el tema, el acceso insuficiente a servicios preventivos, la incapacidad para negociar relaciones sexuales protegidas y la falta de métodos de prevención de la enfermedad.

ONUSIDA en el 2000 caracteriza a la población femenina por la pasividad y el subordinamiento de sus expectativas en provecho de los deseos sexuales del hombre, mientras que la masculinidad por la conquista sexual, las múltiples parejas y el control casi total de las interacciones sexuales (49).

Epidemiológicamente, los patrones de formación de pareja vigentes en la gran mayoría de las sociedades llevan a que mujeres más jóvenes mantengan relaciones sexuales y establezcan pareja con hombres de mayor edad, lo que hace que presenten mayor riesgo de contraer VIH y otras infecciones de transmisión sexual (50).

Aunado a ello, el informe de ONUSIDA en el 2007, indica que las mujeres son particularmente vulnerables por su bajo estatus económico y social. El acceso a programas de salud sexual y reproductiva en la atención médica sigue siendo limitado. La pobreza se suma con la situación de desventaja social de la mujer para incrementar su vulnerabilidad y a esto se suman los factores sociales entre otros (51).

En la mayoría de los países, la pobreza trae consigo una serie de consecuencias que añade, en el caso de las mujeres, una mayor exclusión social y, por lo tanto, más dificultades para acceder a los servicios de salud. La pobreza no solo limita el acceso económico, sino también la disponibilidad de recursos. Del mismo modo, las poblaciones en situaciones de pobreza suelen ser numerosas, y a la vez, las que demandan un mayor costo por limitados servicios que reciben, lo que las obliga a postergar necesidades básicas como el cuidado de la salud, particularmente la sexual y reproductiva, que incluye la prevención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH (52).

Collazos et al. Afirman que las mujeres de estrato socioeconómico alto comparten algunas características de riesgo para VIH y otras infecciones de transmisión sexual con las mujeres de estrato bajo, especialmente en el aspecto cultural y papeles de género en la relación de pareja.

En mujeres adultas y con relaciones de pareja “estable” la supuesta monogamia y fidelidad de la pareja constituida, se considera a menudo como garantía de no infección. También es probable que las mujeres desempeñen un papel más sumiso en las relaciones heterosexuales, lo que puede llevar a abusos o a dificultades en la pareja, entre ellos el de la infidelidad del cónyuge, la no aceptación del preservativo en las relaciones sexuales (53).

La vía de transmisión heterosexual del VIH explica aproximadamente el 90% de los casos de VIH y es la vía de transmisión que se ha incrementado de manera más acelerada, lo que representa alto riesgo de contagio del virus en la población femenina.

En América Latina, el sexo sin protección es la principal forma de transmisión del VIH al grupo de mujeres (51). La transmisión heterosexual del VIH no es equitativa entre los sexos, ya que parece ser más eficiente de hombre a mujer que de mujer a hombre, debido a que existan diversos factores biológicos que la determinan

Cabe destacar que la mujer presenta características fisiológicas que potencian la exposición al VIH, ya que la extensión de la mucosa genital de las mujeres es mayor, además, el semen tiene mayor cantidad de virus que los fluidos vaginales y la cavidad vaginal actúa como reservorio durante el coito (54).

El tejido blando del aparato reproductor femenino se desgarrar fácilmente, lo que produce una vía de transmisión para el virus. Además, el tejido vaginal absorbe más fácilmente los líquidos, que comprenden el esperma cuya concentración del virus del VIH es más alta que la de las secreciones vaginales femeninas y que puede permanecer en la vagina por horas después del coito (46).

Para Marcovici, la mayor vulnerabilidad biológica de la mujer se amplifica por su condición social de subordinación. Un alto índice de mujeres a lo largo de la vida ha sido víctima de violencia sexual, situación que confiere el riesgo de contraer el VIH. Es más probable que una mujer tenga contacto sexual sin su consentimiento, como en el caso de violación sexual. Cuando el coito es forzado no se alcanza la lubricación adecuada

del genital, el tejido se desgarrará más fácilmente, lo cual aumenta el riesgo de exposición al VIH (54).

El autor agrega otro factor de riesgo de infección por VIH, la presencia de otras infecciones de transmisión sexual. Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de tener otras enfermedades no tratadas, principalmente porque es más frecuente que éstas en las mujeres sean asintomáticas, pero también por el estigma, vergüenza o temor de acudir a un centro médico en busca de atención.

Por otra parte, las repercusiones de la discriminación afectan a la mujer en áreas complejas como la educativa, laboral, derechos reproductivos y acceso a la salud. Como se mencionó anteriormente, la mayoría de las mujeres en el sistema de justicia penal provienen de sectores de comunidades pobres y marginadas o de sociedades donde la educación de la mujer no es común, debido a los papeles impuestos al género femenino, por religión, costumbres o percepciones estereotipadas de la posición de la mujer en la sociedad.

Las reclusas usualmente son discriminadas, debido al hecho de que los establecimientos penitenciarios y los regímenes son desarrollados tomando en cuenta las necesidades de la población mayoritaria masculina de los establecimientos penitenciarios (55).

Por todos esos factores, en los centros de reclusión la combinación de la desigualdad de género, el estigma y la discriminación incrementa la vulnerabilidad de las reclusas a la infección por el VIH.

La mayoría de las mujeres privadas de libertad provienen de grupos socialmente marginados y tienen mayores probabilidades de haber estado involucradas en el trabajo

sexual o el consumo de drogas. Muchas de ellas han sido víctimas de la violencia basada en el género o tienen una historia de comportamiento sexual de alto riesgo.

Además, el consumo de drogas, la violencia, la nutrición deficiente, embarazos no deseados a una edad temprana, requerirá un conjunto diferente de enfoques en las esferas psicológica, social y de atención de la salud, en comparación con lo que necesitan los hombres.

En este contexto, es importante conocer los factores relacionados con el comportamiento, la cultura, las creencias religiosas, el género, la sexualidad, las condiciones económicas, de acceso a servicios y de garantía de los derechos humanos, que condicionan a ciertas poblaciones a ser más vulnerables frente el VIH y su propagación.

### **2.2.3 Estrategias de prevención del virus de inmunodeficiencia humana y el rol del profesional de enfermería**

La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico del ser humano, por ende, el sistema de salud tiene como propósito fundamental promover la salud, prevenir la enfermedad, curarla o aliviarla cuando se presenta y rehabilitar a la persona enferma.

En 1998, la Organización Mundial de la Salud define prevención como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida (56).

El Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social de Costa Rica (CENDEISS) establece que “la prevención de la enfermedad es una estrategia de la atención primaria, que se hace efectiva en la atención integral de las personas. Esta considera al ser humano desde una perspectiva biopsicosocial e interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la reinserción social con las diferentes estructuras y niveles del sistema Nacional de Salud”. Dentro de las acciones preventivas se incluye la promoción de la salud, así como el diagnóstico temprano, brindar atención de manera oportuna y la rehabilitación de secuelas de la patología. (57).

Dicha estrategia se aplica en tres niveles que parten de la historia natural de la enfermedad, es por ello que la aplicación de acciones correctivas se implementa según el período en que se encuentre la misma. De igual manera, la Organización Mundial de la Salud define niveles de atención como “una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (20).

A continuación, se distinguen tres niveles de atención:

La prevención primaria se define como el conjunto de medidas orientadas a evitar la aparición de una enfermedad o problema de salud mediante el control de los factores causales y los factores predisponentes o condicionantes. Las estrategias para la prevención primaria pueden estar dirigidas a evitar o disminuir la exposición del individuo al factor nocivo. El objetivo de las acciones de prevención primaria es disminuir la incidencia de la enfermedad (20).

Las medidas actúan en el período pre patogénico de la historia natural de la enfermedad, antes del comienzo biológico, es decir, antes de que la interacción de los agentes y/o

factores de riesgo con el huésped, lo que puede producir el estímulo provocador de la enfermedad (58).

Posterior a esta etapa, la prevención secundaria está destinada al diagnóstico precoz y oportuno de la enfermedad incipiente, es decir en ausencia de manifestaciones clínicas. Además, se realiza la búsqueda de enfermedades de forma precoz en sujetos (aparentemente sanos).

La prevención secundaria comprende dos tipos de acciones, el diagnóstico acertado y precoz, actividad relacionada con la evaluación individual periódica con los programas de tamizaje y el tratamiento apropiado y oportuno, que implica el desarrollo de servicios asistenciales de tipo curativo y reparativo (59).

En el último nivel se encuentra la prevención terciaria, que enfoca las acciones a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta, mediante un correcto diagnóstico, tratamiento, rehabilitación física, psicológica y social, en caso de invalidez o secuelas, con el objetivo de reducir de este modo las mismas.

En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar las consecuencias causadas por la enfermedad; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recidivas de la enfermedad (20).

Debido a que cada día, más de 7.000 personas contraen el VIH, ONUSIDA ha establecido la relevancia de llevar a cabo una verdadera revolución en materia de política, medidas y prácticas de prevención, mediante la estrategia “Llegar a cero” para

el 2011-2015. Por esta razón, es fundamental impulsar acciones preventivas sobre la sexualidad, el consumo de drogas y la educación universal sobre el VIH en poblaciones vulnerables (60).

La entidad ha reiterado la importancia de determinar los focos de la epidemia en poblaciones específicas, así como que se garantice el acceso igualitario a programas de prevención del VIH de alta calidad y rentables que prevean la integración rápida de los avances científicos, incluyendo las poblaciones de mayor riesgo de contagio.

De igual manera, la Organización Mundial de la Salud en el Programa sobre el VIH propone que la prevención mejore de forma conjunta con el tratamiento y la atención integral. Esta organización centra sus actividades de prevención en intervenciones basadas en datos científicos destinadas a grupos en situación de riesgo como son, entre otros, los trabajadores del sexo y sus clientes, los consumidores de drogas por vía intravenosa, los hombres que tienen relaciones homosexuales y la población carcelaria. Además promueve intervenciones en regiones en las que la prevalencia es elevada y su objetivo es evitar la transmisión del VIH en las poblaciones vulnerables de jóvenes, mujeres y hombres (61).

Las prisiones y centros de detención no son espacios del todo aislados, pues existe en ellos contacto constante entre personas y, por lo tanto, un alto riesgo de propagación de enfermedades transmisibles, incluido el VIH.

Se debe tomar en cuenta que estas poblaciones tienen un bajo o nulo acceso a información sobre promoción de la salud sexual y limitado acceso a insumos de prevención, lo que incrementa sus condiciones de riesgo y vulnerabilidad (62).

La población reclusa presenta condiciones propias al existir carencia de medios que le permita mejorar el estado de salud, como acceso a herramientas, entre ellas, la educación sanitaria relacionada al VIH, dentro de las cárceles. Si bien es cierto, las mujeres reclusas deben contar con los mismos derechos de la población general, este hecho no es real.

Es por ello, que al proporcionar orientación a las autoridades nacionales encargadas de la gestión y la supervisión de las cárceles y otros lugares de reclusión, la finalidad es apoyar a los encargados de adoptar decisiones en los ministerios de justicia, las autoridades responsables del sistema penitenciario y los ministerios de salud en la planificación y la puesta en práctica de una respuesta al VIH en los lugares de reclusión (6).

Para la ejecución de las intervenciones en materia de prevención a nivel intramural, se requiere de la participación y compromiso de las entidades encargadas del funcionamiento de los centros de reclusión. Es importante abordar la prevención desde un punto de vista epidemiológico, así como sociocultural, en lugares en los que frecuentan y/o se promueven los comportamientos de riesgo y donde puede encontrarse a las personas con máximo riesgo (19). El objetivo de la prevención es proveer de conocimiento a la población para lograr reducir al máximo las conductas que generan riesgo de transmisión del VIH dentro de los centros penitenciarios.

ONUSIDA ha destacado que intensificar la prevención del VIH exige una planificación que tenga en cuenta tanto el alcance de las medidas de prevención como la escala que puede alcanzarse con los recursos disponibles. Las estrategias deben justificarse mediante criterios objetivos basados en la igualdad y la necesidad, y contar con un

consenso y apoyo amplios por parte del gobierno, la sociedad civil y las comunidades afectadas (19).

A través de los años, los gobiernos y autoridades sanitarias internacionales han asumido una serie de compromisos para mejorar la respuesta al VIH, con el objetivo de avanzar hacia el acceso universal a poblaciones vulnerables en cuanto a prevención, tratamiento y atención integral.

Con el propósito de apoyar a los países en la organización de una respuesta efectiva al problema del VIH en las cárceles y otros centros de reclusión la Oficina de Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito, la Organización Mundial de la Salud, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, entre otras instancias, han planificado intervenciones que promuevan prácticas saludables en estos escenarios.

Así, su creación parte de principios de derechos, directrices, declaraciones y pactos en materia de salud en cárceles, normas de ética médica y normas de trabajo internacionales. A continuación, se destacan las estrategias para la población penitenciaria por ONUSIDA planteadas en el 2013:

En todos los lugares de reclusión se requieren actividades de sensibilización, información y educación sobre el VIH. Para la Organización Panamericana de la Salud, la educación para la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que actúa sobre factores condicionantes personales y sociales, con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud y de calidad de vida de los individuos, familias y comunidades mediante el logro de actitudes y comportamientos de salud positivos, responsables y solidarios (63).

En la estrategia de prevención se ha determinado que es primordial implementar programas de acceso a preservativos, ya que estos se consideran el método más confiable cuando las personas desean protegerse a sí mismas o a sus parejas de cualquier riesgo de ITS. Estos dispositivos utilizados en forma correcta, constituyen una barrera que impide la entrada de bacterias o virus al organismo (64).

En todos los lugares de reclusión tanto para hombres como para mujeres, deben proporcionarse gratuitamente preservativos. También deben proporcionarse preservativos para las visitas íntimas, con el objetivo de proteger a la población extramural (6).

Aunque los preservativos forman parte de la mayoría de programas nacionales contra el VIH y las infecciones de transmisión sexual, y sobre salud reproductiva, no se distribuyen de forma constante ni se ha fomentado su uso de una forma dinámica. En lugares con una alta prevalencia del VIH, la promoción y distribución del preservativo debe estar integrada de manera sistemática en las actividades de divulgación comunitarias y prestación de servicios y en la más amplia provisión de servicios sanitarios (65).

Para prevenir la violencia sexual en las cárceles deben aplicarse políticas y estrategias de prevención, detección y eliminación de toda forma de violencia, en particular la sexual. Además deben establecerse medidas apropiadas para denunciar y tratar los casos de violencia dentro de las cárceles (6).

Otro componente, es el tratamiento de la drogodependencia, ya que se ha evidenciado un alto consumo de estupefacientes en los centros penales. Las autoridades deben

proporcionar una gama de opciones de tratamiento fundamentado en pruebas de la drogodependencia para los reclusos con problemas de uso de drogas (60).

La vigilancia y prevención de la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual en consumidores de drogas se ha concentrado en inyectores de droga, lo cual se explica por la magnitud de la epidemia de VIH en usuarios de drogas intravenosas, sin embargo, también otros usuarios consumidores de drogas no inyectores pueden tener un riesgo elevado de adquirir y/o difundir ese tipo de infecciones. Las relaciones sexuales desprotegidas con usuario de drogas que practica conductas de riesgo, es un importante factor para adquirir y/o transmitir el VIH (66).

Asimismo, ONUSIDA ha creado programas para el suministro de agujas y jeringuillas para los reclusos que usan drogas inyectables, estos deben tener acceso fácil y confidencial a material de inyección estéril, jeringuillas y otros materiales. De igual manera, se debe brindar información relacionada al intercambio de jeringas y agujas, siendo una práctica muy común en centros de reclusión y los riesgos de contagio del VIH.

La prevención se debe promover de forma integral, por ello que se han instaurado protocolos en los servicios médicos y dentales, ya que por medio de material contaminado se puede propagar fácilmente el VIH y la hepatitis. Los proveedores de servicios médicos, ginecológicos y dentales en las cárceles deben seguir estrictos reglamentos de control de infecciones y seguridad en los procedimientos intravenosos, y las instalaciones deben estar debidamente equipadas para ese fin. El personal médico debe asegurarse de aplicar prácticas sólidas y seguras para el uso del material médico (9).

De igual manera, se debe fortalecer la prevención de la transmisión del VIH por tatuajes, perforaciones corporales decorativas y otras formas de penetración cutánea, actividades muy frecuentes en los centros de reclusión. Las autoridades deben aplicar iniciativas encaminadas a reducir el intercambio y la reutilización de equipo empleado para practicar tatuajes, perforaciones corporales decorativas (“piercing”) y otras formas de penetración cutánea, así como las infecciones asociadas (60).

La profilaxis posterior a la exposición de personas que han sido víctimas de agresión sexual y otros reclusos expuestos al VIH deben tener a su alcance los servicios de salud. Deben establecerse medios para prevenir las agresiones contra las personas privadas de libertad, incluidos el abuso sexual y la violación. Se debe instruir a los funcionarios de las prisiones a evitar el uso innecesario de la fuerza o la brutalidad y a respetar los derechos, la dignidad y el bienestar de los reclusos (7).

En el marco social de los centros de reclusión, resulta indispensable el asesoramiento y pruebas del VIH, las personas privadas de libertad deben tener fácil acceso a pruebas voluntarias y programas de asesoramiento sobre el VIH en todo momento durante su período de reclusión.

Los proveedores de atención sanitaria también deben ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH a todos los reclusos durante los reconocimientos médicos, y recomendar la realización de pruebas y el asesoramiento si alguno presentase signos o síntomas que puedan indicar infección por el VIH, así como a las reclusas embarazadas. Debe evitarse toda forma de coacción y las pruebas se realizarán siempre con consentimiento informado, información antes de la prueba y asesoramiento después de la prueba (60).

Las personas a quienes se les realice la prueba de detección del VIH tienen derecho a que sus resultados sean manejados de manera confidencial. Es prohibido realizar una prueba obligatoria al ingreso a la prisión, así como durante su estancia o a su salida (67).

Dado el alto riesgo de transmisión de la tuberculosis y las elevadas tasas de comorbilidad entre el VIH y la tuberculosis en los lugares de reclusión, todas las prisiones deben intensificar la prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Los programas de control de la tuberculosis, incluidos los protocolos de tratamiento, deben estar alineados y coordinados con los programas nacionales de control de la tuberculosis o integrados en ellos, y colaborar estrechamente con el programa sobre el VIH (68).

Por otra parte, en el contexto de la transmisión materno infantil del VIH, deben incluirse la planificación familiar y el tratamiento antirretroviral, lo que permite mayor accesibilidad a las embarazadas y a las madres lactantes privadas de libertad. Los niños(as) nacidos de madres que viven con el VIH en la cárcel, deben ser sometidos a seguimiento, de acuerdo con las directrices establecidas.

Cabe mencionar que la prevención de esta forma de transmisión es altamente efectiva, y debe estar al alcance de las mujeres que la requieran. Dado que muchas mujeres desconocen su estado de salud, la prevención de la transmisión vertical inicia con la oferta de la prueba de detección de anticuerpos al VIH a todas las mujeres embarazadas; si la prueba resultara positiva, se debe proporcionar el tratamiento, evitar el parto por vía vaginal, llevar a término el embarazo por cesárea y evitar la leche materna, sustituyéndola por fórmula láctea. Al recién nacido se le debe brindar tratamiento hasta comprobar que no porte el virus (67).

En escenarios de alto riesgo de contagio de ITS (como centros de reclusión) se plantea mantener una eficiente prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, en particular las que provocan úlceras genitales, ya que aumentan el riesgo de transmisión y adquisición del VIH.

Por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento precoces de esas infecciones deben formar parte de los programas de prevención del VIH en las cárceles.

Las medidas de prevención y control de las infecciones de transmisión sexual, se basan fundamentalmente en la educación sanitaria y la promoción del sexo seguro, la detección de infecciones sintomáticas y asintomáticas, y la investigación de los contactos sexuales de los pacientes.

Existen patologías que deben abordarse de forma conjunta con el VIH, como la hepatitis, donde resulta indispensable la vacunación, diagnóstico y tratamiento oportuno. En este sentido se deben incluir los programas de suministro de preservativos, agujas y jeringuillas, y tratamiento de la drogodependencia cuando proceda. En las prisiones, la estrategia de control de la hepatitis B debe ser planificada de acuerdo con la situación local, dada la variabilidad epidemiológica entre los países y el origen de los detenidos, y en función de los recursos disponibles (69).

De la misma manera, el personal penitenciario que atiende a la población debe protegerse frente a los riesgos ocupacionales existentes. Por esta razón deben establecerse procedimientos para la seguridad y la salud ocupacional en relación con enfermedades infecciosas.

