



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE NICARAGUA**



MAESTRIA EN SALUD PUBLICA 2004 - 2006

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE MAESTRO EN SALUD PÚBLICA

**CONOCIMIENTOS ACTITUDES, PRÁCTICAS SEXUALES Y
PREVENCION DEL VIH SIDA EN PERSONAS PRIVADAS DE
LIBERTAD EN EL SISTEMA PENITENCIARIO NACIONAL
UBICADO EN EL MUNICIPIO DE TIPITAPA, ENERO -
DICIEMBRE DEL 2005.**

Autora:

Leticia del Rosario Montenegro Rodríguez. MD.

Tutor:

Pablo Antonio Cuadra Ayala. MD. MSc.

Managua. Nicaragua, Septiembre 2006.

Índice

Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimiento	<i>ii</i>
Resumen	<i>iii</i>

Capítulos	Páginas
I. Introducción	1
II. Antecedentes	3
III. Justificación	10
IV. Planteamiento del Problema	12
V. Objetivos	13
VI. Marco Referencial	14
VII. Diseño Metodológico	23
VIII. Resultados	26
IX. Análisis de Resultados	31
X. Conclusiones	34
XI. Recomendaciones	35
XII. Referencias Bibliográficas	37

Anexos

Dedicatoria

A Dios nuestro padre celestial que es quien me dio la fortaleza para seguir adelante el conocimiento para continuar luchando aun cuando creía que era imposible para mi, por que no contaba con recursos económicos me abrió puertas,. **A mis padres** que siempre me impulsan y me motivan para salir adelante cada día y verme realizada como profesional en mi vida.

Al divino niño Jesús. a quien clamaba en cada momento de tristeza de problema de angustia y nunca me dejo sola.

A mis hijos e hija que tuvieron la paciencia de esperar todo este tiempo De comprenderme.

A todas aquellas personas que viven con VIH SIDA a los niños que nacen con el virus ,a los que sufren desprecio de la sociedad a aquellos que no tiene oportunidad como seres humano, a los que se encuentran encarcelados por cualquier motivo que sea son seres humanos y necesitan de nosotros

A Arlen Brenes mi amiga quien me mantuvo motivada para que pudiera coronar mi sueños a un en su lecho de muerte me pidió que no abandonara mis estudio quien soñaba verme realizada como profesional le digo ARLEN BRENES CUMPLI TUS SUEÑOS y voy a continuar luchando con las personas que viven con VIH .QUE DIOS TE TENGA EN UN LUGAR ESPECIAL no te digo adiós si no hasta pronto.. Con mucho amor dedico mi tesis

Leticia del Rosario Montenegro Rodríguez.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por darme la sabiduría y fortaleza de poder concluir exitosamente mis estudios de maestría.

A la lic. Alma Lila pastora por haberme guiado como coordinadora y docente por su dedicado tiempo y empeño para la conclusión con éxitos de la maestría.

Al doctor Pablo Cuadra como tutor de mi tesis.

A la Dra. Martha González por haberme apoyado..

A los Docentes del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), que con ahínco, humanismo y profesionalismo nos brindaron sus conocimientos y experiencia para poder enfrentar los retos de la salud pública en nuestro país para su debida aplicación en nuestros puestos de trabajo.

A. Monseñor Francisco Castrillo por apoyarme espiritualmente

A la ministro de salud lic. Margarita Gurdian por brindarme una mano amiga.

Al Dr. Kairon Gutiérrez por haberme instado a estudiar.

A l Dr. Castaño por todo el apoyo brindado en el sistema penitenciario.

Al Dr. Miguel Orozco por su comprensión y consejos y apoyo brindado.

A los Reos que hicieron posible el estudio.

A los mandos superiores del Sistema penitenciario de Tipitapa .

Al Arquitecto Douglas Salas Por su apoyo.

Leticia del Rosario Montenegro Rodríguez

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo descriptivo transversal en el sistema penitenciario nacional de Tipitapa, en el periodo de Enero- Diciembre del 2005, con el objetivo de identificar los CAP sexuales en los privados de libertad y las acciones de prevención del VIH / SIDA. El mínimo lo constituyen 1900 reos. La muestra de conformación 320 personas.

Entre Los resultados más importantes podemos destacar: La edad mas frecuente de los entrevistados de 20 - 29 años, solteros, con educación secundaria, comerciantes, católicos y evangélicos y procedentes del sector urbano.

Aproximadamente el 50% no estudio en la actualidad y si tienen conocimientos sobre el VIH / SIDA (277- 86.50%) y dicen que una persona infectada puede parecer sana.

El 87.20% tienen mas de un año de estar privados de libertad, y no conocen de las leyes sobre el VIH/ SIDA en el 59.70% (191 privados)

En el grupo de riesgo, señalan correctamente en el 74.30% y en la forma de adquirir el VIH / SIDA 218 (71.40%) señalan el BCDE.

En la forma de evitar el VIH / SIDA señalan el uso de condón (117-36.60%), y dicen que le darían la mano a un portador porque no se transmite (150-46.87%) contrario a una minoría que no la darían (49- 15.31%). 120 privados de libertad (37.50%) dicen que compartirían celda y 200 (62.50%) refieren que no la compartirían.

En cuanto a que harán si se enteran que es portador de VIH / SIDA, 144 privados (44%) dicen que utilizarían medidas de prevención, y que si se enteraran que su pareja es portadora, 100 entrevistados dicen que le buscarían ayuda.

80 entrevistados (25%0 compartirían la celda con portadores del VIH / SIDA porque no se transmite y 66 personas (20.62%) dicen que no lo harían por miedo.

226 privados (70%) dicen que acatarían medidas del personal del SPN, y que le comunicarían que son portadores para no infectar a su pareja (80- 25%) donde una minoría no le comunicaría ello a su pareja.

En el IVSA, 237 entrevistados iniciaron entre 12- 18 años, y tienen relaciones en el 81.6% con mujeres, en un número de compañeros de 1.

La frecuencia de relaciones sexuales son mensual y quincenal (conyugal) con tipos, oral- anal – vaginal según 160 entrevistados, quienes no usan condón en el 63.40%.

Existe privacidad en las relaciones sexuales y la relación es voluntaria donde destaca que los privados han recibido consejera (66.90%) charlas en el 65.30%, documentos en el 72.20% aunque en el 51.90% no reciben condones durante las visitas conyugales.

En relación con lo anterior se considera importante tomar en consideración todo el tipo de recomendaciones que se hacen a los diferentes órganos e instituciones y personal recluso relacionados a la problemática del VIH / SIDA.

I. INTRODUCCIÓN

El VIH/ SIDA ha sido un problema de salud pública desde 1981 que fue identificado por primera vez como entidad clínica; existiendo datos en EEUU y en otros lugares del mundo. En Haití, África y Europa se presentaron casos esporádicos. Este es una pandémica que va afectando a todas las personas y que el mayor número de afectados siguen siendo los heterosexuales incluyendo según referencia a los privados de libertad de las cárceles de América Latina y del Caribe.

La Cárcel Modelo pertenece al Sistema Penitenciario Nacional y está ubicada en el municipio de Tipitapa Departamento de Managua. Es la más grande a nivel nacional.

Los servicios penitenciarios de Nicaragua dependen del Ministerio de Gobernación, el que ejerce la tutela a través del puesto de mando central de privados de libertad.

Tienen bajo su custodia a 5,854 privados y privadas de libertad (PPL) los que se encuentran distribuidos en ocho (8) penales ubicados en Esteli, Chinandega, Veracruz (La Esperanza), Tipitapa, Granada, Matagalpa, Juigalpa y Bluefields.