Para abordar correctamente a la población reclusa, es esencial que el personal penitenciario y los trabajadores de las cárceles reciban información, educación y capacitación para que puedan cumplir sus funciones de manera saludable y segura. El personal deberá tener acceso gratuito y fácil de material de protección como guantes, máscaras de reanimación boca a boca, gafas protectoras, jabón y espejos de examen e inspección, así como a profilaxis posterior a la exposición en caso de exposición ocupacional (6).

Es por esta razón, que en los centros de salud ubicados en las cárceles deben implantarse modelos asistenciales y acciones estratégicas tanto de carácter político como sanitarias con el objetivo de proveer herramientas para la protección de las personas privadas de libertad, con el fin de disminuir la incidencia del VIH en los centros de reclusión.

En materia de prevención las funciones del profesional de enfermería han evolucionado y hoy en día facilitan el abordaje de necesidades de poblaciones en diferentes escenarios sociales.

La práctica de enfermería se compone de cuatro funciones específicas, en las que se pueden desarrollar la atención asistencial, docencia, investigación y administración. Para efecto de la presente investigación se va a hacer referencia al campo de la docencia, ya que mediante la educación sanitaria y los programas de salud, el profesional de enfermería facilita información pertinente y veraz, con el objetivo de mejorar el conocimiento de las personas y con ello modificar las conductas de riesgo y prevenir la transmisión de enfermedades como el VIH (70).

La labor preventivo-educativa es el arma fundamental con que el personal de enfermería puede hacerles frente a las infecciones de transmisión sexual y al VIH /SIDA efectivamente. El desarrollo y puesta en marcha de estas actividades en el desempeño de la profesión son de vital importancia, es demostrable que la aplicación de programas educativos-preventivo sobre enfermedades de transmisión sexual permite la elevación de los conocimientos de las personas (71).

Como parte de las estrategias de prevención del VIH, el profesional de enfermería participa activamente del programa de salud, en el cual se destacan acciones como identificar conductas de riesgo y transferencia de conocimiento acerca de la enfermedad, así como promover la adopción de prácticas saludables.

La educación para la salud es una herramienta fundamental para el control de la transmisión del virus. Es importante que las personas tengan conciencia sobre el impacto del VIH y sean capaces de tomar decisiones para evitar conductas de riesgo y adopten una actitud social responsable (72).

En el momento de planificar una intervención educativa se requiere transmitir primero los conocimientos para poder así facilitar una actitud positiva hacia la elección de un comportamiento que modifique los hábitos de riesgo, esto se considera un gran reto de la prevención, por lo que se debe adecuar el lenguaje, las herramientas disponibles y mantener una comunicación bidireccional con el paciente (73).

El rol de enfermería, propiamente debe enfocarse hacia actividades diagnósticas a todas las personas privadas de libertad, respetando los derechos de igualdad. De igual

manera, se debe brindar educación sanitaria a todas las personas, enfatizando en quienes se encuentren en situación de riesgo.

Asimismo, forman parte de los programas de tamizaje activo e identificación de personas con ITS, sintomáticas o asintomáticas, para que reciban el diagnóstico y tratamiento adecuados (4).

La enfermería se encuentra involucrada en la lucha contra el VIH, por lo que una buena organización y esfuerzo ayuda en gran medida a combatirlo con éxito y eficacia. Se requiere una posición óptima para impulsar la prevención, en especial respecto a los cambios en las actitudes y comportamientos, suministro de información y educación y el abordaje de los factores socioeconómicos de poblaciones vulnerables (73).

Se ha determinado que conocer tempranamente el grado de riesgo de vulnerabilidad de una mujer, fundamentalmente en la atención primaria en salud, permite realizar acciones preventivas educacionales y consejería que podrían incidir en la disminución del riesgo (74).

#### **2.2.4 Teorizante de enfermería**

El tema de investigación vincula el rol del profesional de enfermería con la Teoría del Déficit del Autocuidado de Dorothea Orem, la cual establece un modelo que involucra elementos como persona, salud, entorno en que se desarrolla y cuidado que se requiere para cubrir las propias necesidades.

Orem determina que el autocuidado son aquellas acciones que una persona realiza con el objetivo de mantener la vida, la salud y el bienestar, se conceptualiza como una forma

de acción deliberada, es decir que las personas son conscientes de sus intenciones y actos, es por ello se establece que el ser humano es un agente capaz de tomar decisiones sobre su salud (75).

Esta teoría también destaca que las acciones deliberadas se basan en la suposición de la libre voluntad que posee el ser humano al poder elegir y tomar sus propias decisiones. De la misma forma, surgen tres teorías de forma conjunta: la teoría de sistemas enfermeros, de déficit del autocuidado y del autocuidado.

Según la teoría de sistema de enfermeros, las actividades de enfermería son elaboradas y enfocadas a las personas con limitaciones en la salud o en el cuidado de la misma, que les impide comprometerse a desempeñar un correcto autocuidado.

La idea central del déficit de autocuidado se enmarca en las necesidades de las personas que requieren la atención del personal de enfermería y a las limitaciones de estas en el cuidado de la salud. Dichas limitaciones permiten que las personas no sean capaces de reconocer la forma de satisfacer los requerimientos para mantener la salud.

Para Orem, el autocuidado es una función reguladora del hombre para mantener o conservar la salud, el bienestar, el desarrollo y la vida, sin embargo, enfatiza que se debe aprender y desarrollar de manera continua, conforme las características propias de cada persona.

Dentro de los enunciados que propone la teoría se incluyen requisitos tanto estructurales, como funcionales del ser humano, entre los que se pueden citar el mantenimiento de aporte de aire, alimentos y agua, además del mantenimiento de un equilibrio en la eliminación de desechos del organismo y la actividad y el descanso.

Por otro lado, toma en cuenta el entorno social en el que la persona se desenvuelve, como las creencias, costumbres y hábitos, lo cual influye de manera directa sobre la percepción y las acciones que asuma en la salud. Por último, hace énfasis en las actitudes y prácticas que pueden desempeñar las personas para prevenir lesiones en accidentes o daños en la salud.

En la sociedad existen grupos de poblaciones que, debido a sus características, presentan necesidades distintas, razón por la cual antes de abordar grupos de individuos, el profesional de salud debe valorar los factores biosociales que les rodea.

La premisa de Orem determina que el autocuidado requiere de madurez en las diferentes etapas de la vida. Cuando una persona asume la responsabilidad sobre su salud es capaz de identificar sus necesidades, mantener interés sobre su adecuado funcionamiento e implementar actividades que promueven un sano desarrollo y así alcanzar mayor satisfacción.

Como factor protector, el autocuidado se desarrolla en todas las etapas de la vida, las personas deben contar con condiciones que fomenten el ejercicio de una óptima salud, mediante la autonomía y responsabilidad. No obstante, el ser humano en situaciones de riesgo debe adaptarse y encontrar mecanismos que le permitan vencer o contrarrestar los efectos negativos que estos puedan causar a su salud.

En el caso de la presente investigación, la teorizante se vincula con el tema de estudio dado que las privadas de libertad mantienen un estrecho vínculo con conductas de riesgo

propias de un centro de reclusión, así como el conjunto de factores que influyen en la transmisión del VIH.

A través del conocimiento, las mujeres privadas de libertad pueden mejorar las habilidades que les permita tomar decisiones relacionadas con la salud, es por ello que la educación sanitaria pretende que las personas adquieran conocimientos y con esto mayor responsabilidad sobre la salud.

En este contexto el personal sanitario tiene como función esencial aportar conocimientos sobre la forma en como las mujeres pueden asumir el cuidado de la salud, con el fin de promover cambios en las conductas y mejorar el estilo de vida de la mismas.

A través de la educación se pretende que las mujeres sean capaces de identificar las necesidades de su condición y con ello lograr satisfacer las demandas requeridas.

El personal de enfermería tiene la posibilidad de mejorar la salud con el objetivo de lograr mayor accesibilidad, teniendo como meta aumentar la prevención y acrecentar la capacidad de hacer frente a nuevas conductas generadoras de salud tales como el autocuidado, la ayuda mutua y facilitar ambientes saludables (76).

Roca et al. Señalan que a nivel sanitario la educación es una herramienta básica utilizada por enfermería para conseguir que las personas adquieran o mantengan hábitos saludables, y en la medida de lo posible, eviten las conductas o factores de riesgo de enfermar.

En este sentido, con la presente investigación se pretende recalcar la función docente del profesional de enfermería en el ámbito penitenciario, en relación con la educación que se brinda a la población penitenciaria sobre la prevención del VIH, con el propósito

de fomentar prácticas saludables y prevenir conductas de riesgo en la población del  
CAI Buen Pastor.

**CAPÍTULO III**  
**MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Tipo de investigación**

La presente investigación se define como cuantitativa, ya que se secuencial y cumple etapas por medio de la recolección de información o datos, con el objetivo de definir patrones y comportamientos. Para su ejecución, se acude a la revisión de la literatura con el fin de establecer una perspectiva del tema y construir un marco teórico, y por medio de las variables destacadas se diseña un medio para analizar los datos y establecer conclusiones a partir de los resultados obtenidos (77).

Además, se considera transeccional debido a que en este se recolectan datos en un período y en un único tiempo, con el objetivo de establecer la influencia de estos. La investigación es descriptiva, ya que su objetivo es describir un fenómeno. En este caso, pretende identificar conocimientos y prácticas de las mujeres privadas de libertad en relación a la prevención del VIH.

Se considera de tipo no experimental, debido a que no varía en forma intencional las variables independientes para demostrar su efecto sobre las dependientes. Esta pretende observar un fenómeno en su medio natural y con base en ello analizarlo, es decir, el investigador no ejerce ninguna acción sobre la situación a estudiar, por lo tanto, no es posible manipular o influir en cada una de las variables.

## **3.2. Área de estudio**

### **3.2.1. Población**

Población es el conjunto de personas que comparten características demográficas, culturales, étnicas o relacionadas con hábitos de vida que tienen relevancia para las variables de estudio y que además, de manera conjunta o por separado deben ser consideradas al plantear las preguntas de estudio y al evaluar los resultados” (78).

Para fines de la presente investigación, la población está constituida por 70 mujeres privadas de libertad ubicadas en el ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, durante el mes de enero del 2017. El cuestionario se aplicó a 58 mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor debido a que 12 mujeres se negaron a la aplicación del mismo.

## **3.3. Criterios de inclusión y exclusión**

### **3.3.1. Criterios de inclusión**

- Mujeres privadas de libertad con condición jurídica de sentenciadas
- Tener entre 18 a 59 años de edad
- Pertenecer al ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor
- Ser alfabeta

### **3.3.2. Criterios de exclusión**

- Mujeres privadas de libertad sin condición jurídica de sentenciadas
- Mujeres menores a 18 o mayores de 59 años

- Ser analfabeta

### **3.4. Fuentes de información**

#### **3.4.1. Fuentes primarias**

Se establece como fuente de estudio para la presente investigación, las mujeres privadas de libertad del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, del ámbito B1 que se encuentren en el rango de edad entre 18 a 59 años.

#### **3.4.2. Fuentes secundarias**

Las fuentes secundarias de información corresponden a datos institucionales como manuales, normativas, directrices, programas, entre otros, de entidades involucradas en el tema de VIH y a nivel penitenciario, tanto nacionales como internacionales, como por ejemplo, datos aportados por el Ministerio de Justicia y Paz de Costa Rica, la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, la Organización de Naciones Unidas, la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, entre otras.

### **3.5. Técnicas e instrumentos de recolección**

El instrumento utilizado para el estudio y recolección de datos es el cuestionario, el cual consiste en un conjunto de preguntas respecto a las variables a medir.

El cuestionario es un medio útil para la recolección de datos, especialmente en sujetos con condiciones de acceso complejas, (mujeres privadas de libertad para fines de la investigación). Además, por medio de este, se puede obtener de manera sistemática y

ordenada, información acerca de la población con la que se desea trabajar, sobre las variables objeto de la investigación (79).

Para su aplicación, no requiere la presencia de un entrevistador calificado, no permite la influencia de la persona que facilita el instrumento, y permite comparar resultados y poblaciones de estudio.

El instrumento utilizado para la recolección de datos se compone de tres apartados: el primero recaba la información de los aspectos sociodemográficos, el segundo acerca de los conocimientos sobre la prevención del VIH, y el último, destaca las prácticas preventivas. Consta de 39 preguntas cerradas con múltiples opciones de respuestas previamente delimitadas. El modo de aplicación es autoadministrado, es decir, se proporciona a la participante, quien lo contesta de forma individual, en un lugar asignado para dicha finalidad.

### 3.6. Operacionalización de variables

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Definición instrumento
<b>Caracterizar sociodemográficamente a la población de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero, 2017.</b>	Características sociodemográficas	Son las características asignadas un sujeto como a el sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio (80).	Información que caracteriza a la persona de acuerdo a su biología y entorno.	Sociales	Edad	Pregunta #1
					Estado civil	Pregunta #2
					Paridad	Pregunta #3
					Grado académico alcanzado	Pregunta #4
					Apoyo familiar	Pregunta #12
				Psicosocial	Antecedentes de algún tipo de violencia	Pregunta #31
				Condición jurídica	Delito qué se le acusa	Pregunta #5
	Tiempo de privación de libertad	Pregunta #6				
	Número de detenciones	Pregunta #7				

				<p>Biológicas</p> <p>Infección de transmisión sexual previa</p> <p>Antecedentes de infección de transmisión sexual en alguna expareja</p> <p>Conocimiento de familiar o amigo es portador del VIH</p> <p>Económicas</p> <p>Condición laboral en el centro penitenciario</p>	<p>Pregunta #9</p> <p>Pregunta #10</p> <p>Pregunta #11</p> <p>Pregunta #8</p>
<p><b>Determinar los conocimientos relacionados con la prevención del virus de inmunodeficiencia humana en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del Centro de Atención</b></p>	<p>Conocimientos del VIH</p>	<p>Facultad del ser humano para comprender por medio de la razón la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas. Así como la capacidad que tiene el ser humano de percibir estímulos físicos mediante ciertos órganos del cuerpo y de tener consciencia de su</p>	<p>Capacidad cognitiva u mental del ser humano para comprender y entender la realidad que lo rodea.</p>	<p>Habilidades cognitivas</p>	<p>Conocimiento previo del VIH</p> <p>Características visibles de personas portadoras de VIH</p> <p>Modo de transmisión del VIH</p> <p>Pregunta #13</p> <p>Pregunta #14</p> <p>Pregunta #15</p>

<p><b>Institucional Buen Pastor, enero, 2017.</b></p>		<p>existencia y de lo que le rodea (81).</p>			<p>Recomendaciones para prevenir el VIH</p> <p>Número de parejas y relación con el riesgo de contagio del VIH</p> <p>Personas con mayor riesgo de contagio de VIH</p> <p>Tipo de agresión recibe con más frecuencia la mujer en sociedad</p> <p>Información sobre el VIH brindada en el centro penitenciario.</p> <p>Información sobre salud sexual y planificación familiar y prevención del VIH en el centro penitenciario</p>	<p>Pregunta #16</p> <p>Pregunta #17</p> <p>Pregunta #18 Pregunta #19</p> <p>Pregunta #20</p> <p>Pregunta #35</p> <p>Pregunta #38</p>
---	--	--	--	--	--	--

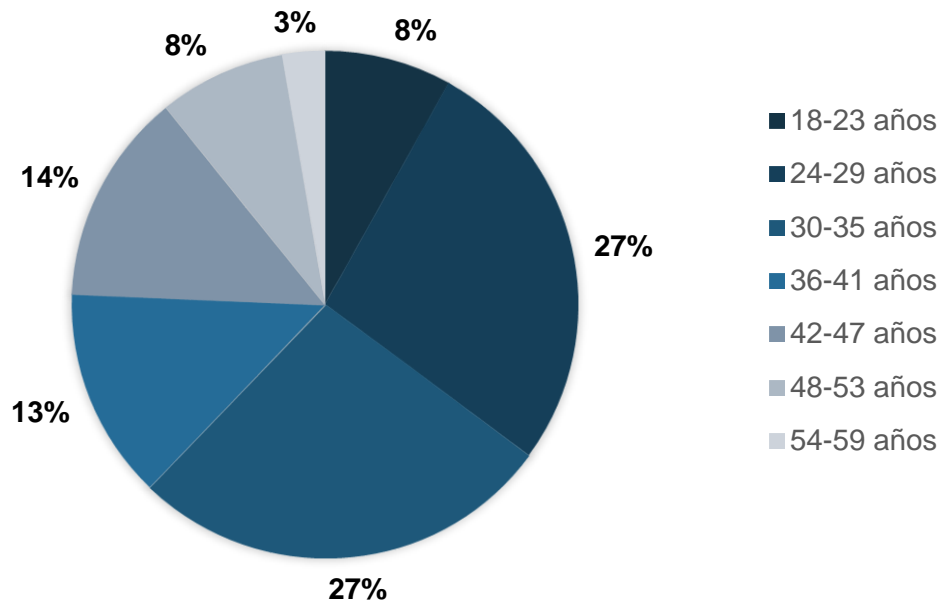
					Temas brindados en la clínica del Buen Pastor relacionados a salud sexual y reproductiva de la mujer.	Pregunta #39
<b>Describir las prácticas en relación a la prevención del virus de inmunodeficiencia humana presentes en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero, 2017.</b>	Prácticas preventivas del VIH	Este criterio incluye el conocimiento, y a partir de este enseña el modo de hacer algo (82).	Ejecutar una actividad que se conoce con relación a la prevención del VIH	Habilidades físicas	<p>Prueba del VIH</p> <p>Frecuencia del uso del preservativo durante las relaciones sexuales</p> <p>Razón para no usar el preservativo durante las relaciones sexuales</p> <p>Autoevaluación de las prácticas relacionadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual</p> <p>Visita íntima durante el tiempo que ha</p>	<p>Pregunta #21</p> <p>Pregunta #22</p> <p>Pregunta #23</p> <p>Pregunta #24</p> <p>Pregunta #26</p>

					estado en el Buen Pastor	
					Frecuencia que mantiene relaciones sexuales en el centro penitenciario	Pregunta #27
					Tipo de relaciones sexuales que mantiene de forma más frecuente	Pregunta #28
					Número de parejas sexuales	Pregunta #29
				Uso de los servicios sanitarios	Acceso a preservativos en el centro penitenciario	Pregunta #30
					Acceso a la prueba del VIH en el centro penitenciario	Pregunta #34
					Evaluación de la atención de salud brindada en la	Pregunta #36

					<p>clínica del Buen Pastor</p> <p>Evaluación de los servicios de salud del Buen Pastor</p> <p>Orientación sexual</p> <p>Antecedentes de consumo de drogas inyectadas en el centro penitenciario</p> <p>Antecedentes de realización de tatuajes o piercing en el centro penitenciario</p>	<p>Pregunta #37</p> <p>Pregunta #25</p> <p>Pregunta #32</p> <p>Pregunta #33</p>
--	--	--	--	--	--	---

**CAPÍTULO IV**  
**ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

**Figura N° 5**  
**Distribución porcentual según edad de las mujeres privadas de libertad**  
**del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: Elaboración propia, 2017.

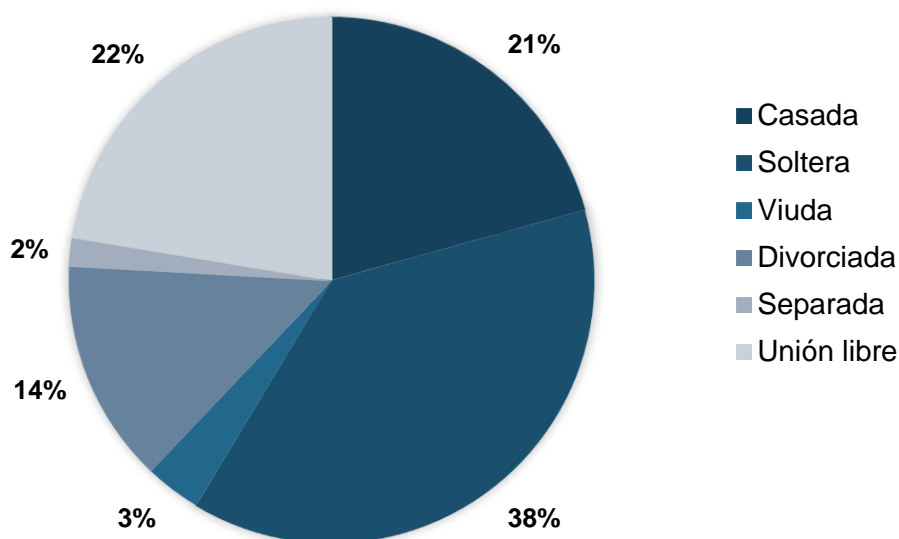
El 54% de la población del ámbito B1 del CAI se encuentra entre los 24 y 35 años. Datos aportados por el Ministerio de Justicia y Paz en el mes de agosto del 2016, señalaron que el 69,8% de las mujeres recluidas en el centro se ubican dentro de los rangos de 18 a 39 años, datos que coinciden con las edades que se presentan el ámbito B1.

La mayor parte de las participantes, se encuentra en edad sexualmente activa y reproductiva, lo cual se relaciona con un mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA, donde esta es la principal causa de mortalidad a nivel mundial, en mujeres de 15 a 44 años de edad, según la Organización Mundial de la Salud. El riesgo de contagio del VIH se incrementa a través de prácticas sexuales no seguras, inicio de relaciones sexuales coitales a temprana edad y promiscuidad, entre otros factores.

Según estadísticas reportadas por la Caja Costarricense de Seguro Social, en el 2015, el VIH se presentó en mujeres con edades que van desde los 14 hasta los 65 años, lo cual evidencia el impacto de esta enfermedad en mujeres desde edades tempranas.

No obstante, según los Centros para el Control y la Prevención de enfermedades, las personas de 50 años o mayores comparten los mismos factores de riesgo de infección por el VIH que las más jóvenes, pero pueden ser menos conscientes de su riesgo.

**Figura N° 6**  
**Distribución porcentual según estado civil de las mujeres privadas libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



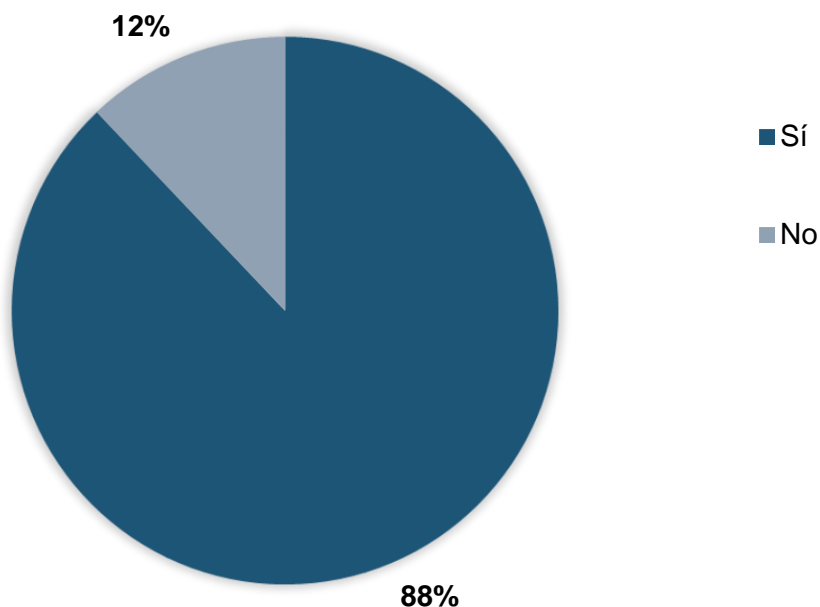
Fuente: Elaboración propia, 2017.

El 38% de la población estudiada es soltera. A pesar de que la mayor parte de la población es soltera, mantienen relaciones sexuales de forma esporádica con personas quienes no necesariamente se consideran parejas sexuales “estables”, información aportada por las

mujeres entrevistadas. Dicha dinámica social mantiene un estrecho vínculo con el alto riesgo de contagio del VIH.

Sin embargo, se ha evidenciado que en muchos países donde los índices de prevalencia del VIH son altos, las jóvenes se casan en la pubertad como estrategia para salir de la pobreza. En un estudio realizado en el año 2011 en Costa Rica denominado “caracterización de las condiciones de vida de las mujeres con VIH” se determinó que el 65,8% de la población adquirió el virus por medio del contacto sexual con el esposo, ya que el matrimonio supone “estabilidad” y “confianza” por parte de la pareja, condición que disminuye el riesgo de contagio del VIH al mantener relaciones sexuales únicamente con la pareja (83).

**Figura N° 7**  
**Distribución porcentual según paridad en mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: Elaboración propia, 2017.

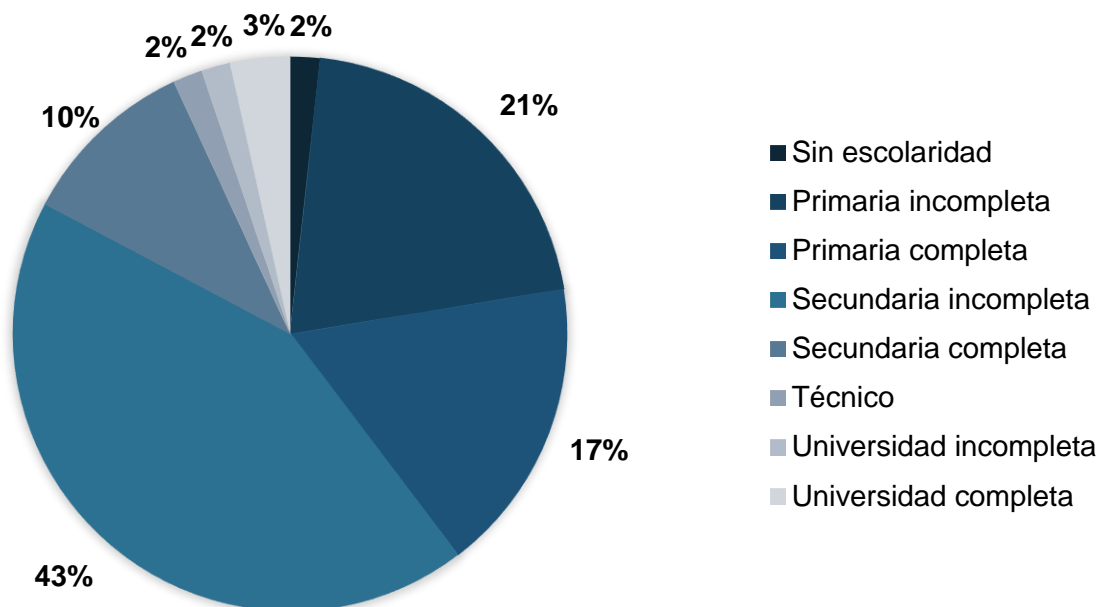
De las 58 mujeres entrevistadas, 51 de ellas tienen hijos lo cual equivale al 88% de la población. A pesar de que la mayoría de las mujeres se encuentran solteras, el 88% de la población tiene hijos y además figuran como jefas de hogar.

En el vigésimo informe Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible, en el apartado del Informe de las Principales transformaciones en el perfil de los hogares con jefatura femenina en Costa Rica en los últimos veinticinco años (1987-2013), se determinó que los hogares encabezados por una mujer están sobrerrepresentados en la situación de pobreza, especialmente en la extrema.

Al 2013 las jefas totalizan el 36% de los hogares del país, pero si se considera únicamente a los hogares en condición de pobreza estas representan el 40,1% y entre los hogares en pobreza extrema constituyen el 43% (84).

Según las estadísticas, esta condición de vulnerabilidad en la población femenina conlleva que en muchas ocasiones se cometan delitos contra la ley con la justificación de que fue por “necesidad”, con el fin de obtener recursos para la manutención del hogar y la familia.

**Figura N° 8**  
**Distribución porcentual según grado académico de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: Elaboración propia, 2017.

La mayor parte de las mujeres, es decir el 43% no logró concluir la secundaria. Se ha demostrado que la falta de acceso a la educación limita a la población femenina a disponer de información que le permita mejorar los conocimientos relacionados con su salud y, además, es un factor que incrementa la vulnerabilidad de la transmisión de infecciones por el mismo desconocimiento.

Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Costa Rica realizada en el 2010, se detectó que en la población entrevistada persisten de forma generalizada creencias incorrectas sobre aspectos del VIH. Las personas con menor escolaridad son quienes en mayor medida tienen estas creencias incorrectas (85).

La mayoría de las mujeres no posee un grado académico que le facilite el acceso a trabajos formales, y a un salario digno. De tal manera, que delinquir es un acto que, en ocasiones, permite generar ingresos para la obtención de recursos. Finalmente, es importante denotar que la privación de libertad confiere a las mujeres aún más limitaciones sociales, ya que ofrece condiciones como el consumo de drogas, prácticas sexuales.

**Cuadro N° 1**  
**Distribución porcentual según delito cometido por las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**

Delito cometido	Cantidad de mujeres	% (fr)
<b>Tráfico de drogas</b>	21	36%
<b>Delito contra la vida</b>	18	31%
<b>Delito contra la propiedad</b>	14	24%
<b>Delito sexual</b>	3	5%
<b>Otro</b>	2	4%
<b>TOTAL</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia, 2017.

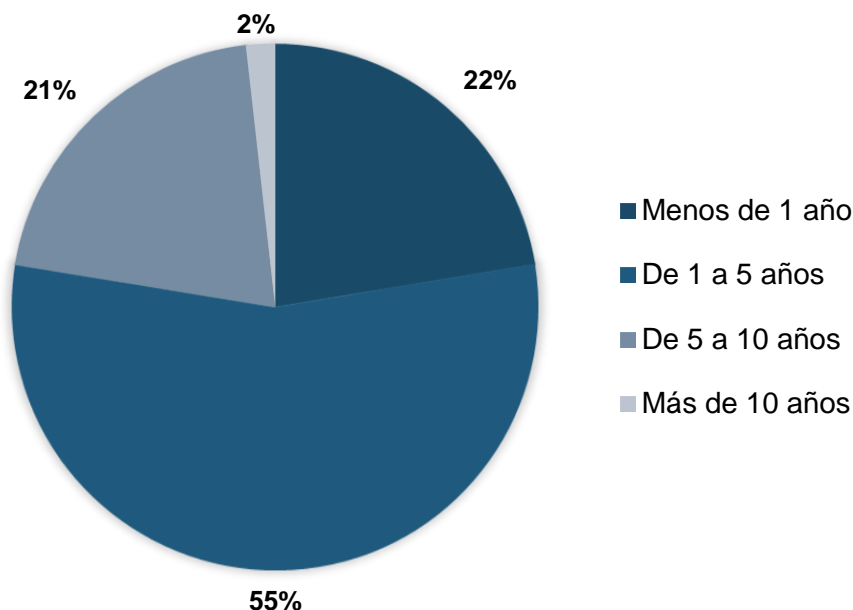
Según la categorización anterior, el 36% corresponde a delitos cometidos contra la Ley sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales (tráfico de drogas), este es el más frecuente en el centro penitenciario.

En un estudio realizado en el año 2011, en el centro penitenciario se demostró que el delito de tráfico de drogas al que estaban vinculadas al menos el 64% de las mujeres privadas de libertad del país es una decisión que se toma en condiciones de escasa posibilidad de resolver las necesidades básicas de la vida cotidiana (34).

Socialmente, existe estrecha relación entre la condición de la mujer y el delito de tráfico de drogas. El tráfico de drogas es una estrategia de sobrevivencia, y destaca como una

actividad económica informal a la que se suele dedicar ciertos sectores de la población femenina con limitado acceso al trabajo “legal”, a oportunidades sociales, económicas y culturales para satisfacer sus necesidades y las de sus familias.

**Figura N° 9**  
**Distribución porcentual según tiempo de privación de libertad de las mujeres del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: Elaboración propia, 2017.

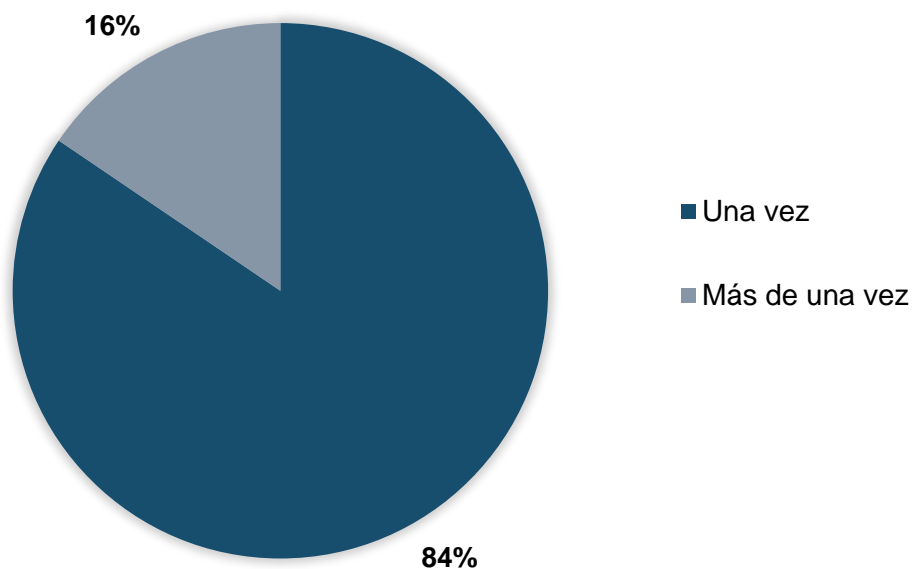
De acuerdo con los datos obtenidos a través de la investigación, el 55% de la población ha permanecido en el centro penitenciario de 1 a 5 años. Aproximadamente 5 de cada 10 mujeres ha estado recluida en el centro de 1 a 5 años, es decir, ha estado en contacto con conductas de riesgo durante un período significativo.

A más tiempo bajo arresto las mujeres experimentan un limitado estado de salud debido a la falta de acceso a servicios sanitarios y a información, exposición a prácticas no

saludables, consumo de drogas y comportamientos riesgosos. Dichos condicionantes confieren más riesgo de contagio del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Es por esta razón, que el personal de salud de los centros penitenciarios, deben aplicar estrategias en la población reclusa con el fin de realizar un abordaje precoz y oportuno en la detección de infecciones de transmisión sexual. Además, de brindar información veraz sobre las infecciones más comunes, entre ellas el VIH, enfatizando en las conductas que confieren mayor riesgo de contagio y el impacto en la salud de las mujeres.

**Figura N° 10**  
**Distribución porcentual según número de detenciones, mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**

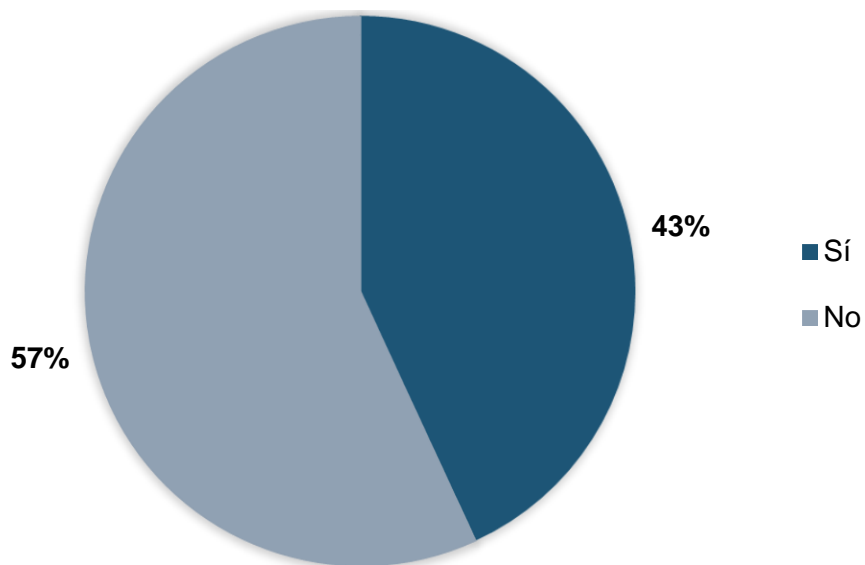


Fuente: elaboración propia, 2017.

El 84% de la población ha estado privada de libertad solamente en una ocasión. La mayoría de las mujeres ha estado en prisión una sola vez, este hecho supone menor contacto con prácticas de riesgo de contagio del VIH que las personas que han estado presas en más de una ocasión.

El ingreso a la prisión significa la restricción de la libertad ambulatoria y de algunos otros derechos conexos, pero conserva la mayoría de los derechos del ciudadano común, entre ellos el de salud, el cual confiere mayor relevancia para la presente investigación. Aunque en los centros de reclusión se brindan servicios de salud, estos se ven limitados por las condiciones propias que presentan. Se ha determinado que las cárceles incrementan el riesgo de contagio del VIH, entre los que figuran el hacinamiento, un ambiente general de violencia, tensión y miedo, la falta de información sobre la enfermedad, y la falta de instalaciones sanitarias adecuadas.

**Figura N° 11**  
**Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 que reciben algún tipo de ingreso económico por parte del CAI**  
**Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

Como se muestra, más de la mitad de las mujeres privadas de libertad laboran en actividades dentro del centro penitenciario, y reciben algún tipo de remuneración, lo cual corresponde a un 57% del total.

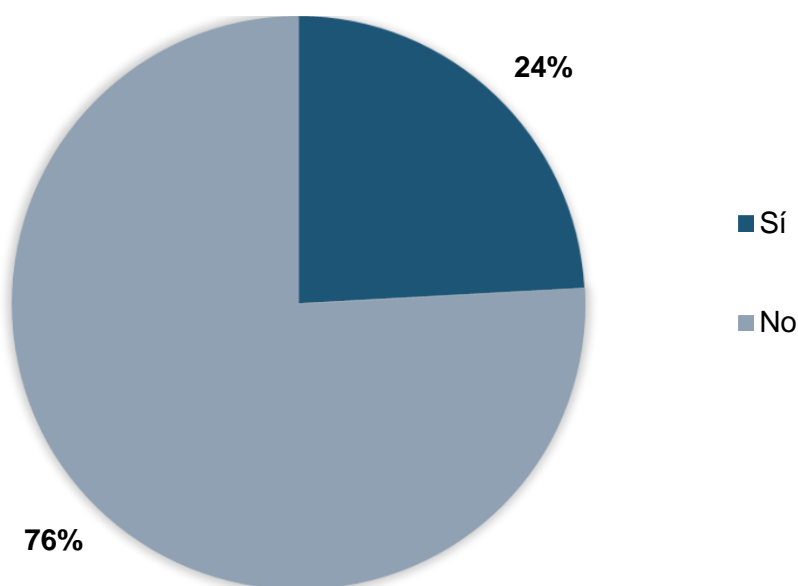
Es positivo que, 6 de cada 10 mujeres del ámbito B1 laboran en el centro para solventar necesidades propias y para realizar actividades que le permitan aprovechar el tiempo de forma que obtienen remuneración.

Dentro de las opciones laborales más frecuentes se encuentran actividades en la cocina, limpieza, jardinería, manualidades y talleres. El salario remunerado por estas actividades oscila desde doce mil quinientos a ciento diez mil colones por quincena, cumpliendo un horario de 8:00a.m. a 5:00p.m.

Las mujeres entrevistadas manifestaron que aun estando privadas de libertad asumen el rol de “jefas” de hogar, por lo que trabajan para percibir un salario y generar ingresos económicos para cubrir necesidades propias y familiares.

A través de un estudio realizado por la Universidad de Costa Rica durante el 2006, se demostró que en el centro existen similitudes con la presente investigación en relación con la dinámica laboral de la mujer, en el cual se determinó que el 60,3% de las mujeres trabajaban, recibiendo un salario mínimo por las labores y aun así estando bajo condición de privación de libertad eran “jefas de hogar”, ya que la mayoría debía velar parcialmente por las necesidades de sus hijos principalmente y familia.

**Figura N° 12**  
**Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 según antecedente de infección de transmisión sexual en el último año, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

Se evidencia que el 76% de las mujeres no ha presentado infecciones de transmisión sexual en el último año. Aproximadamente 1 de cada 4 mujeres ha presentado infecciones de transmisión sexual.

Es importante destacar que existen infecciones de transmisión sexual asintomáticas, por ende, existe la posibilidad de que las mujeres no identifiquen su presencia. Resulta preocupante que muchas de ellas refirieron nunca haberse realizado pruebas médicas de detección de infecciones de transmisión sexual.

Por otra parte, el centro penitenciario cuenta con el recurso humano y convenios con la Clínica Marcial Fallas y con otras instituciones privadas para la realización de pruebas

diagnósticas, pero carece de mecanismos aptos para atender y priorizar las necesidades de las mujeres reclusas.