El presupuesto asignado al sector penitenciario suele ser muy bajo para alimentación: diez córdobas con cincuenta centavos (C\$ 10.50) por reo, para tres tiempos, y para atención médica es de once córdobas con setenta y cinco centavo (C\$ 11.75) mensuales. En Tipitapa es donde se encuentra la mayor parte de reos con 1,900, siguiéndole Matagalpa con 752.

En la tabla **CLASIFICACIÓN ECONÓMICA POR PROGRAMAS** del Ministerio de Gobernación se puede constatar que la asignación presupuestaria para el Sistema Penitenciario Nacional en el año 2004, fue la siguiente: 68,162548.00 córdobas (estos datos son verificables), los cuales deben ser distribuidos entre gastos corrientes (C\$ 65,662548.00) y C\$ 2,500000.00 para gastos de capital.

La penitenciaría de Tipitapa es de construcción relativamente vieja, se encuentra deteriorada, no cuenta con celdas especiales para pacientes con problemas mentales como esquizofrenia, ya que los que sufren esta enfermedad están ubicados en la planta hospital, en la que se alojan todos los enfermos. La fuente de agua son 3 pozos, esta llega a través de tuberías ya deterioradas por los 40 años de uso. El agua no recibe ningún tratamiento previo a su utilización.

La situación actual referente al riesgo de infección por enfermedades de transmisión sexual y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (ETS y SIDA) es realmente compleja en las prisiones. La alta concentración poblacional en las cárceles, la falta de información adecuada y de programas de prevención, son

los principales obstáculos, constituyendo factores de riesgo en la diseminación de las ETS y el SIDA.

La mayor parte de las actividades de prevención de las ETS y SIDA realizadas hasta la mitad de la década de los noventa en las prisiones en América latina, no tomaron en cuenta las necesidades y problemas de los encarcelados, mostrándose ineficaces en el seguimiento de los objetivos previstos. Esas campañas no posibilitaban a los encarcelados la información necesaria, para auxiliarlos sobre las maneras de prevenir infectarse.

Sabemos que en las prisiones el paso del tiempo está determinado por la situación límite creada en los internos por una institución (prisión). Esta experiencia transforma totalmente las ideas sobre la vida y la muerte, lo que se refleja en las actitudes de ellos y ellas frente a la vida.

Estas actitudes no pueden ser transformadas por proyectos que limitan la información, es necesario desencadenar un proceso educativo que trabaje con las actitudes, entendiéndolas como predisposiciones intra psíquicas, unidas mucho más a los aspectos emocionales que al raciocinio.

Con el presente trabajo se pretende Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en los privados de libertad y las acciones de prevención del VIH SIDA de parte de los reos y de los funcionarios del Sistema Penitenciario Nacional, Tipitapa, en el periodo Enero-Diciembre del año 2005.

II. ANTECEDENTES

De acuerdo con información de ONUSIDA (programa conjunto de las naciones unidas sobre VIH/SIDA), la prevalencia del VIH/SIDA en las prisiones de diversas partes del mundo es considerablemente alta e incluso más elevada que la que existe fuera de prisión. Lo mismo puede decirse de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de padecimientos asociados (tuberculosis y hepatitis viral) (1).

Uno de los grupos considerados con acrecentadas probabilidades para contraer el VIH/SIDA es el de las personas reclusas en centros de privación de libertad. Sin embargo, son pocos los informes sobre la propagación del virus en estas circunstancias y de los programas llevados a cabo para su prevención y tratamiento. Así, tomando en cuenta las recomendaciones emanadas del Noveno Congreso Mundial de prevención del delito y tratamiento del delincuente, celebrado el año de 1995 en el Cairo, resulta impostergable llevar a cabo estudios que nos permitan conocer esta realidad, para estar en posibilidades de identificar aquellas medidas terapéuticas y preventivas que ofrezca alternativas a las instancias responsables, para mejorar la calidad de vida de los prisioneros. Para tal efecto, se pretende realizar un acercamiento mediante el abordaje de los siguientes puntos:

1. Revisión de la literatura interdisciplinaria sobre la situación actual en prisiones de América Latina y de otras regiones
2. Revisión de los programas puestos en práctica en las entidades involucradas
3. Selección de aquellos procedimientos considerados apropiados y que se están llevando a cabo.

Entre los beneficios obtenidos a corto plazo se pretende: conocer el problema y validar como grupo vulnerable para la transmisión de este padecimiento a aquellos individuos que están privados de libertad como consecuencia de la comisión de algún ilícito, considerando la posibilidad real de transmisión. Asimismo, detectar las diferencias que hay con relación a las medidas observadas en prisión de otros países iberoamericanos, tanto en lo relativo a las medidas preventivas como al tratamiento integral instaurado.

Todo esto conllevará al objetivo esperado a mediano plazo, que es lograr la puesta en práctica de programas preventivos y de métodos terapéuticos eficaces.

Una encuesta realizada en 1993 en Río de Janeiro, informa que al menos un 73% de los internos masculinos han tenido contacto sexual con otros hombres de la prisión, mientras que en países como Zambia, Australia y Canadá se notifican cifras de entre 6% y 12% (1)

En Estados Unidos de América, existen informes que indican que más del 30% aceptó haber tenido prácticas homosexuales. En dicho país, la prevalencia de infección por VIH en internos es mayor a la notificada en la población general y varias encuestas señalan que el 2.3% de los internos de cárceles estatales y el 1% de cárceles federales son seropositivos. (2)

En 1997 por ejemplo, Francia reportó una prevalencia del VIH en prisiones, diez veces mayor que aquellas de la población general, mientras que la prevalencia de tuberculosis es tres veces mayor que el promedio nacional. En Estados Unidos, en 1994, la tasa de prevalencia de casos de SIDA en prisiones, era casi seis veces mayor que en la población adulta general. (3)

De acuerdo con el informe de ONUSIDA, varios factores hacen de las prisiones un espacio que facilita la transmisión del VIH. En algunas de ellas es frecuente el uso compartido de jeringas para la inyección de drogas intravenosas o de agujas y otro material punzo cortante para la realización de tatuajes y otras formas de perforación de la piel, así como fármaco dependencia en general, que favorece los intercambios sexuales múltiples sin protección. Asimismo, el hacinamiento frecuente y común en estos establecimientos, genera un clima de violencia, tensión y miedo.

De igual manera, la práctica de sexo no protegido entre internos (que realizan en forma consensual) y/o la existencia de violaciones sexuales, que regularmente provocan lesiones físicas, son otros factores que facilitan la transmisión del VIH dentro de la prisión. Ello es especialmente cierto cuando no hay un adecuado tratamiento médico para la atención médica especializada y digna a los internos seropositivos y enfermos del SIDA. Para este propósito se han implantado cuatro subprogramas:

- a) El de coordinación interna e intersectorial, cuyo objetivo es elaborar el diagnóstico actualizado de todas las actividades para poner en práctica un banco de datos.
- b) El subprograma de atención de salud a internos seropositivos y enfermos de SIDA, con el cual se pretende elaborar normas de atención integral a los internos, capacitar al equipo de salud, otorgar condiciones de vivienda y alimentación especiales; fomentar conductas de responsabilidad en el auto cuidado de la salud y mejorar las condiciones sociales del entorno inmediato del enfermo.
- c) El subprograma de prevención del riesgo de contagio con el VIH y fomento de medidas de precaución, que pretende entre otras cosas, la capacitación de los custodios y directivos de las instituciones carcelarias, así como asesorar en la aplicación de normas y elaborar material didáctico.

- d) El cuarto subprograma procura la identificación de internos seropositivos al VIH y/o con SIDA, ubicando a los seropositivos en recintos especiales con atención médica personal y mejores condiciones de bienestar.

Con este programa se busca elevar el nivel de conocimiento de los profesionales y personal de trato directo, en las investigaciones acerca del SIDA, en la coordinación y evaluación de los planes ejecutados, en la prestación de la atención adecuada a los portadores y enfermos, en el mejoramiento de sus hábitos, en la definición de los roles en relación con quienes los rodean, y en la realización de los exámenes necesarios para el diagnóstico.