**Cuadro N° 2**  
**Distribución porcentual de mujeres que han tenido parejas con antecedentes de infección de transmisión sexual del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Mujeres con parejas que han presentado alguna ITS</b>	<b>Número de mujeres</b>	<b>% (FR)</b>
<b>Sí</b>	15	26%
<b>No</b>	37	64%
<b>No sabe</b>	6	10%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia, 2017.

El cuadro N°2 evidencia que el 26% de las mujeres refirió haber tenido al menos una pareja portadora de infección transmisión sexual. Existe estrecha relación entre la cantidad de mujeres que presentaron infecciones de transmisión sexual con las que también han tenido parejas infectadas.

La transmisión del virus se desarrolla al mantener relaciones sexuales, cuando al menos una de las personas está infectada, sin la protección adecuada, en presencia de intercambio de sangre, semen y fluidos vaginales.

Es por ello, que el sexo vaginal, anal y oral sin dispositivos de barreras de protección implica riesgo de transmisión del VIH y, además, de otras ITS como la sífilis, gonorrea, virus de papiloma humano, herpes, entre otras.

**Cuadro N° 3**  
**Distribución porcentual de mujeres con familiar o amigo portador de VIH,**  
**del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**

Mujeres con familiar o amigo portador del VIH	Número de mujeres	% (fr)
<b>Sí</b>	17	29%
<b>No</b>	40	69%
<b>No sabe</b>	1	2%%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia, 2017.

De la población entrevistada, el 29% de las mujeres conoce a alguna persona portadora de VIH.

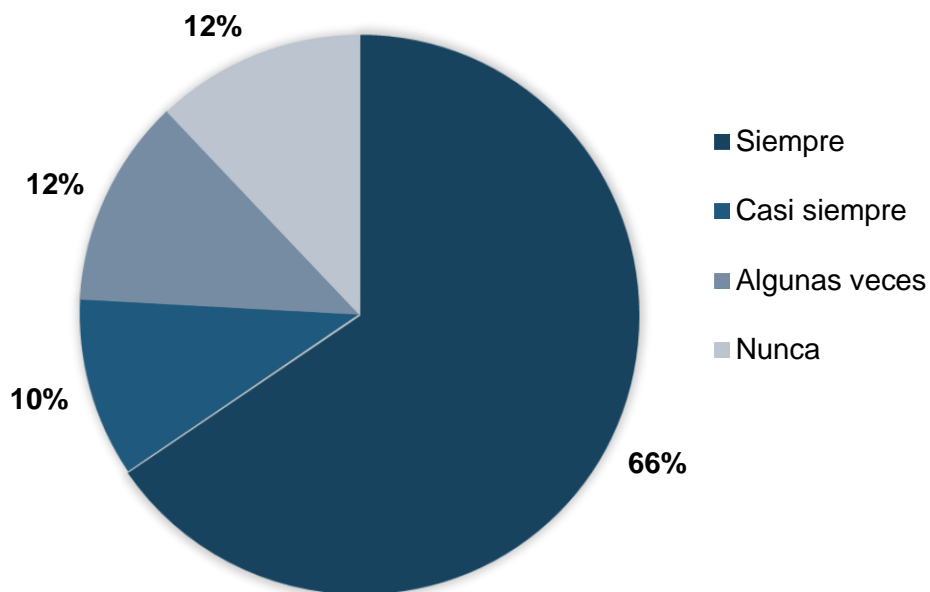
Algunas de las mujeres entrevistadas refirieron conocer personas portadoras de VIH dentro del ámbito en el que se encuentran, el resto de las mujeres mencionaron tener amigos o conocidos con VIH. Una de ellas señaló ser portadora del virus y otra mujer indicó que su exesposo falleció 3 meses atrás a causa del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Según el Área de estadísticas en salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, para el año 2015 se registraron 516 casos de personas portadoras del VIH en el país, de las cuales 106 era mujeres y 410 hombres, el grupo etario más afectado es el que se encuentra entre los 20 y 44 años, esto en ambos sexos.

Esta enfermedad en la primera etapa suele cursar en la mayoría de los casos sin ningún tipo de sintomatología clínica, por lo cual es complejo identificar la presencia del virus en otras personas. Las manifestaciones se presentan posterior al desarrollo de la misma,

incluso puede tardar años en aparecer los síntomas, así como las complicaciones más graves.

**Figura N° 13**  
**Distribución porcentual según apoyo familiar de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



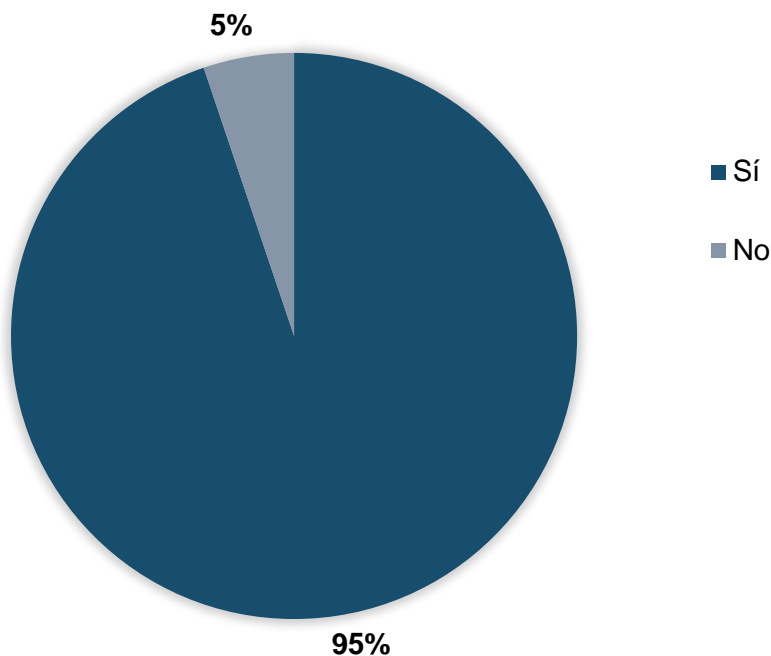
Fuente: elaboración propia, 2017.

Según la información anterior, casi el 80% cuenta con apoyo de su núcleo familiar, hecho que fortalece el vínculo, aporta estabilidad emocional y figura como motivación.

Sin embargo, por la condición de la mujer en la sociedad, existe mucha discriminación y estigma hacia la población privada de libertad femenina, lo que se ve reflejado en aproximadamente 2 de cada 10 mujeres, que no cuenta con apoyo permanente por parte de la familia. En tanto, que el 10% restante no ha recibido ayuda durante su condición actual.

En muchas ocasiones las familias determinan que la privación de libertad implica la exclusión social de la mujer, así como del núcleo familiar debido al estigma que existe en la sociedad. El ingreso en prisión de una mujer conlleva el estigma familiar, alteración de los roles y problemas de apego que se ven agravados en el caso mujeres con hijos e hijas en prisión. Para las mujeres, resulta necesaria una red social que las provea de apoyo emocional durante su permanencia en el centro penitenciario.

**Figura N° 14**  
**Distribución porcentual según conocimiento sobre el VIH en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

Aunque la mayoría de mujeres (95%) refieren conocer del VIH, lo confunden con el SIDA, es decir, no identificaron la diferencia entre ambos conceptos, por lo que resulta no concluyente que se afirme “tener conocimiento” y que ese conocimiento sea el apropiado o correcto.

En la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados del VIH/SIDA y el comportamiento sexual en Costa Rica realizada en el 2011, el 99% de las mujeres entrevistadas refirió haber oído hablar del VIH, sin embargo, el porcentaje de mujeres que conocían aspectos más específicos fue aproximadamente de un 76% (86).

Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, ha evidenciado que a nivel mundial más del 80% de las mujeres jóvenes no tienen el “suficiente” conocimiento sobre VIH/SIDA. (87).

Es evidente la necesidad de mejorar la información de las formas de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana y otras infecciones de transmisión sexual y el impacto en la salud femenina, la sexualidad de mujer y fomento de toma de decisiones a nivel global.

**Tabla N° 4**  
**Conocimiento del modo de transmisión del VIH en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Modo de transmisión</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>
<b>Al tener relaciones sexuales sin protección</b>	58
<b>A través del sexo oral</b>	32
<b>Por medio de besos</b>	35
<b>De madre a hijo</b>	45
<b>Por medio de la sangre</b>	56

Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo con la tabla anterior, de las 58 mujeres encuestadas, todas (100%) sabe que el VIH se puede transmitir a través de relaciones sexuales sin protección, 32 de las 58, lo asocia al sexo oral. 35 refirieron que es a través de besos y 45 saben de la transmisión vertical (madre a hijo), 56 afirmaron que es por medio de sangre.

La Organización Mundial de la Salud considera que mundialmente el 75% de todas las infecciones por el virus se han producido mediante el contacto sexual. Por ello, el hecho de que el 100% de las mujeres reconozca el uso del preservativo como un medio de prevención del VIH, figura como una medida importante de reforzar en la práctica de esta población.

La totalidad de la población reconoció que tener relaciones sexuales sin protección es una de las formas más frecuentes de transmisión del VIH, y la mayoría indicó que a través de la sangre también se puede contraer el virus.

Con respecto al sexo oral, 32 mujeres manifestaron que el virus se transmite a través de la saliva por medio de besos, este es un hecho falso. Si bien es cierto, el VIH se contagia por medio del sexo oral, este se transmite por el contacto de secreciones genitales, en presencia de algún tipo de lesión expuesta en la cavidad oral.

Datos epidemiológicos indican que la transmisión más importante del VIH es la parenteral por medio de sangre y productos plasmáticos contaminados, la sexual por el semen, las secreciones vaginales-cervicales y la vertical y por medio de leche materna.

**Tabla N° 5**  
**Conocimiento de medidas de prevención del VIH en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Medidas para la prevención del virus de inmunodeficiencia humana</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>
<b>Usar el preservativo durante las relaciones sexuales</b>	58
<b>Limitar el número de parejas sexuales</b>	47
<b>Al realizar tatuaje-piercing verificar sea un lugar seguro</b>	41
<b>No inyectar drogas por medio de jeringas contaminadas</b>	49

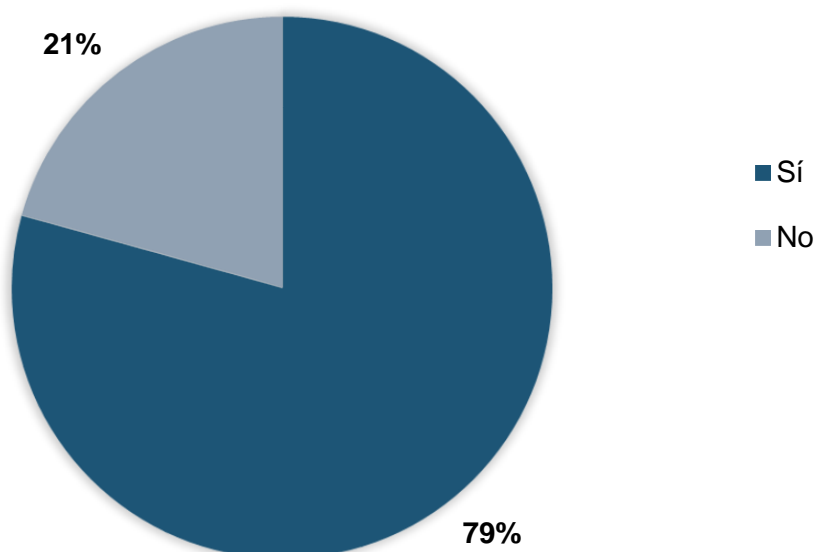
Fuente: elaboración propia, 2017.

Del total de las participantes, 58 identificaron el uso del preservativo durante las relaciones sexuales como la medida primordial para la prevención del VIH, 47 limitar el número de parejas sexuales, 41 que al realizarse un tatuaje-piercing verificar que el material esté limpio y 49 no inyectar drogas con jeringas contaminadas.

Por otra parte, 47 mujeres no estuvieron de acuerdo con el hecho de que limitar el número de parejas ayude a prevenir el VIH, puesto que no se sabe con certeza el grado de fidelidad de las parejas, aún bajo la condición del matrimonio.

La prevención primaria de la transmisión sexual del VIH se basa en la adopción de medidas preventivas que propicien el sexo seguro, encaminadas al uso sistemático del preservativo como único método de barrera efectivo. Dentro de las intervenciones recomendadas que reducen la posibilidad de contagio del virus destaca la abstinencia de relaciones sexuales coitales o bien, monógamas en presencia de contar con pareja estable y sana. A nivel penitenciario, las autoridades deben aplicar iniciativas encaminadas a reducir el intercambio y la reutilización de equipo empleado para realizar tatuajes, perforaciones corporales y otras formas de penetración cutánea.

**Figura N° 15**  
**Distribución porcentual según conocimiento sobre riesgo de contagio por múltiples parejas sexuales, en mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

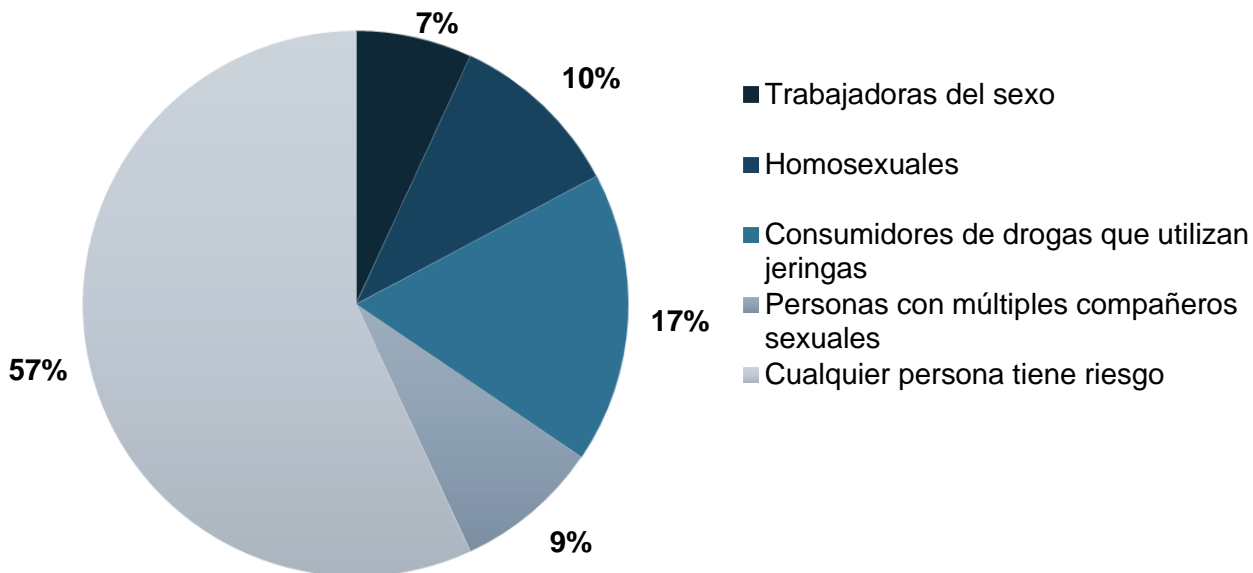
Según la figura anterior, el 79% de las mujeres afirmaron que sí existe mayor riesgo de contagio al tener alto número de parejas sexuales.

El riesgo de contagio por el virus VIH aumenta si se tiene más de una pareja sexual, debido a que existe mayor exposición a factores que pueden facilitar la transmisión, no obstante, es necesario solamente un contacto sexual para adquirir el virus.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en Costa Rica realizada en el 2010, se destacó que evitar tener relaciones sexuales con personas desconocidas es el método de prevención menos reconocido por parte de la población femenina, únicamente el 18,7% la consideran como una medida de prevención de infecciones de transmisión sexual (85). La educación en materia sexual es una herramienta

que permite ampliar el conocimiento y con ello mejorar las conductas y comportamientos sexuales para que sean asumidos con responsabilidad y aporten menor riesgos a la salud.

**Figura N°16**  
**Distribución porcentual según percepción sobre poblaciones con mayor riesgo de contagio del VIH, mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

El 57% de las mujeres consideran que cualquier persona tiene riesgo de contraer el virus. Aproximadamente 6 de cada 10 mujeres indicaron que cualquier persona tiene riesgo de contraer VIH. El reconocer que todas las personas poseen el mismo riesgo de contagio del virus es relevante, ya que supone la aplicación de medidas preventivas en cualquier contacto sexual.

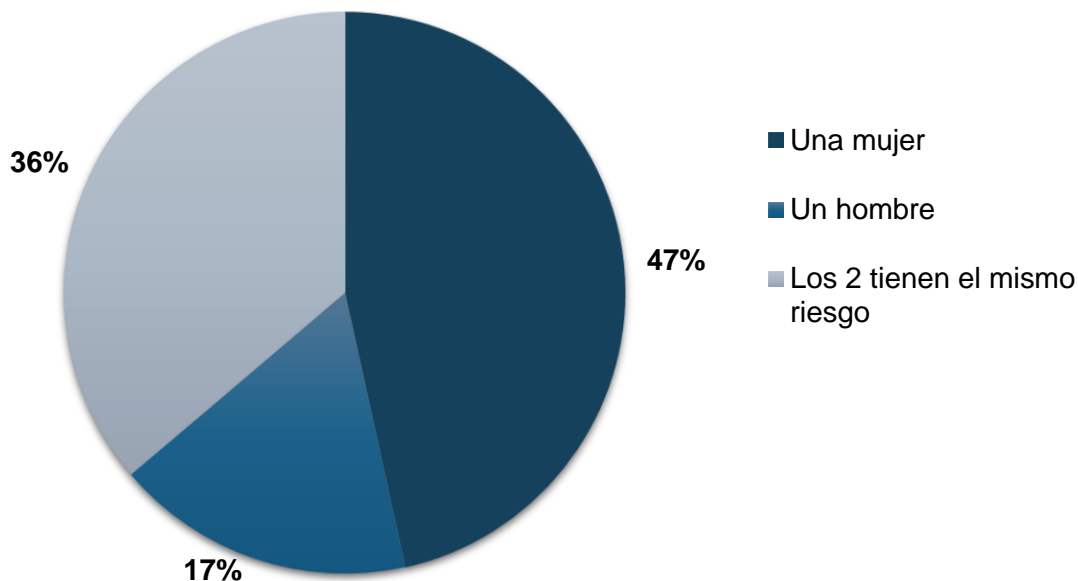
Las investigaciones a través de los años, han establecido estimaciones sobre el riesgo de transmisión del VIH, sobre las conductas que presentan mayor riesgo, ya que es complejo determinar el grado de seguridad de una acción sobre otra.

Con respecto a las trabajadoras del sexo, se sabe que actualmente muchas de ellas han adoptado medidas preventivas para las infecciones de transmisión sexual. En contraparte, son pocas las personas consumidoras de drogas (debido al deterioro cognitivo-mental) que utilizan las medidas de protección.

La Organización Mundial de la Salud advierte que la prestación insuficiente de servicios relacionados con el VIH a los grupos de población como homosexuales, reclusos, consumidores de drogas inyectables, trabajadores del sexo y transexuales, pone en peligro los progresos mundiales en la respuesta al VIH.

La problemática se acrecienta en dichos grupos, ya que son los que adquieren mayor riesgo de contraer la infección por VIH, pero también son quienes menos probabilidades tienen de acceder a los servicios de prevención, detección y tratamiento.

**Figura N° 17**  
**Distribución porcentual del riesgo de contagio del VIH según género,**  
**mujeres privadas de libertad del ámbito B1,**  
**CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

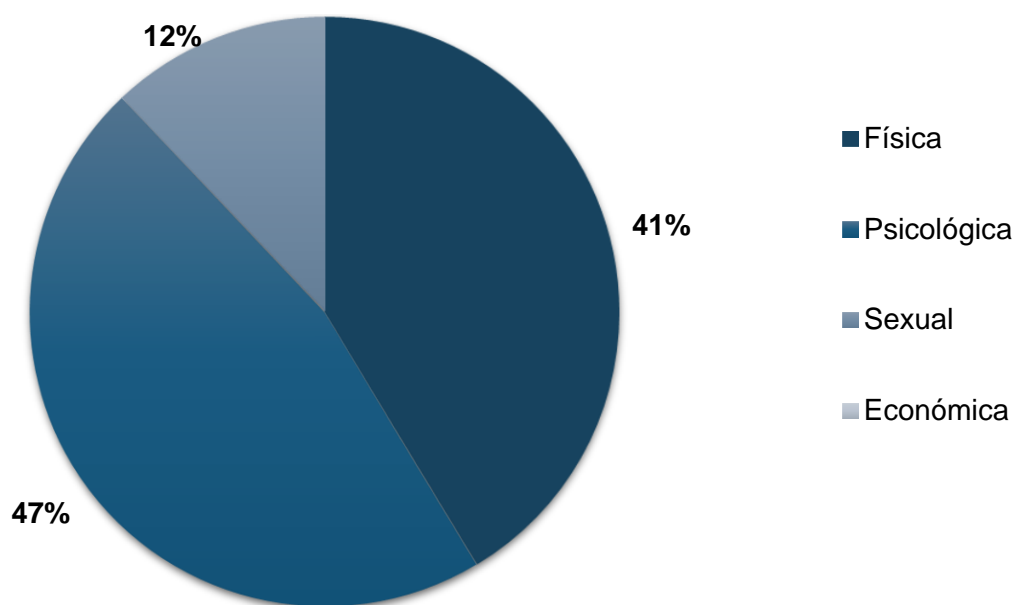
La figura N° 17 muestra que el 47% de la población determinó que la mujer tiene mayor riesgo de contagio del VIH.