En España (9) el programa de prevención y control de las enfermedades transmisible por vía parenteral, entre ellas la infección por VIH/ SIDA, contempla entre sus elementos más relevantes:

1. **Disponibilidad de la prueba para detección de anticuerpos.** De este modo se brinda la posibilidad a todos los internos para la ejecución de la prueba.
2. **Voluntariedad.** Las pruebas diagnósticas se realizan de manera totalmente voluntaria.
3. **Confidencialidad.** Los resultados de la prueba de detección solo son conocidos por la persona interesada y por el personal médico que la atiende.
4. **Disponibilidad de tratamiento.** Toda persona positiva al VIH es sometida a un examen para determinar su estado de salud, el que se lleva a cabo por personal médico y paramédico especializado, enfatizándose en la detección y prevención de infecciones oportunistas.
5. **Acceso a medidas preventivas para la población general.** Se distribuyen de manera gratuita preservativos y jabón.
6. **Acceso a información preventiva sobre los mecanismos de transmisión del VIH y las formas de prevenirla.**
7. **Actuación en caso de enfermedad grave.** El reglamento penitenciario local establece la posibilidad de conceder la libertad condicional a aquellos pacientes graves o con enfermedades incurables.

En la República de El Salvador (10) donde 11 de las 2,198 personas detectadas como positivas al VIH están alojadas en establecimientos penitenciarios, el tratamiento que reciben es similar al que se proporciona a la población general,

y en caso necesario los internos son trasladados a hospitales cercanos a las prisiones para recibir tratamiento adecuado.

En Guatemala (11) se han seguido las siguientes medidas:

1. No procede la detección masiva ni obligatoria.
2. La entrega de resultados se hace por parte de personal técnico capacitado.
3. Solo se entregan resultados confirmados.
4. El interno infectado decide la comunicación o no del padecimiento a familiares o amigos.
5. Se realiza campaña de educación entre la población interna sobre causas y formas de contagio.
6. Se capacita a los trabajadores del sistema penitenciario, enfatizando un mejor trato y respeto a los derechos humanos de los internos seropositivos al VIH.

En Uruguay (12) se realizan las pruebas de detección del VIH únicamente cuando se cuenta con la anuencia del interno.

La epidemia de VIH/SIDA ha cumplido dos décadas en América Latina y el Caribe, siendo este último la segunda Región más afectada en el mundo. En UNGASS (2001) los gobiernos renovaron su compromiso de enfrentar la epidemia con medidas de prevención y atención adecuadas. En esta revisión de antecedentes, partimos caracterizando la epidemia en la Región como concentrada en grupos vulnerables (excepto algunas áreas de generalización). A continuación, se reseña la experiencia en prevención en algunos grupos objetivo, y se contrasta esta experiencia con el perfil epidemiológico, para concluir que no se evidencia un abordaje oportuno y suficiente de la epidemia en grupos vulnerables, los cuales están vinculados a otros grupos. También se señalan condiciones que harían posible un mayor impacto de las acciones preventivas, y se analizan rápidamente formas en que las actividades de prevención pueden integrarse mejor a las de reducción del impacto. Finalmente, se analiza la información disponible sobre gastos en prevención.

Con 2 millones de personas viviendo con VIH/ SIDA en América Latina y Caribe ¹, la epidemia está oficialmente cumpliendo dos décadas en la Región. A pesar de que esta epidemia es heterogénea, el mayor contraste se da entre el Caribe y el conjunto de México, América Central y América del Sur. El Caribe es la segunda región más afectada en el mundo, con una epidemia generalizada que afecta a 430.000 personas, y con prevalencias por encima de 2,0% en la población general ¹. Los países de Meso América y América del Sur alojan en conjunto 1.6 millones de personas viviendo con VIH/SIDA y, a excepción de

América Central – donde existe una tendencia a la generalización, muestran prevalencia predominantemente concentradas en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y usuarios de drogas inyectables (UDI) ^{1,2}.

Por la continuidad de la expansión de esta epidemia en la Región, el SIDA ha sido y es un problema de importancia para las comunidades, y la mayor parte de los gobiernos han comenzado a enfocarlo como problema nacional de salud pública ^{3, 4,5}. Hasta mediados de los años noventa, la respuesta a la epidemia se concentraba en la prevención, ante la ausencia de opciones terapéuticas efectivas.

Ante la evidencia de efectividad de la terapia antirretroviral altamente activa (TARGA, de HAART, en inglés), la *Declaración de la Sesión Especial sobre VIH/SIDA* de la Asamblea General de las Naciones Unidas (*Summary of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS* (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2002) concluyó que es vital un acceso amplio y equitativo tanto a la prevención como a la atención, bajo la convicción de que ambas dimensiones de la respuesta son inseparables ⁶. Un número creciente de gobiernos regionales está ofreciendo la TARGA para toda persona que la requiere y no accede a ella de forma sostenible, y en otros países se ha logrado también acceso parcial al tratamiento. Sin embargo, la prevención continúa siendo fundamental en la acción contra el SIDA, porque hasta el momento la TARGA es costosa, debe recibirse de por vida, tiene efectos secundarios, y genera resistencia viral; además, un incremento de las prácticas de riesgo de infección, a consecuencia de un temor disminuido a la infección, podría revertir el ahorro de años de vida que resulta del acceso al tratamiento ⁷. De otro lado, aunque la evidencia es aún insuficiente, la TARGA reduciría la infectividad y contribuiría a la prevención, por lo que ambas estrategias son sinérgicas ⁸.

También el enfoque de la "prevención" ha variado con un mejor entendimiento de la realidad social. Las teorías comportamentales basadas en la toma racional de decisiones individuales que guiaron los programas iniciales comparten ahora un espacio con enfoques más estructurales que prestan atención a las normas socioculturales y sobre todo, a las relaciones de poder que influyen en las interacciones entre las personas (incluyendo las sexuales), regulando su capacidad de controlar su experiencia individual ⁹. Así, se reconoce que el VIH se concentra en poblaciones vulnerables, y que reducir esta vulnerabilidad, resultante de la exclusión social, es un elemento necesario en una estrategia integral de prevención y control de la epidemia a medio plazo ².

En esta revisión, se parte de una descripción sucinta de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y Caribe, basada en información sobre el perfil de la epidemia disponible en fuentes de acceso público, principalmente publicaciones de Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS).

A continuación, se describe la experiencia en acciones de prevención implementadas en la Región (con base en una revisión bibliográfica, con ayuda

de buscadores de bases de datos de investigación, educación y salud en la Internet, además de literatura publicada por diversos organismos internacionales vinculados en la lucha contra la proliferación del VIH); y se procura contrastar esta experiencia con el perfil epidemiológico. También se señalan condiciones que harían posible un mayor impacto de las acciones preventivas y se analizan formas en que las actividades de prevención pueden integrarse mejor a las de reducción del impacto (incluyendo atención y tratamiento).

Esta tarea se enfrentó a dos limitaciones: la escasa disponibilidad de documentación oficial o de acceso público (particularmente de rigor adecuado) sobre los varios temas que son materia de análisis; y la dificultad de hablar de la Región como un todo, no sólo por su clara heterogeneidad epidemiológica, sino sobre todo por la diversidad del tamaño de las economías nacionales, las tradiciones burocráticas y las tendencias políticas de los gobiernos, que resultan en una diversa capacidad y también un compromiso desigual, para actuar frente al SIDA.