Alrededor de la mitad de la población identificó la condición de la mujer como factor de riesgo para el contagio del VIH. Si bien es cierto, aproximadamente la mitad de las mujeres considera que su género tiene más riesgo de vulnerabilidad, desconocen los factores biológicos propios de la anatomía del sistema reproductivo femenino, lo cual fue evidenciado durante la aplicación del instrumento a través la investigación.

Desde el punto de vista biológico, las investigaciones muestran que el riesgo de infectarse por el VIH durante una relación sexual vaginal no protegida es 2 a 4 veces más alto para la mujer que para el hombre. En comparación con el hombre, durante una relación sexual, la mujer tiene una mayor superficie de mucosa expuesta a las secreciones sexuales de la pareja.

El semen infectado, además, contiene normalmente una concentración más alta de virus que los fluidos vaginales de la mujer y permanece más tiempo en la vagina y el tracto rectal, que las secreciones vaginales en el pene, hecho que propicia la transmisión del hombre a la mujer en una mayor proporción.

**Figura N° 18**  
**Distribución porcentual del tipo de agresión más frecuente en la población femenina, según opinión de las mujeres privadas de libertad del Ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

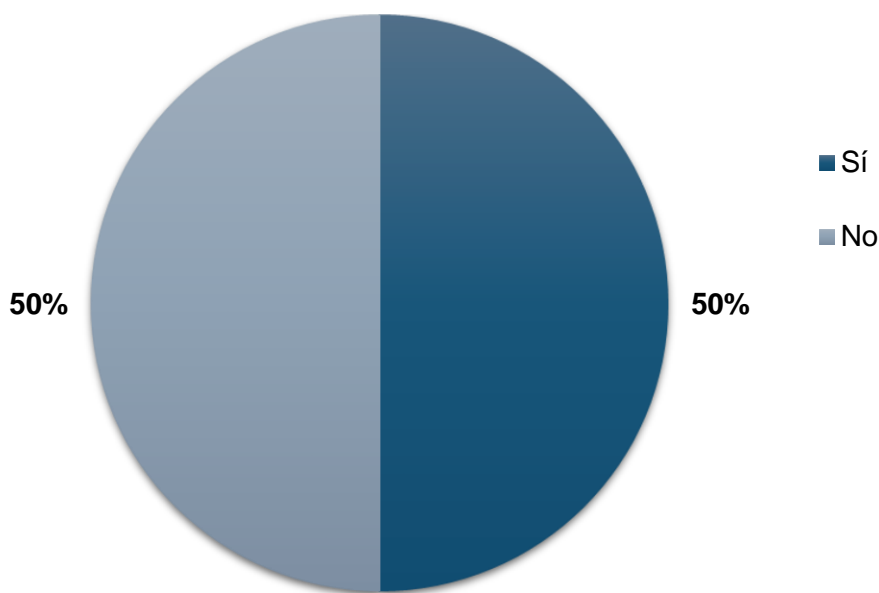
Se observa que el 47% de las participantes opina que la forma de agresión más común hacia las mujeres es la psicológica. Al contestar la pregunta, una cantidad significativa de la población entrevistada añadió que consideraban todas las opciones como formas frecuentes de agresión hacia la mujer, incluso la mayoría afirmó que se dan en forma simultánea.

Para la Organización Mundial de la Salud, la violencia contra la mujer es ejercida por su pareja, constituye un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos, condición que aumenta el riesgo de transmisión del VIH.

Según datos estadístico en el año 2015, la Fuerza Pública de Costa Rica recibió al menos una llamada por hora por motivo de agresión a mujeres en todo el país, y aprehende a

10.000 agresores por año (88). La mujer a través de la historia ha sido víctima de violencia tanto del núcleo familiar como de las parejas, e incluso la misma sociedad, dicha condición coloca a la mujer en una situación de desigualdad y mayor vulnerabilidad lo cual se refleja en la información anterior.

**Figura N° 19**  
**Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 que han solicitado la prueba del VIH, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



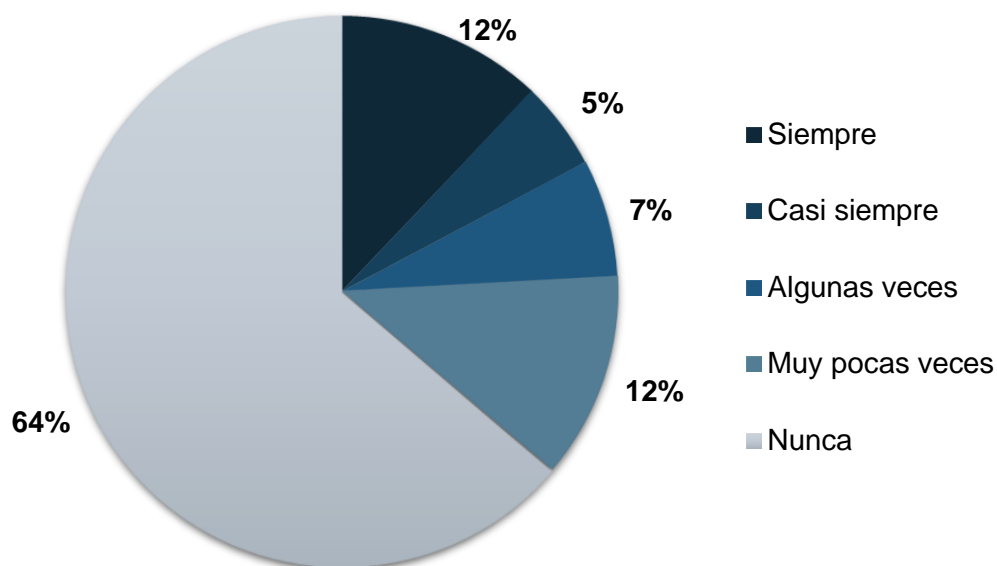
Fuente: elaboración propia, 2017.

La figura N° 19 muestra que la mitad de las mujeres entrevistadas ha solicitado la prueba del VIH durante su estancia en el centro. En cuanto al diagnóstico temprano de la enfermedad, el objetivo en aquellas poblaciones de más riesgo es de conocer su condición. La prestación de servicios de asesoramiento y pruebas de tamizaje debe convertirse en una práctica rutinaria en los centros penales de todo el mundo.

En la Encuesta de indicadores por conglomerados desarrollada en el 2011, el informe del VIH/SIDA y comportamiento sexual, determinó que el 74% de las mujeres entrevistadas

sabía dónde hacerse la prueba. De todas las mujeres, cerca de la mitad alguna vez se hizo la prueba. Cabe destacar que solo el 8.4% conocían los resultados. El temor, la vergüenza y el poco acceso a los servicios de salud impiden que muchas mujeres averigüen o conozcan su estado de salud, retardando el diagnóstico, tratamiento y abordaje.

**Figura N° 20**  
**Distribución porcentual según frecuencia del uso de preservativo durante las relaciones sexuales, en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

De la población estudiada el 64% no utiliza el preservativo durante las relaciones sexuales.

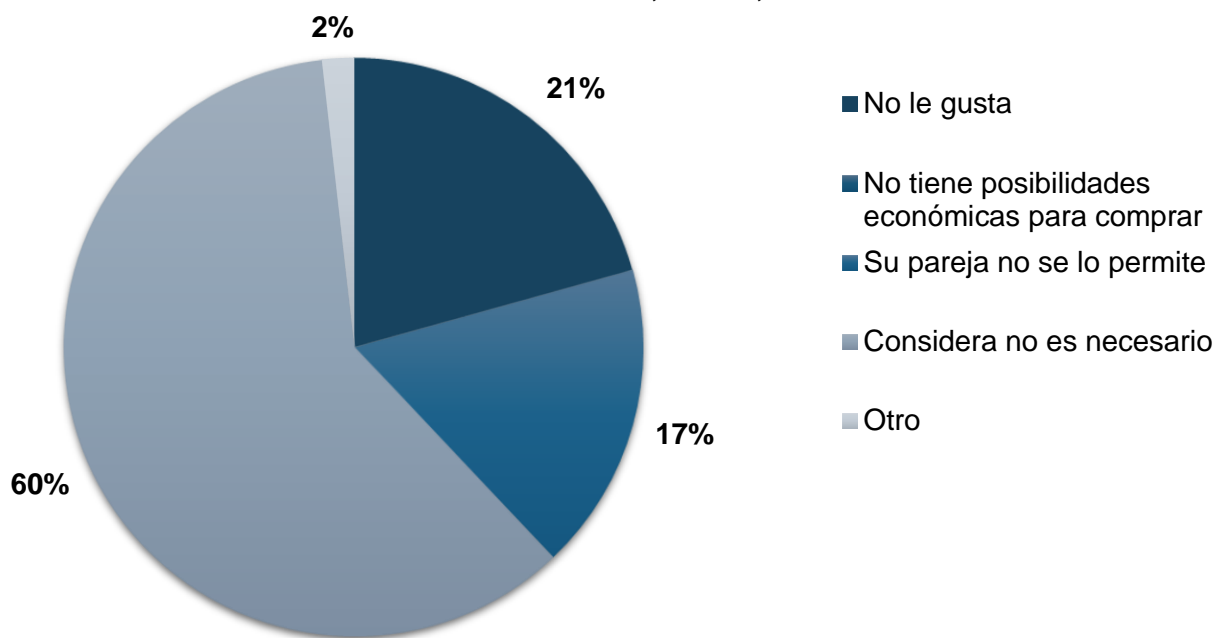
Aproximadamente 6 de cada 10 mujeres no hacen uso del preservativo durante las relaciones sexuales, lo que implica que mantienen contacto de forma estrecha con secreciones genitales, exponiéndose al contagio del VIH.

Los informes de la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva realizada en Costa Rica en el 2010, destacan que, aunque ha aumentado el uso del preservativo en términos generacionales, y a pesar de que una inmensa mayoría lo reconoce ampliamente como el

modo de prevención del VIH más seguro, siguen existiendo importantes brechas en el uso sistemático del mismo. Estas brechas, además, se comportan de forma diferenciada según nivel educativo, lo cual plantea el desafío de redoblar esfuerzos para asegurar el acceso universal a la información y al uso del mismo como medio de prevención (85).

Culturalmente, la ideología tradicional de las relaciones de género dificulta una mejor posición de las mujeres para negociar prácticas de sexo más seguro con las parejas lo que limita la oportunidad de tomar decisiones en cuanto a la salud.

**Figura N° 21**  
**Distribución porcentual según razón por la cual las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 no utilizan preservativo durante las relaciones sexuales, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

La figura N° 21 muestra que el 60% de las mujeres considera que no es necesario usar el preservativo durante las relaciones sexuales.

La mayor parte de la población señaló que no es necesario utilizar protección durante las relaciones sexuales, ya que se encuentran en una relación “estable” lo cual les brinda “confianza” y “seguridad”. Este hecho es sumamente preocupante, ya que no hacer uso del preservativo durante las relaciones sexuales aumenta de forma significativa al contagio del VIH.

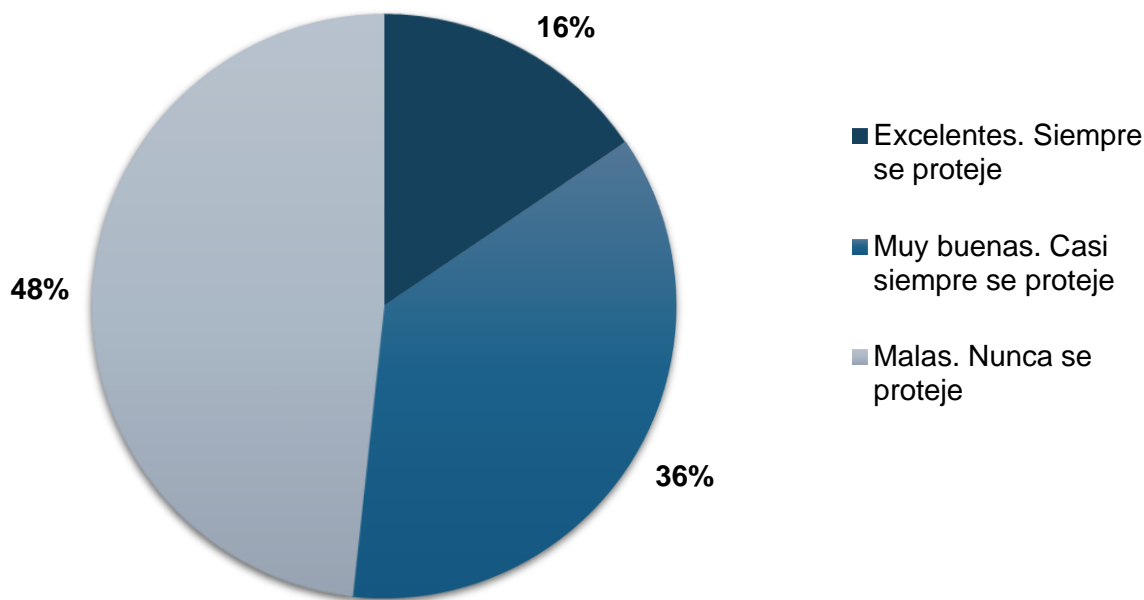
El 21% que indicó desagrado por el método, se exponen a un alto riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH, debido a que los fluidos corporales contienen altos índices del virus de estar contagiada la persona.

Por otra parte, el 17% no usa preservativo porque su pareja no se lo permite, razón que evidencia una clara posición de desventaja con respecto a medidas de protección asociadas a la condición de género.

Un 2% refirió que presentan respuesta alérgica al látex, al mismo tiempo que desconocían que existen en el mercado preservativos sin este compuesto, sin embargo, no tienen acceso a la adquisición de estos productos en el centro penitenciario.

Como las mujeres han sido educadas históricamente para una sexualidad en función del goce masculino, en la mayoría de las ocasiones existe vergüenza o miedo de exigir una relación protegida, por lo que la mujer no propone el uso del preservativo; esto incrementa su grado de vulnerabilidad y contagio.

**Figura N° 22**  
**Distribución porcentual según prácticas de prevención del VIH en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

Se determina que el 48% de las mujeres reconoció no llevar a cabo prácticas relacionadas con la prevención del VIH. Resulta preocupante que solo el 16% mantiene prácticas relacionadas a la prevención del VIH.

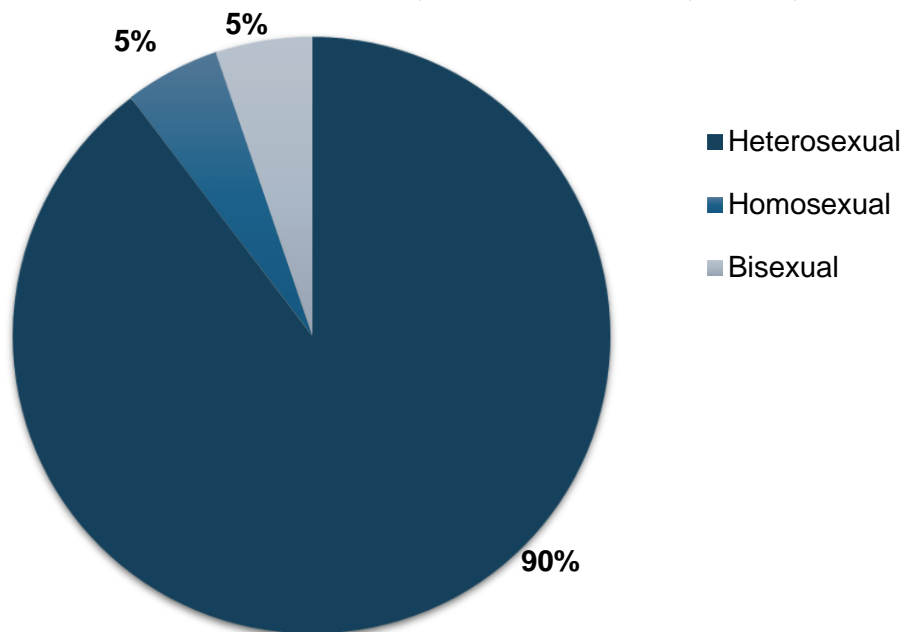
El 36% de la población que refirió protegerse casi siempre del contagio del VIH, se expone al contagio, ya que con solo una ocasión de descuido se puede contraer el virus. De las mujeres que consideraban sus prácticas de prevención como “muy buenas”, es porque creen que se encuentran en relaciones “estables” o “formales” y no necesariamente porque utilicen medidas de protección (preservativo).

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer ha destacado la relación que existe entre el rol reproductivo de las mujeres, su posición social subordinada y una

mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH. Según el Comité, “como consecuencia de las relaciones desiguales de poder basadas en el género, las mujeres adultas y las adolescentes a menudo no pueden negarse a tener relaciones sexuales ni insistir en prácticas sexuales responsables y sin riesgo (89).

La condición de la mujer en la actualidad no le permite tomar decisiones en el ejercicio de la sexualidad, lo cual dificulta ejercer acciones protectoras en su estado de salud reproductiva y sexual.

**Figura N° 23**  
**Distribución porcentual según orientación sexual de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



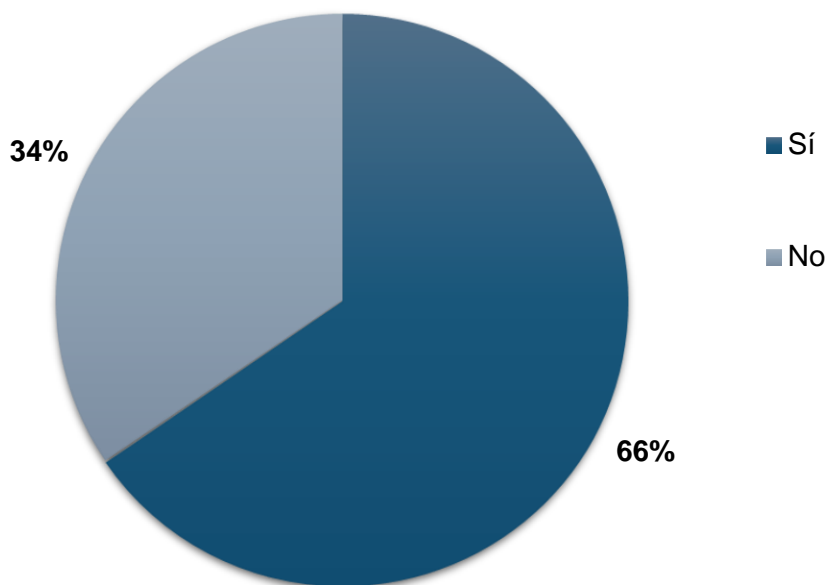
Fuente: elaboración propia. 2017.

Referente a la figura N° 23, el 90% de la población estudiada es heterosexual. Aproximadamente 9 de cada 10 mantiene relaciones únicamente con hombres, representando alto riesgo de contagio por las condiciones biológicas y sociales de las mujeres.

De acuerdo con la orientación sexual y las prácticas de cada persona, existen conductas que presentan condiciones que favorecen la transmisión del VIH. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud ha determinado que, a nivel mundial, el 75% de todas las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana se han producido mediante contacto heterosexual.

El 10% de la población mantiene relaciones con personas del mismo sexo y/o con ambos. En el caso de las mujeres homosexuales estas presentan menor riesgo de contagio, al no mantener contacto entre mucosas, sin embargo, en presencia de lesiones genitales o cavidad oral, existe la posibilidad de transmisión del VIH.

**Figura N° 24**  
**Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 que han tenido visita íntima, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

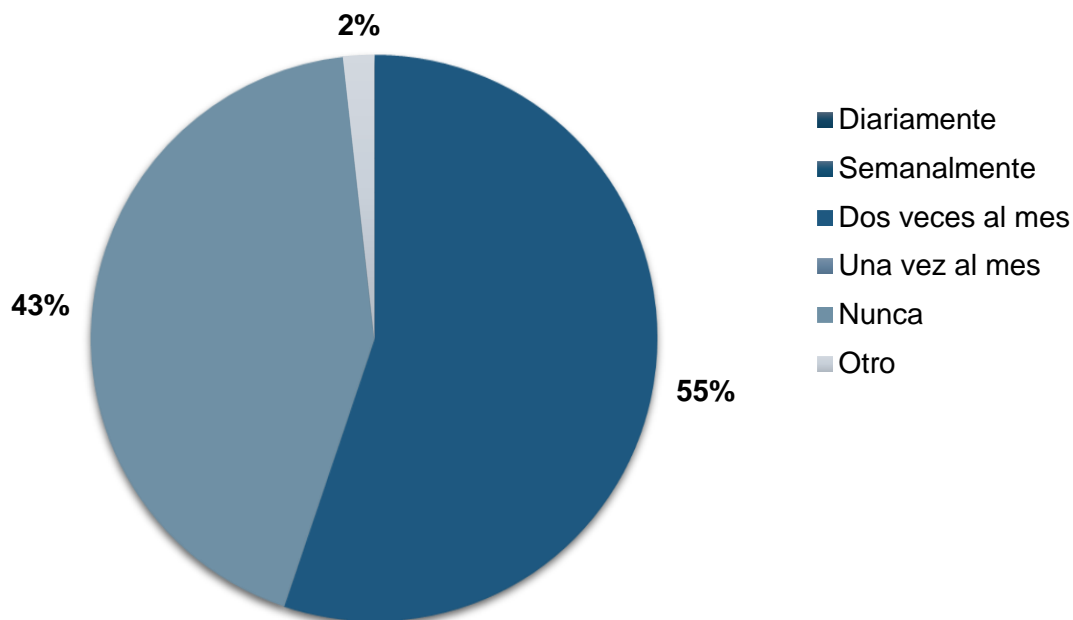
El 66% de las mujeres han recibido visita íntima dentro del centro penitenciario.

Las mujeres privadas de libertad tienen derecho a la visita íntima cada quince días, o bien de acuerdo con la demanda. El centro cuenta con las condiciones adecuadas para que las reclusas gocen de este espacio y este no confiera riesgos en la salud.

De esta forma, los sistemas de salud de los centros penitenciarios deben brindar conocimiento a la población reclusa sobre las conductas y comportamientos sexuales de mayor riesgo de contagio del VIH y otras infecciones, con el objetivo de mejorar las prácticas sexuales.

Se ha determinado que la vía de mayor contagio del VIH se desarrolla por medio del contacto sexual, es por esta razón que las medidas preventivas cumplen un papel elemental para evitar la transmisión del virus.

**Figura N° 25**  
**Distribución porcentual según frecuencia en que mantienen relaciones sexuales las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del CAI**  
**Buen Pastor, enero, 2017**

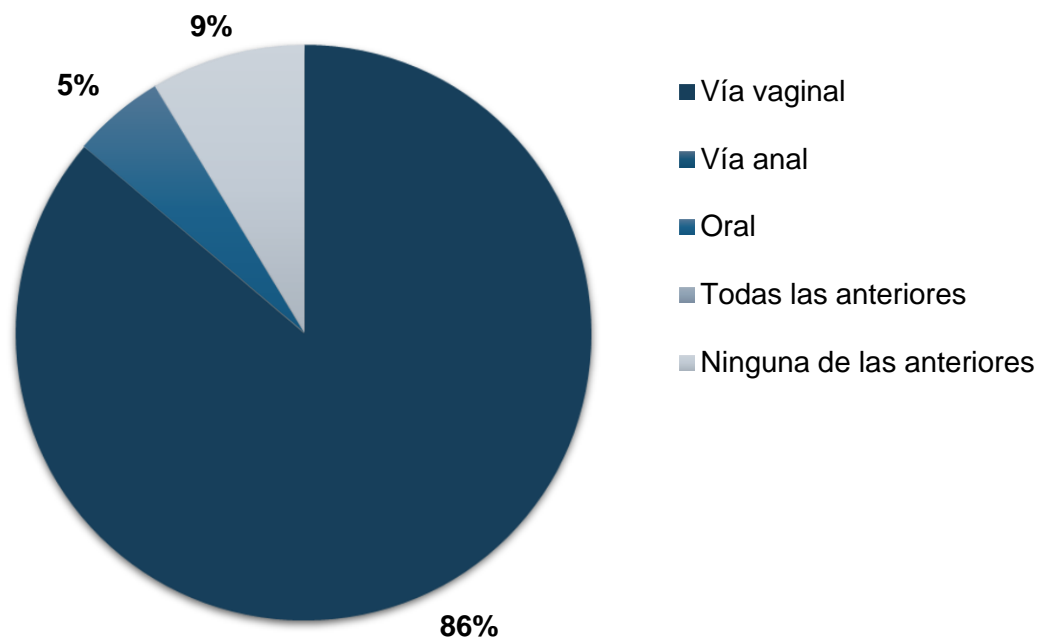


Fuente: elaboración propia, 2017.

El 55% de las mujeres mantienen relaciones sexuales cada 15 días dentro del centro de reclusión.

Si bien es cierto, el 38% de la población estudiada es soltera, más de ese porcentaje mantiene relaciones sexuales de forma ocasional. Según refirieron algunas mujeres entrevistadas, en ciertas circunstancias ellas contactan a personas de otros centros penitenciarios o personas externas y solicitan el permiso de la visita íntima sin conocerlas, situación que confiere de mayor vulnerabilidad a esta población.

**Figura N° 26**  
**Distribución porcentual según tipo de relación sexual más frecuente de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

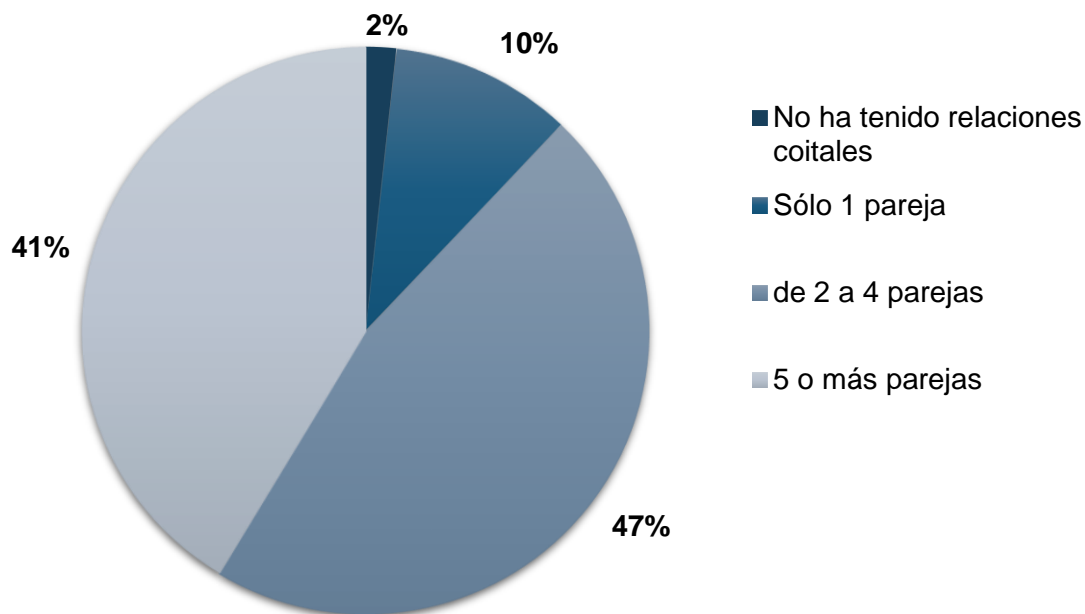
El 86% de las mujeres mantienen relaciones sexuales vía vaginal.

Durante los últimos años, la proporción de casos asociados a la transmisión heterosexual ha aumentado. El número de casos del virus diagnosticado anualmente que se atribuyen al contacto heterosexual ha aumentado en un 18% entre las mujeres (90).

En la literatura se han identificado conductas relacionadas con la transmisión del VIH de mayor a menor riesgo: coito anal receptivo sin preservativo, coito vaginal receptivo sin preservativo, felación con ingestión del semen, cunnilingus, coito anal o vaginal con preservativo y felación sin ingestión de semen.

La población que practica con mayor frecuencia sexo oral, corresponde a mujeres que mantienen relaciones sexuales con personas del mismo sexo, considerada una de las conductas sexuales con menor riesgo de contagio del VIH.

**Figura N° 27**  
**Distribución porcentual según número de parejas sexuales de las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



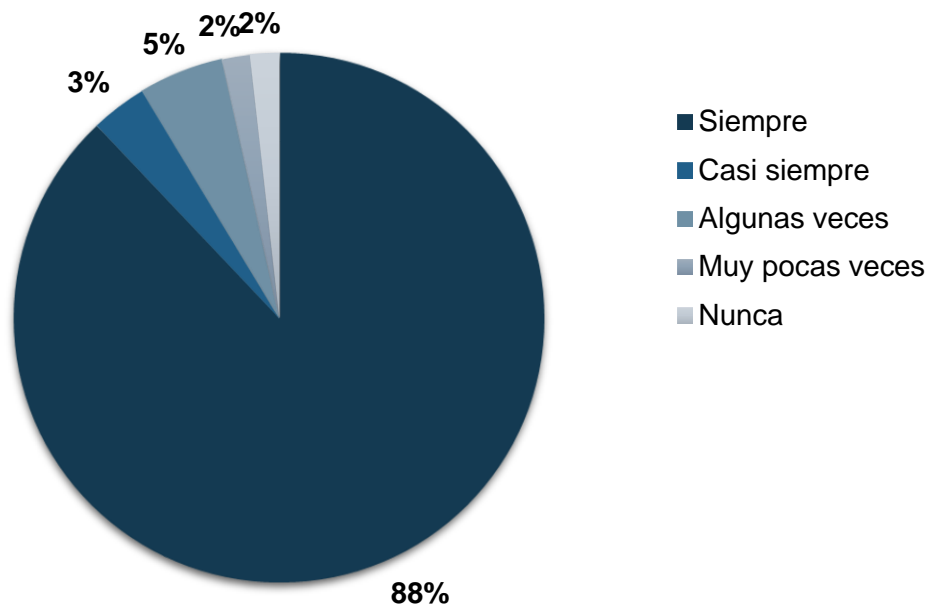
Fuente: elaboración propia, 2017.

Con respecto a la figura anterior, el 47% de las mujeres ha tenido de 2 a 4 parejas sexuales.

Alrededor de la mitad de la población ha tenido de 2 a 4 parejas sexuales, próximas a alcanzar el número de parejas considerado para establecer el criterio de promiscuidad, aumentando el riesgo de contagio del VIH, según la Organización Mundial de la Salud.

El Ministerio de Salud de Costa Rica ha determinado que dentro de las medidas preventivas para evitar el contagio del VIH se deben mantener relaciones sexuales solo con una sola pareja y usar preservativo especialmente en relaciones sexuales con personas desconocidas o promiscuas, desde el inicio hasta el final de la relación (91). Con respecto al párrafo anterior, el personal de enfermería debe enfatizar en la importancia de los dispositivos de barrera durante las relaciones sexuales para prevenir las infecciones de transmisión sexual.

**Figura N°28**  
**Distribución porcentual según frecuencia de entrega de preservativos a las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

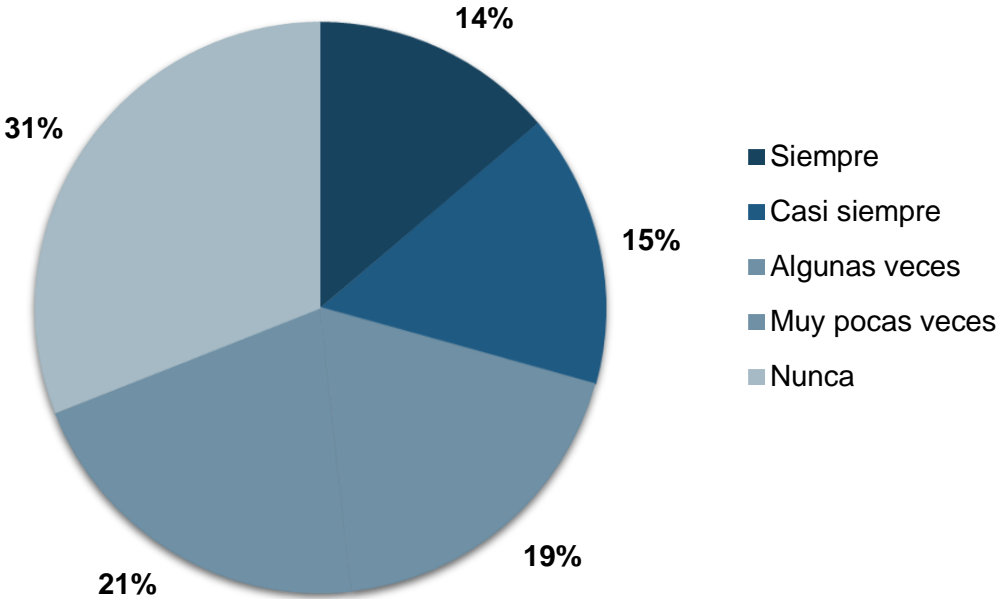
El 88% de las mujeres refirieron que el centro penitenciario siempre les brinda preservativos.

El centro penitenciario refiere una cobertura de acceso de un 90%. Tal como lo dicta el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, la Organización Mundial de la Salud los centros penitenciarios deben aplicar estrategias dirigidas fundamentalmente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad.

La promoción de la salud consiste en proporcionar las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, que pretende incidir no solo en el desarrollo de las capacidades personales que influyen en la propia salud sino también en el entorno, para reforzar aquellos factores que favorecen estilos de vida saludables y modificar los desfavorables.

El sistema penitenciario de Costa Rica, en materia de salud aplica intervenciones relacionados con la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sexual. El Ministerio de Justicia, en coordinación con el sector salud, dispone y facilita preservativos para las personas privadas de libertad durante el período de su detención.

**Figura N° 29**  
**Distribución porcentual de mujeres privadas de libertad del ámbito B1 que han sido víctima de violencia, CAI Buen Pastor, enero, del 2017.**



Fuente: elaboración propia, 2017.

Aproximadamente 7 de cada 10 mujeres ha sido víctima de algún tipo de violencia en el transcurso de la vida.

En todo el mundo, la condición social de desigualdad de la mujer la expone a un riesgo más alto de contraer el VIH/SIDA. La mujer está en desventaja en lo que se refiere al acceso a la información acerca de la prevención del VIH/ SIDA, la capacidad de tomar decisiones en el ejercicio de la sexualidad. Esta alta vulnerabilidad de las mujeres está determinada por diversos factores, unos asociados a desigualdades de género y otros, a factores biológicos.

Las cifras recientes de la prevalencia mundial del VIH indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. La mayoría de estos casos son

violencia infligida por la pareja. En todo el mundo, casi un tercio (30%) de las mujeres que han tenido una relación de pareja refieren haber sufrido alguna forma de violencia física y/o sexual por parte de su pareja.

Estas formas de violencia pueden afectar negativamente a la salud física, mental, sexual y reproductiva de las mujeres y aumentar la vulnerabilidad al VIH. En Venezuela, una investigación visibilizó cómo las desigualdades de género y la violencia contra las mujeres, a través de diversas manifestaciones de agresión y discriminación, afectan directamente su salud sexual y reproductiva, en tanto coartan o frenan su autonomía sexual, obstaculizan su acceso a la salud y dificultan su protección contra las ITS y contra el VIH.

**Cuadro N° 4**  
**Distribución porcentual según información recibida sobre el VIH y su prevención**  
**por las mujeres privadas de libertad del ámbito B1,**  
**CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Información sobre el virus</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>	<b>% (fr)</b>	<b>Información sobre prevención del virus</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>	<b>% (fr)</b>
<b>Sí</b>	18	31%	<b>Sí</b>	18	31%
<b>No</b>	40	69%	<b>No</b>	40	69%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>		<b>58</b>	<b>100%</b>

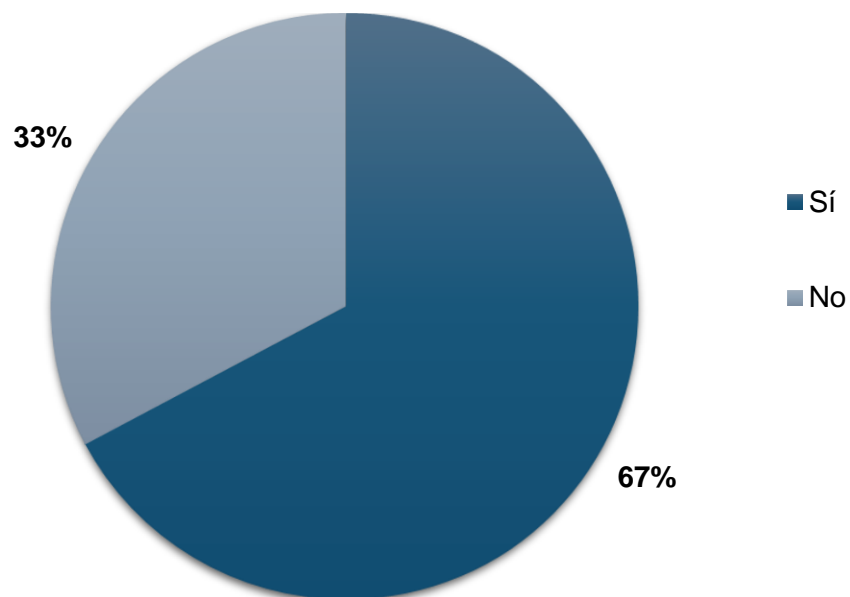
Fuente: elaboración propia, 2017.

El cuadro N° 3 refleja que el 69% de las mujeres negó haber recibido información sobre el VIH. Con respecto a la información sobre salud sexual y prevención del virus, los datos obtenidos fueron los mismos, el 69% no recibió ningún tipo de información. Las mujeres señalaron que la información no fue brindada por el área de salud del centro, sino por instituciones externas.

En el ámbito B1, 3 de cada 10 mujeres obtuvo información sobre el VIH y salud sexual y reproductiva. La educación en VIH es una precondition esencial para la ejecución de medidas de prevención de VIH en las cárceles. Aproximadamente, 7 de cada 10 mujeres no ha recibido información de esta índole, de forma que limita a las mujeres al acceso de conocimiento sobre estrategias que les permita protegerse contra infecciones de transmisión sexual.

A través de la educación y del asesoramiento o consejo sanitario se puede conseguir que la población cuente con la información y las herramientas necesarias, para que de forma responsable pueda tomar sus propias decisiones en relación con la salud. En cualquier lugar de reclusión se requiere actividades de sensibilización, información y educación sobre el VIH y las infecciones de transmisión sexual.

**Figura N° 30**  
**Distribución porcentual según acceso a la prueba del VIH, mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**



Fuente: elaboración propia, 2017.

Con respecto a la figura N° 30, el 67% de la población indicó que en el centro penitenciario se le ha ofrecido la posibilidad realizarse la prueba del VIH.

Más de la mitad de las mujeres ha tenido acceso a la prueba diagnóstica del VIH en el centro penitenciario, sin embargo, las mujeres que respondieron de forma negativa indicaron que durante la estadía en el centro nunca les brindaron la oportunidad de realizarse la prueba, esto a pesar que deben estar disponibles los medios diagnósticos al ingreso como parte del protocolo sanitario.

Dentro de las ventajas de conocer el estado serológico se describen iniciar el tratamiento para mejorar las condiciones del sistema inmunológico y atrasar la aparición del SIDA. En el caso de las mujeres embarazadas infectadas con el VIH, iniciar el tratamiento para evitar la transmisión vertical y tomar precauciones para evitar la re-infección.

Como hecho trascendental se concluye que todas las personas privadas de libertad tienen el derecho de recibir la misma atención integral en salud que el resto de la comunidad, así como las medidas preventivas.

**Cuadro N° 5**  
**Distribución porcentual de consumo de drogas inyectadas y realización de tatuaje o piercing, en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Consumo de drogas</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>	<b>% (fr)</b>	<b>Realización de tatuaje-piercing</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>	<b>% (fr)</b>
<b>Sí</b>	1	2%	<b>Sí</b>	28	48%
<b>No</b>	57	98%	<b>No</b>	30	52%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>	<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia, 2017.

El cuadro N° 4 muestra que la totalidad de las mujeres, es decir, el 98% no ha consumido drogas intravenosas durante la estadía en el centro.

Se ha determinado que los centros de reclusión suponen alto consumo de drogas vía endovenosa, sin embargo, en la población estudiada no se reporta este tipo de comportamiento. Las personas que usan drogas inyectables se encuentran en alto riesgo de adquirir el VIH a través del uso de agujas y jeringas infectadas. Según ONUSIDA, se estima que el uso de drogas inyectables es responsable de casi un tercio de las infecciones fuera del África subsahariana y es el punto de entrada para las epidemias de VIH en numerosas regiones del mundo.

La transmisión del VIH mediante el uso compartido de material de inyección entre usuarios de drogas por vía parenteral ha sido la forma de contagio más frecuente en España y otros países del mundo.

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas no se han realizado procedimientos como tatuajes o perforaciones dentro del centro. El porcentaje (48%) de las que sí se han realizado tatuajes en el centro penitenciario, mencionan que los equipos e insumos que se utilizaron son “hechizos”, es decir, con materiales caseros, no aptos para su ejecución.

El tatuaje es una práctica habitual en las cárceles, a menudo más que el uso de drogas intravenosas, y con frecuencia, el material para tatuar se comparte, con el consiguiente riesgo de transmisión del VIH.

**Tabla N° 6**  
**Distribución porcentual según educación brindada en materia de salud sexual y reproductiva a las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 por la clínica del CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Temas</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>
<b>Prácticas sexuales seguras</b>	45
<b>Infecciones de transmisión sexual</b>	19
<b>Virus de inmunodeficiencia humana</b>	16
<b>Embarazo</b>	15
<b>Violencia sexual</b>	11
<b>Planificación familiar</b>	42

Fuente: elaboración propia, 2017.

De acuerdo con la tabla anterior, de las 58 participantes 45 afirmaron haber recibido información sobre prácticas sexuales seguras, 19 recibieron información acerca de infecciones de transmisión sexual, 16 sobre el virus de inmunodeficiencia humana, 15 específicamente del embarazo, 11 sobre temas relacionados con violencia sexual y a 42 se les ha informado acerca de la planificación familiar.

Las mujeres que recibieron información sobre temas de salud sexual y reproductiva, indicaron que en años anteriores en el centro instituciones no gubernamentales brindaban charlas sobre dichos temas como la Asociación Demográfica costarricense.

Según la opinión de las mujeres durante la consulta en el área de salud del centro penitenciario, únicamente reciben información sobre planificación familiar y entrega de métodos anticonceptivos, temas relacionados a infecciones de transmisión sexual o salud reproductiva y sexual quedan excluidos de la educación que debe brindar el personal de salud. En este hecho específico, es cuando la población privada de libertad refleja las

limitaciones en el acceso a información oportuna sobre las medidas para prevenir infecciones de transmisión sexual.

**Cuadro N° 6**  
**Distribución porcentual sobre la atención recibida por las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, en la clínica del CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Atención de salud</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>	<b>% (fr)</b>
<b>Muy satisfecha</b>	2	3%
<b>Satisfecha</b>	15	26%
<b>Poco satisfecha</b>	24	42%
<b>Nada satisfecha</b>	17	29%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia, 2017.

Según la información recopilada se evidencia que aproximadamente el 71% de las mujeres no se han sentido a gusto con la atención brindada en el área médica del centro. La principal queja fue que para recibir atención debían esperar muchos días. Incluso que no se les atiende porque su motivo de consulta “no ameritaba valoración” por parte del personal.

Es importante destacar que el encargado de valorar a la persona que requiere atención es el oficial de seguridad más cercano o el que se encuentre en el ámbito, esto conlleva a realizar diagnósticos médicos ambiguos, ya que no es el personal apto para emitir criterios con respecto a la salud, esto causa inseguridad en las mujeres que solicitan atención, ya que consideran que los oficiales no se encuentran capacitados para dicha función.

**Cuadro N° 7**  
**Distribución porcentual sobre los servicios de salud recibidos por las mujeres privadas de libertad del ámbito B1, en la clínica del CAI Buen Pastor, enero, 2017**

<b>Servicios de salud</b>	<b>Cantidad de mujeres</b>	<b>% (FR)</b>
<b>Muy buenos</b>	1	2%
<b>Buenos</b>	9	15%
<b>Regulares</b>	15	26%
<b>Malos</b>	12	21%
<b>Muy malos</b>	21	36%
<b>Total</b>	<b>58</b>	<b>100%</b>

Fuente: elaboración propia, 2017.

En relación con los servicios de salud del centro, el 83% de las mujeres consideran que los servicios del área médica son regulares y malos.

Las mujeres entrevistadas mostraron molestia con respecto a los servicios que brinda el área de salud, debido a que manifestaron el centro “carece de personal para atender a toda la población”, según la opinión de la mayoría de las mujeres “en la clínica solo se atienden emergencias” o cuando ya el estado de una persona compromete su salud. Además, señalaron el área de salud no cuenta con los insumos para satisfacer todas las necesidades de la población del centro.

Según la información aportada por el área de salud del centro, este cuenta con el personal para atender a toda la población, sin embargo, las poli consultas representan un grave problema al saturar los servicios de salud.

**CAPÍTULO V**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## 5.1. Conclusiones

De acuerdo con el análisis de los resultados de la investigación, se obtiene conclusiones:

- En la investigación presente se evidenció que la mayoría de las mujeres privadas de libertad presentan conocimiento general sobre el VIH, sin embargo, se identificó bajo nivel de percepción del riesgo de contagio, demostrado en las prácticas presentes. Dicha situación limita a las mujeres a asumir con responsabilidad el ejercicio de la sexualidad y ejercer medidas para la prevención de infecciones de transmisión sexual.
- Más de la mitad de la población estudiada se encuentra en edad reproductiva y es soltera. La mayoría no ha logrado concluir los estudios básicos de secundaria y poco más de la mitad labora en el centro. El delito cometido más frecuente es contra la Ley Sobre Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas y el tiempo de estancia en reclusión de la mayoría de las mujeres es de 1 a 5 años. La minoría no ha presentado infecciones de transmisión sexual durante el último año.
- De acuerdo al conocimiento sobre el VIH, la mayoría de las mujeres poseen información, ya que lograron identificar el modo de transmisión, grupos de riesgo, aparición de manifestaciones clínicas y además la condición de la mujer, así como el factor de vulnerabilidad para contraer la enfermedad, esto a pesar de que una minoría tiene conocimiento erróneo de algunos temas relacionados con la enfermedad.

- Con respecto a medidas preventivas, a pesar de que las mujeres poseen conocimiento sobre el VIH y las formas de prevención, no las ponen en práctica como deberían, hecho que se demostró en la cantidad de mujeres que mantiene relaciones sexuales sin protección y con múltiples parejas. Además, se encontró que, aproximadamente la mitad de las participantes se ha realizado tatuajes y perforaciones cutáneas dentro del centro, sin las medidas adecuadas. En cuanto al tamizaje diagnóstico, pese a que el centro brinda la oportunidad de realizarse la prueba del VIH, solo la mitad ha solicitado dicho examen.
- Se determinó que existen factores que limitan el acceso de la mujer al conocimiento y, por ende, a la aplicación de medidas para prevenir el VIH, entre ellos, la condición de desigualdad en la sociedad, la poca educación e información, la falta de autonomía para la toma de decisiones sobre la salud, aunado a la situación de privación de libertad que confiere un mayor grado de vulnerabilidad.

## 5.2. Recomendaciones

A partir de los resultados de la investigación, se proponen las siguientes recomendaciones:

### A la Dirección General de Adaptación Social:

1. Aplicar de forma estricta la ley N° 7771, para brindar acceso a la prueba del VIH a todas las mujeres que ingresen al Centro de Atención Institucional Buen Pastor, como se establece en el capítulo V.
2. Coordinar con las entidades sanitarias estrategias educativas (talleres) para trabajar de forma conjunta con esta población.
3. Incentivar al personal de salud de los centros penitenciarios para mantener mayor acercamiento con la población y brindar una atención con un enfoque de género que permita mejorar el acceso a la salud.
4. Realizar enlaces o alianzas con instituciones no gubernamentales para la puesta en práctica de compañías de salud en el centro penitenciario.

### Al personal de enfermería del centro penitenciario:

Mediante charlas grupales o bien, en el espacio de la consulta, el personal de salud puede brindar información oportuna y temprana sobre las estrategias para prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual, como el VIH, entre ellas:

1. Educar sobre la importancia del uso del preservativo durante las relaciones sexuales inclusive con parejas estables para disminuir al máximo el riesgo de contagio.

2. Incentivar a visitar el servicio del área médica cuando se presente una conducta de riesgo, para evaluar el estado de salud y tomar medidas necesarias.
3. Promover la prueba diagnóstica del virus de inmunodeficiencia humana de forma periódica.
4. Reforzar la educación relacionada con ejecución de tatuajes o perforaciones, para evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual dentro del centro penitenciario.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Miranda Gómez O, Nápoles Pérez M. Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Rev Cuba Med Mil. diciembre de 2009;38(3-4):0-0.
2. Carrillo Maravilla E, Villegas Jiménez A. El descubrimiento del VIH en los albores de la epidemia del SIDA. Rev Investig Clínica. abril de 2004;56(2):130-3.
3. Castillo JAL. Infección-enfermedad por VIH/SIDA. Medisan. 2004;8(4):49–63.
4. Zurro, M. ATENCION PRIMARIA. 6 ta. Vol. N 1. España: ELSEVIER; 2008.
5. Fox J, Fidler S. Sexual transmission of HIV-1. Antiviral Res. enero de 2010;85(1):276-85.
6. Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones [Internet]. [citado 7 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison\\_comp\\_pack\\_sp.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf)
7. Las cárceles y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida [Internet]. [citado 24 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/prisons-tu\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/prisons-tu_es.pdf)
8. GRUPOS VULNERABLES Informe sobre el abordaje de la vulnerabilidad en EUROsociAL [Internet]. [citado 24 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://sia.eurosoci-al.eu/files/docs/1447416430-informe\\_grupos%20vulnerables.pdf](http://sia.eurosoci-al.eu/files/docs/1447416430-informe_grupos%20vulnerables.pdf)
9. El VIH y el sida en los lugares de detención [Internet]. [citado 12 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics\\_aids/Publicacoes/toolkit\\_spanish\\_completed.pdf](http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/toolkit_spanish_completed.pdf)
10. ONUSIDA: hay brechas en prevención y tratamiento del VIH para presos y usuarios de drogas inyectables [Internet]. [citado 24 de octubre de 2016]. Disponible en: <https://www.unodc.org/lpo-brazil/es/frontpage/2014/07/17-new-report-warns-on-gap-in-hiv-prevention-and-treatment-for-prisoners-people-who-inject-drugs.html>
11. García Malpica K, Díaz M, Tamara B. Intervención educativa sobre Infecciones de Transmisión Sexual. Matanzas. Rev Médica Electrónica. junio de 2009;31(3):0-0.
12. Orientaciones terminológicas de ONUSIDA [Internet]. [citado 12 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://files.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/documents/unaidpublication/2011/JC2118\\_terminology-guidelines\\_es.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaid/contentassets/documents/unaidpublication/2011/JC2118_terminology-guidelines_es.pdf)
13. Newman L, Kamb M, Hawkes S, Gomez G, Say L, Seuc A, et al. Global Estimates of Syphilis in Pregnancy and Associated Adverse Outcomes: Analysis of Multinational Antenatal Surveillance Data. Menendez C, editor. PLoS Med. 26 de febrero de 2013;10(2):e1001396.

14. Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario [Internet]. [citado 13 de octubre de 2016]. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/UNODC\\_UNAIDS\\_2008\\_Women\\_and\\_HIV\\_in\\_prison\\_settings-SP.pdf](https://www.unodc.org/documents/hiv-aids/UNODC_UNAIDS_2008_Women_and_HIV_in_prison_settings-SP.pdf)
15. PROYECTO de Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra el VIH para 2016–2021 [Internet]. [citado 26 de septiembre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/draft-hiv-strategy-2016-2021\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/draft-hiv-strategy-2016-2021_es.pdf?ua=1)
16. ONUSIDA, UNODC. Diversidad Sexual, Derechos Humanos y VIH en el Sistema Penitenciario de Costa Rica. Costa Rica; 2009 p. 69.
17. Rojas H, Traña M, Moreira M, Conejo M, Vicarioli M. Caracterización de los Determinantes de la Salud en la población privada de libertad del Centro de Atención Institucional El Buen Pastor, 2006. [Costa Rica]: Universidad de Costa Rica; 2006.
18. Quesada A. PROPUESTA DE MODELO DE ATENCIÓN A LAS PRIVADAS DE LIBERTAD DEL CENTRO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL EL BUEN PASTOR. [Costa Rica]: Universidad Estatal a distancia; 2012.
19. Directrices Prácticas Del Onusida para Intensificar La Prevención Del VIH/ Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention. World Health Organization; 2007. 69 p.
20. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch Med Interna. 2011;33(1):7–11.
21. Rodríguez DCM, Bárcenas DHB. VIH/SIDA y salud pública: Manual para personal de Salud. CENSIDA; 2009. 308 p.
22. Montoya JHE. Evaluación de programas educativos para jóvenes, como herramientas de prevención de VIH/SIDA. Assess Youth Educ Programs Tool HIVAIDS Prev. junio de 2009;8(16):72-90.
23. M E, Harold J. Education oriented to the youth as a tool in the prevention of AIDS. Rev Fac Nac Salud Pública. enero de 2007;25(1):61-70.
24. Declaración Universal de Derechos Humanos [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
25. Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión [Internet]. [citado 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/DetentionOrImprisonment.aspx>
26. Inter-American Institute of Human Rights, editor. Manual de buena práctica penitenciaria: implementación de las reglas mínimas de Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos. San José, Costa Rica; 2000. 197 p.

27. Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Genève: Onusida : Acnduh; 2007.
28. Izazola Licea JA, Izazola Licea SE. Estudios de caso de practicas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de America Latina. Mexico D.F: Fundacion Mexicana para la Salud; 1998.
29. Mayelis Isabel Guerrero Gómez. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/sida en población privada de la libertad. El caso de Cartagena. [Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2012.
30. Romar F, Juan E. Estudio de las prácticas de riesgo frente al VIH en la población privada de libertad del centro de reclusión femenina Cabildo. 2014 [citado 20 de octubre de 2016]; Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/handle/123456789/4456>
31. Segundo Estado de los Derechos Humanos de las Mujeres en Costa Rica [Internet]. [citado 26 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.inamu.go.cr/documents/10179/275546/INAMU+Segundo+Estado+de+los+Derechos+de+las+Mujeres+en+CR.pdf/1c7e2cf5-3288-422d-9d84-e8671e056340>
32. «La cárcel: Escuela del delito o escuela para la superación personal» [Internet]. [citado 24 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2001-09.pdf>
33. LA EJECUCIÓN DE LA PENA DE LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD: UNA DEUDA SUBSISTENTE [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://ijj.ucr.ac.cr/sites/default/files/PDF/ponencia\\_marielos\\_chaves.pdf](http://ijj.ucr.ac.cr/sites/default/files/PDF/ponencia_marielos_chaves.pdf)
34. Campos CP. Delito y sobrevivencia: las mujeres que ingresan a la cárcel El Buen Pastor en Costa Rica por tráfico de drogas. Anu Estud Centream. 24 de abril de 2011;37(1-2):245-70.
35. Reseña histórica Centro de Atención Institucional Buen Pastor. Costa Rica: Miniserio de Justicia y Paz; 2016.
36. Marco Filosófico - Ministerio de Justicia y Paz [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.mjp.go.cr/Acerca?nom=marco-filosofico>
37. Código Penal de Costa Rica [Internet]. [citado 29 de noviembre de 2016]. Disponible en: [https://www.oas.org/juridico/spanish/cr\\_res4.htm](https://www.oas.org/juridico/spanish/cr_res4.htm)
38. «Propuesta de proyecto para la atención de la condición materno-infantil de la población penal femenina en Costa Rica» [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-l-2010-11.pdf>

39. Mena Olga Marta. Condiciones de vida de las mujeres recuidas. 2011;(n. 3).
40. La llaga de ser mujer en el sistema penitenciario [Internet]. Semanario Universidad. 2016 [citado 29 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://semanariouniversidad.ucr.cr/pais/la-llaga-mujer-sistema-penitenciario/>
41. Reforma integral Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo [Internet]. Sistema costarricense de información jurídica. 2017 [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48392&nValor3=93996&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=48392&nValor3=93996&strTipM=TC)
42. Arriagada I, Hopenhayn M. Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL, Div. de Desarrollo Social; 2000. 49 p. (Serie políticas sociales).
43. Privados de Libertad - Normativa - Normativa [Internet]. [citado 29 de noviembre de 2016]. Disponible en: <https://www.poder-judicial.go.cr/privados/index.php/normativa>
44. Factores vulnerabilidad al VIH en mujeres sexualmente activas [Internet]. [citado 26 de octubre de 2016]. Disponible en: [http://ccp.ucr.ac.cr/proyecto/pdf/4\\_Factores%20vulnerabilidad%20al%20VIH%20en%20mujeres%20sexualmente%20activas.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/proyecto/pdf/4_Factores%20vulnerabilidad%20al%20VIH%20en%20mujeres%20sexualmente%20activas.pdf)
45. Morales AU, Barreda PZ. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo social. Rev Saúde Pública. 2008;24:822–829.
46. Las mujeres, el VIH, el SIDA y los derechos humanos [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/16\\_Cartilla\\_Mujeres\\_VIH\\_Sida.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/16_Cartilla_Mujeres_VIH_Sida.pdf)
47. León M. Vulnerabilidad de la mujer víctima de violencia ante en VIH en Venezuela: Investigación realizada en 2006 - 2007. Rev Venez Estud Mujer. junio de 2009;14(32):227-37.
48. Bernal RG. Reducir la vulnerabilidad de las mujeres ante el VIH/sida: Campaña mundial, prioridad nacional. Gerenc Políticas Salud [Internet]. 2005 [citado 30 de noviembre de 2016];4(8). Disponible en: <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/viewFile/2760/2030>
49. El género y el VIH/SIDA [Internet]. [citado 21 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc459-gender-tu\\_es.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub05/jc459-gender-tu_es.pdf)
50. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. Salud Pública México. noviembre de 2002;44(6):554-64.

51. Fernández PAV, De Viana AER, Duarte DAB. La vulnerabilidad femenina frente al VIH en América Latina. 2012 [citado 20 de diciembre de 2016];N 20. Disponible en: <http://www.huesped.org.ar/wp-content/uploads/2014/11/ASEI-78-111-119.pdf>
52. EL VIH/SIDA Y SU INCIDENCIA EN LA VIDA DE LAS MUJERES [Internet]. [citado 20 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.manuela.org.pe/wp-content/uploads/2009/05/54076385-El-VIH-Sida-y-su-incidencia-en-la-vida-de-las-Mujeres.pdf>
53. Collazos MF, Echeverry N, Molina AP, Canaval GE, Valencia CP. Riesgo de VIH/SIDA en la mujer: no es cuestión de estrato socioeconómico. 2013 [citado 20 de diciembre de 2016]; Disponible en: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/handle/10893/6377>
54. El UNGASS, género y la vulnerabilidad de la mujer a la VIH/SIDA en América Latina y el Caribe [Internet]. [citado 30 de noviembre de 2016]. Disponible en: [http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2002\\_EI\\_UN\\_GASS\\_genero\\_y\\_la\\_vulnerabilidad\\_de\\_la\\_mujer\\_a\\_la\\_VIH\\_SIDA\\_en\\_America\\_Latina.pdf](http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2002_EI_UN_GASS_genero_y_la_vulnerabilidad_de_la_mujer_a_la_VIH_SIDA_en_America_Latina.pdf)
55. Atabay T, editor. Handbook for prison managers and policymakers on women and imprisonment: [ women and imprisonment. New York, N.Y: United Nations Publications; 2008. 117 p. (Criminal Justice handbook series).
56. Promoción de la Salud Glosario [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO\\_HPR\\_HEP\\_98.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67246/1/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf)
57. Prevención de la enfermedad [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.cendeiss.sa.cr/cursos/cuarta.pdf>
58. La medicina clínica preventiva: el futuro de la prevención [Internet]. [citado 5 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34017109/Historia\\_natural\\_de\\_la\\_enfermedad\\_y\\_niveles\\_de\\_prevenion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJR\\_TWSMTNPEA&Expires=1480983294&Signature=4D3efsFDE3rpP32FlaZobhfj%2FvQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa\\_medicina\\_clinica\\_preventiva\\_el\\_futuro.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34017109/Historia_natural_de_la_enfermedad_y_niveles_de_prevenion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJR_TWSMTNPEA&Expires=1480983294&Signature=4D3efsFDE3rpP32FlaZobhfj%2FvQ%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DLa_medicina_clinica_preventiva_el_futuro.pdf)
59. González ER. Evaluación de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud: factores que deben considerarse. Rev Fac Nac Salud Pública [Internet]. 2004 [citado 6 de diciembre de 2016];22(1). Disponible en: <http://saludpublicavirtual.udea.edu.co/cvsp/saludsociedad/evaluacion%20prev.pdf>
60. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, editor. Getting to zero: 2011-2015 strategy. Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2010. 63 p.

61. Programa de la OMS sobre el VIH/SIDA [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/hiv/mediacentre/Who\\_we\\_are\\_A4\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/hiv/mediacentre/Who_we_are_A4_es.pdf?ua=1)
62. Guía nacional para la prevención del VIH y el SIDA [Internet]. [citado 6 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA\\_NACIONAL\\_2014.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/principal/GUIA_NACIONAL_2014.pdf)
63. Cárceles saludables Promoviendo la salud para todos [Internet]. [citado 8 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/saludAmbiental/carceles%20saludables.pdf>
64. Organização Mundial da Saúde. Infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto reproductivo: una guía para la práctica básica. Geneva: OMS; 2005.
65. Sweat M, Denison J, Kennedy C, Tedrow V, O'Reilly K. Effects of condom social marketing on condom use in developing countries: a systematic review and meta-analysis, 1990–2010. Bull World Health Organ. 1 de agosto de 2012;90(8):613-22.
66. Manual para la Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectadas [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual\\_udi2008.pdf](http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manual_udi2008.pdf)
67. Los derechos humanos de las personas que viven con VIH o SIDA en reclusión [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/17\\_Cartilla\\_DH\\_VIHSida\\_Reclusion.pdf](http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/17_Cartilla_DH_VIHSida_Reclusion.pdf)
68. WHO\_CDS\_TB\_2000.281\_spa.pdf [Internet]. [citado 9 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67826/1/WHO\\_CDS\\_TB\\_2000.281\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67826/1/WHO_CDS_TB_2000.281_spa.pdf)
69. Reforma integral Ley sobre estupefacientes, sustancias psicotrópicas, drogas de uso no autorizado, actividades conexas, legitimación de capitales y financiamiento al terrorismo [Internet]. [citado 11 de diciembre de 2016]. Disponible en: [http://www.sanipe.es/datos/RESP\\_CONGRESO\\_COMPLETA.pdf](http://www.sanipe.es/datos/RESP_CONGRESO_COMPLETA.pdf)
70. M Rosa Girbau García. Enfermería comunitaria. Ed. 1. España: ELSEVIER; 2002.
71. Rocha Rodríguez, M. Personal de Enfermería como promotor en la Prevención de Infecciones de Transmisión sexual. 2010;N 4.
72. Antonio Frías Osuna. Enfermería comunitaria. Barcelona: Elsevier - Masson; 2000.

73. García Meijueiro A. Propuesta de un programa de prevención del VIH. Importancia del papel de la enfermería. 2015 [citado 23 de enero de 2017]; Disponible en: <http://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/15630>
74. Vulnerabilidad al VIH en mujeres en riesgo SOCIAL [Internet]. [citado 6 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/2008nahead/6903.pdf>
75. Raile Alligood, M. Teorizantes de enfermería. España: ELSEVIER; 2011.
76. Jorge Rojas Tejas. Promoción y salud. 2007;
77. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5a ed. México, D.F: McGraw-Hill; 2010. 613 p.
78. Morales AR, Zárate LEM. Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada. Ed. Médica Panamericana; 2004. 580 p.
79. EL CUESTIONARIO COMO INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN/EVALUACIÓN. [Internet]. [citado 7 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.univsantana.com/sociologia/El\\_Cuestionario.pdf](http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf)
80. explicito - Diccionario de Leyes [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://espanol.thelawdictionary.org/tag/explicito/>
81. conocimiento – definición de conocimiento en español del Diccionarios Oxford [Internet]. Oxford Dictionaries | Spanish. [citado 29 de diciembre de 2016]. Disponible en: <https://es.oxforddictionaries.com/definicion/conocimiento>
82. Real Academia Española [Internet]. [citado 29 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
83. CARACTERIZACIÓN DE LAS CONDICIONES DE VIDA DE LAS MUJERES CON VIH EN COSTA RICA: EVIDENCIAS PARA LA EXIGIBILIDAD DE SUS DERECHOS HUMANOS [Internet]. [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.conasida.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/biblioteca-de-archivos/documentos/nacionales/informativos/27-caracterizacion-de-las-condiciones-de-vida-de-las-mujeres-con-vih-en-costa-rica-2013-evidencias-para-la-exigibilidad-de-sus-derechos-humanos/file>
84. Principales transformaciones en el perfil de los hogares con jefatura femenina en Costa Rica en los últimos veinticinco años (1987-2013) [Internet]. [citado 23 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca\\_virtual/020/social/MoralesyRoman2014.pdf](http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/020/social/MoralesyRoman2014.pdf)
85. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva [Internet]. [citado 13 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.ccp.ucr.ac.cr/censos/documentos/cr/irensr2010.pdf>

86. VIH/SIDA Y COMPORTAMIENTO SEXUAL [Internet]. [citado 24 de marzo de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/costarica/docs/cr\\_pub\\_Folleto\\_MICS\\_VIH\\_SIDA.pdf](https://www.unicef.org/costarica/docs/cr_pub_Folleto_MICS_VIH_SIDA.pdf)
87. UNFPA, ONUSIDA, UNIFEM. Mujeres y VIH/SIDA : Enfrentarse a la crisis. 2004.
88. Policía atiende cada hora un caso de violencia contra la mujer [Internet]. [citado 24 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.nacion.com/sucesos/Policia-atiente-hora-violencia-mujer\\_0\\_1507049418.html](http://www.nacion.com/sucesos/Policia-atiente-hora-violencia-mujer_0_1507049418.html)
89. SERIE DE INFORMACIÓN SOBRE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS [Internet]. [citado 24 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO\\_HIV\\_WEB\\_SP.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/SexualHealth/INFO_HIV_WEB_SP.pdf)
90. Abuse NI on D. Poblaciones más afectadas por el VIH [Internet]. National Institute on drug abuse. 2016 [citado 24 de marzo de 2017]. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/el-vihsida/cuales-poblaciones-son-las-mas-afectadas>
91. ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL [Internet]. [citado 24 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/poblacion/ets.htm>

## **ANEXOS**

## Anexo 1: Declaración jurada

### DECLARACION JURADA

Yo Amelia Romero Villalobos, mayor de edad, portadora de la cédula de identidad 1-1289-0952, estudiante de la carrera de Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, debidamente apercibida y entendida de las penas y consecuencias con las que castiga el Código Penal el delito de perjurio, me apersono ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Enfermería, y declaro bajo fe de juramento que mi trabajo de investigación titulado: Conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención del virus de inmunodeficiencia humana en las mujeres privadas de libertad de 18 a 59 años de edad, del ámbito B1, del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero, 2017, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advirtiendo que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los dieciocho días del mes de febrero del año dos mil diecisiete.

Amelia R.V.

Amelia Romero Villalobos

Cédula de identidad 1-1289-0952

Anexo 2: Carta del tutor

CARTA DEL TUTOR

San José, 11 de mayo, 2017

**Dirección de Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimados(as) señor(as):

La estudiante Amelia Romero Villalobos, cédula de identidad número: 112890952, me ha presentado, para efectos de revisión final, el trabajo de investigación denominado "*Conocimientos y prácticas relacionadas con la prevención del virus de inmunodeficiencia humana en las mujeres privadas de libertad del ámbito B1 del Centro de Atención Institucional Buen Pastor, enero 2017*", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciada en Enfermería.

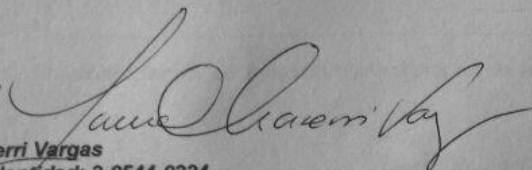
En mi calidad de tutor, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante la revisión, he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	9%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	28%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	18%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	19%
	TOTAL		94%

En virtud de la calificación obtenida, se da por aprobado y finalizado el proceso final de revisión de trabajo de tesis.

Atentamente,

  
**Laura Chaverri Vargas**  
Cédula de Identidad: 2-0544-0224  
Carné Colegio Enfermeras: 5294

### Anexo 3: Carta del lector

#### CARTA DEL LECTOR

San José, 24 de marzo de 2017

**Máster Zaida Rodríguez**  
**Carrera Enfermería**  
**Universidad Hispanoamericana**

Estimada señora:

La estudiante AMELIA ROMERO VILLALOBOS, cédula 1-1289-0952 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD DEL ÁMBITO B1, DEL CENTRO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL BUEN PASTOR, ENERO, 2017, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

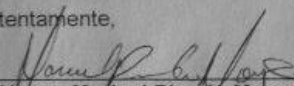
En mi calidad de lector, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de lectura y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.


De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	27
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	16
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20
	TOTAL		93

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,

  
**Máster. Mafisel Picado Monge**  
**Cédula identidad 3-0408-0459**  
**Carné Colegio Profesional E-12171**

 UNIVERSIDAD  
HISPANOAMERICANA  
Dirección de la Carrera  
Enfermería

## Anexo 4: Carta del filólogo



**EDUCATESIS**, hace constar que se realizó la revisión del presente trabajo, se analizó la construcción de párrafos, vicios del lenguaje, ortografía, puntuación y otros relacionados a la Corrección de Estilo, sin alterar la intencionalidad del autor y el enfoque del tema. Por lo tanto, **CERTIFICA**, la revisión y corrección de la tesis para optar por el Grado Académico de:

Licenciatura de Enfermería  
Universidad Hispanoamericana.

Tema:

CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS RELACIONADAS CON LA PREVENCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD DE 18 A 59 AÑOS DE EDAD DEL ÁMBITO B1, DEL CENTRO DE ATENCIÓN INSTITUCIONAL BUEN PASTOR, ENERO, 2017.

Elaborado por: **AMELIA ROMERO VILLALOBOS.**

Se extiende la presente en San José, 30 de marzo del 2017.

Atentamente:

LICDA. JACQUELINE RÍOS A.  
COORDINADORA GENERAL DE FILÓLOGOS  
EDUCATESIS  
C/816

educatesis@hotmail.com  
8762-2302

## Anexo 5: Cuestionario de aplicación

### UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA ESCUELA DE ENFERMERÍA

El presente cuestionario se realiza con fines académicos, para optar por el grado de Licenciatura en la carrera de Enfermería de la estudiante Amelia Romero Villalobos. La información aportada será estrictamente confidencial, al mismo tiempo se agradece la colaboración.

#### **Instrucciones generales:**

Marque con una equis “X” la respuesta más acertada según su opinión personal. Favor elegir únicamente una respuesta por pregunta, al menos que la pregunta permita más de una respuesta.

Para hacer referencia al virus de inmunodeficiencia humana se utiliza la abreviatura “VIH”.

#### **I PARTE: INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA**

1. ¿Cuál es su edad en años cumplidos?

- 18-23 años
- 24-29 años
- 30-35 años
- 36-41 años
- 42-47 años
- 48-53 años
- 54-59 años

2. Estado civil actual

- Casada
- Soltera
- Viuda
- Divorciada
- Separada
- Unión libre

3. ¿Tiene usted hijos?

- Sí
- No

4. ¿Cuál fue su último grado académico alcanzado?

- Primaria (escuela) incompleta
- Primaria (escuela) completa
- Secundaria (colegio) incompleta
- Secundaria (colegio) completa

- Técnico
- Universidad incompleta
- Universidad completa

5. ¿Por qué delito se le acusa actualmente en el Buen Pastor?

- Tráfico de drogas
- Delito contra la vida
- Delito contra la propiedad
- Delito sexual
- Otro

6. ¿Hace cuánto tiempo se encuentra privada de libertad?

- Menos de 1 año
- De 1 a 5 años
- De 5 años a 10 años
- Más de 10 años

7. Número de detenciones a la fecha

- Una única ocasión
- Más de 2 veces

8. ¿Recibe algún tipo de incentivo económico en el centro penitenciario?

- Sí
- No

9. ¿En el último año ha presentado algún tipo de infección de transmisión sexual?

- Sí
- No

10. ¿Sabe usted si alguna de sus exparejas es portadora de alguna infección de transmisión sexual?

- Sí
- No
- No sabe / No responde

11. ¿Tiene usted conocimiento de algún familiar o amigo portador del VIH?

- Sí
- No
- No sabe / No responde

12. ¿Cuenta actualmente con el apoyo de su familia?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Nunca

## II PARTE: CONOCIMIENTOS DE LA PREVENCIÓN DEL VIH

13. ¿Sabe usted qué es el virus de inmunodeficiencia humana (VIH)?

- Sí
- No

14. Según su opinión, ¿las personas con el VIH presentan características visibles de la enfermedad?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

15. ¿Cuál es el modo de transmisión del VIH? Puede marcar más de una respuesta

- Al tener relaciones sexuales sin protección
- A través del sexo oral
- Por medio de besos
- De madre a hijo (en el embarazo)
- Por medio de la sangre (al compartir jeringas o agujas contaminadas)
- Mantener relaciones sexuales bajo los efectos de las drogas

16. ¿Cuáles de las siguientes medidas son recomendaciones para prevenir el VIH? Puede marcar más de una respuesta

- Usar el preservativo durante las relaciones sexuales
- Limitar el número de las parejas sexuales
- Al realizar un tatuaje-piercing asegurar de que sea un procedimiento seguro (con material estéril)
- No inyectar drogas por medio de jeringas contaminadas

17. ¿Cree usted que el tener alto número de parejas sexuales aumenta el riesgo de contagio del VIH?

- Sí
- No

18. De acuerdo con las siguientes opciones, ¿cuáles personas considera usted, tienen mayor riesgo de contagio del VIH?

- Trabajadoras del sexo (prostitutas)
- Homosexuales
- Consumidor de drogas que utilizan jeringas contaminadas
- Persona con múltiples compañeros sexuales
- Cualquier persona tiene riesgo

19. Según su opinión, ¿quién tiene más riesgo de contraer el VIH?

- Una mujer
- Un hombre

Los 2 tienen el mismo riesgo

20. ¿Qué tipo de agresión recibe con más frecuencia la mujer en la sociedad?

- Física
- Psicológica
- Sexual
- Económica

### III PARTE: PRÁCTICAS PREVENTIVAS DEL VIH

21. ¿Alguna vez ha solicitado la realización de la prueba del VIH?

- Sí
- No

22. ¿Con qué frecuencia usa el preservativo durante las relaciones sexuales?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

23. Cuando no ha usado preservativo durante las relaciones sexuales, ¿por qué motivo ha sido?

- No le gusta utilizar condón
- No tiene las posibilidades económicas para comprarlo
- Su pareja no se lo permite
- Considera usted que no es necesario

24. ¿Cómo considera sus prácticas relacionadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual?

- Excelentes. Siempre me protejo
- Muy buenas. Casi siempre me protejo
- Mala. Nunca me protejo

25. ¿Cuál es su orientación sexual?

- Heterosexual (relaciones sexuales solo con personas del sexo opuesto)
- Homosexual (relaciones sexuales con personas del mismo sexo)
- Bisexual (relaciones sexuales con personas de ambos sexos)

26. ¿Ha tenido visita íntima durante el tiempo que ha estado en el Buen Pastor?

- Sí
- No

27. ¿Con qué frecuencia mantiene relaciones sexuales en el centro penitenciario?

- Diariamente
- Semanalmente

- Dos veces al mes
- Una vez al mes
- Nunca

28. ¿Qué tipo de relaciones sexuales mantiene de forma más frecuente?

- Sexo vía vaginal
- Sexo vía anal
- Sexo oral
- Todas las anteriores
- Ninguna de las anteriores

29. ¿Con cuántas personas diferentes aproximadamente ha mantenido relaciones sexuales?

- No he tenido relaciones coitales
- Sólo 1 pareja
- De 2 a 4
- 5 o más

30. ¿Le han brindado preservativos en el centro penitenciario?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

31. ¿Ha sido víctima de algún tipo de violencia alguna vez en su vida?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Muy pocas veces
- Nunca

32. Durante su estadía en el centro penitenciario ¿ha consumido drogas inyectadas?

- Sí
- No

33. ¿Se ha realizado tatuajes o piercing en el centro penitenciario?

- Sí
- No

34. ¿Le han ofrecido realizarse la prueba del VIH en el Buen Pastor?

- Sí
- No

35. Durante su estadía en el Buen Pastor, ¿ha recibido información sobre el VIH?

- Sí

No

36. ¿Cómo se ha sentido usted con la atención de salud brindada en la clínica del Buen Pastor?

- Sumamente satisfecha
- Muy satisfecha
- Satisfecha
- Poco satisfecha
- Nada satisfecha

37. De acuerdo con las siguientes opciones ¿cómo considera usted los servicios de salud del Buen Pastor?

- Muy buenos
- Buenos
- Regular
- Malos
- Muy malos

38. Durante su estadía en el Buen Pastor, ¿le han brindado información sobre salud sexual y planificación familiar y prevención del VIH?

- Sí
- No

39. De los siguientes temas, ¿cuáles le han brindado en la clínica del Buen Pastor? Puede marcar más de una respuesta

- Prácticas sexuales seguras
- Infecciones de transmisión sexual
- Virus de inmunodeficiencia humana
- Embarazo
- Violencia sexual
- Planificación familiar (anticonceptivos)

***¡Muchas gracias por su atención!***

## Anexo 6: Agradecimiento

Doy gracias a Dios primeramente por haberme dado las fuerzas para concluir una etapa de 6 años de esfuerzo y sacrificio. También por brindarme la oportunidad de crecer a nivel personal y profesionalmente a través de la carrera de Enfermería.

Agradezco de forma especial a mi madre Alicia Villalobos Chacón por ser una persona incondicional en mi vida, por la lealtad que siempre tuvo conmigo y por todo el apoyo brindado. Por ayudarme con el cuidado de mi hija en los períodos de exámenes y cuando tenía que hacer trabajos de la universidad. Le agradezco porque a pesar de la enfermedad siempre me mostró valentía y la fortaleza de una mujer que ha ganado muchas batallas en la vida, con la ayuda de Dios.

A mi hija Saritah, por ser la persona que me motiva a ser mejor cada día y me da ánimo para seguir adelante. Por estar conmigo en cada etapa de la universidad, porque desde pequeña estuvo conmigo en este proceso. Por comprender cuando no podía jugar con ella por estar estudiando. Gracias por ser mi compañera de vida.

A mi familia, a mi papá y a mis hermanos, por ser un gran apoyo durante todo este tiempo. A mi hermana Mariela por permitirme iniciar mis estudios universitarios y por toda la colaboración en mi carrera. Gracias por inculcar en mí gran interés por la población privada de libertad de nuestro país y por aconsejarme en la ejecución de la presente investigación. Le agradezco a Alejandra por brindarme apoyo en mis estudios cuando lo requerí y por aconsejarme de la mejor manera.

A mi abuelito “Ito”, por inspirarme a estudiar Enfermería, porque gracias a él, Dios me mostró que a través de ella se puede mejorar la vida de las personas, siempre y cuando realicemos nuestra labor con vocación, amor y responsabilidad.

A mi novio Esteban, por ser mi compañero de vida, por la comprensión y apoyo durante mi carrera y por estar pendiente de este proceso. Gracias por alentarme en momentos difíciles y por tantas muestras de amor y cariño.

A la Msc. Laura Chaverri Vargas, por ser la persona que me guio en el trabajo final de graduación. Por inspirarme a dar lo mejor y mostrar excelencia en cada meta propuesta. Por la paciencia que siempre me tuvo y por el tiempo que dispuso para la realización de mi trabajo. Por dedicar parte de su vida a la investigación en Enfermería y aportar tanto conocimiento a los estudiantes y a la carrera. ¡Gracias profe!

#### Anexo 7: Dedicatoria

A Dios por darme la oportunidad y la satisfacción de alcanzar esta meta en mi vida.

Este logro se lo dedico a mi hija, que gracias a ella me establecí metas, y por la voluntad de Dios ya logré concluir la primera. Le dedico a ella todos estos años de estudio y esfuerzo, ya que me motivó a ser una profesional y a crecer como persona.

Gracias por que me llenar mi vida de tanta esperanza y por impulsarme a ir en busca de más proyectos y sueños.