El contexto de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina y Caribe

Utilizando la tipología de epidemias de VIH recomendada por UNAIDS/FHI (Meeting the Behavioural Data Collection Needs of National HIV/AIDS and STD Programmes; A Joint Impact/FHI/UNAIDS Workshop. Report and Conclusions. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Family Health International; 1998), se observan cuatro patrones regionales: (a) El Caribe (incluyendo Guyana y Surinam) y América Central (excepto Nicaragua y Costa Rica) presentan epidemias con un incipiente nivel de generalización, con cifras de prevalencia de VIH en gestantes que varían entre 1,0 y 2,0%; (b) México, el área andina (excepto Bolivia), Costa Rica, Nicaragua, Paraguay y Chile, con epidemias concentradas en poblaciones de HSH (en las cuales las prevalencias varían entre 5,0 y 20,0% en grandes ciudades), y cifras inferiores a 1,0% en la población general adulta; (c) Brasil, Argentina y Uruguay, con epidemias concentradas tanto en UDI como en HSH; y (d) Bolivia y Cuba, con epidemias incipientes ^{1,2,10} (US Bureau of the Census. HIV/AIDS Prevention Database. <http://www.census.gov/ipc/www/hivaids.html>, accesado el 28/Jul/2004).

La Tabla 1 muestra las actuales tendencias de la epidemia en América Latina y Caribe.

Tabla 1

Tendencias de la epidemia de VIH/SIDA en América Latina Y Caribe*

Sub- Áreas de la religión Heterosexuales	HSH	UDI	Observaciones
América Central	** (79.0%)	*** (14.0%)	- (0.90%) Más generalizadas en Honduras y Belice, mas concentrada en HSH en Costa Rica y Nicaragua
Área Andina	* (48.0%)	*** (48.0%)	- (0.2%) incipiente en Bolivia
Brasil	* (36.0%)	*** (35.0%)	*** (14.0%)
Caribe Latino	** (76.0%)	*** (14.0%)	- (3.0%) incipiente en Cuba
Caribe No Latino	** (80.0%)	** (12.0%)	+ (0.7%)
Cono Sur	* (25.0%)	*** (33.0%)	*** (34.0%) En Paraguay Y Chile no Afecta UDI
México	* (39.0%)	*** (55.0%)	+ (0.8%)

*Los símbolos señalan los niveles referenciales de seroprevalencia: - (población pequeña y ausencia de daños de seroprevalencia) a * (< 1.0%). ++ (1.0.5.0%) y +++ (> 5.0%). Las cifras entre paréntesis indican las proporciones de casos notificados a la Organización Panamericana de la salud clasificados como debidos a transmisión heterosexuales masculina o por uso de drogas inyectables (según caracteres 98). HSH= hombres que tienen sexo con hombres: UD =usuarios de drogas inyectables.

El paradigma actualmente dominante para explicar la diseminación de la epidemia es el de la vulnerabilidad basada en condiciones de exclusión social y ha ampliado la visión inicial de los riesgos como fundamentalmente individuales, resultantes de opciones desinformadas, de falta de motivación o responsabilidad, así como la posterior idea de que serían significados socioculturales inadecuados los que obstaculizan la generalización de prácticas preventivas ⁹. Aunque se trata de una epidemia fundamentalmente sexual, con un componente en usuarios de drogas en la parte sureste del continente, muestra crecientemente una conexión con la configuración de la vulnerabilidad social ². En áreas de concentración en HSH y UDI (poblaciones de por sí excluidas), la pobreza y situaciones de súper-exclusión (por ejemplo, la condición de *travestí* entre los HSH ¹¹, o el color de piel "negro" entre los UDI ¹²), guardan relación con mayores prevalencias de infección. En áreas de generalización de la epidemia, las trabajadoras sexuales muestran también mayores prevalencias ¹³, así como grupos de jóvenes que recurren a transacciones de sexo por dinero o bienes para aliviar su pobreza o mejorar sus oportunidades. Los contextos de vulnerabilidad guardan directa relación con factores estructurales en torno de clase social, género, diferencia sexual, y etnicidad.

III. JUSTIFICACIÓN

La determinación de programas preventivos se basa en la identificación de factores que están asociados con un riesgo aumentado para adquirir la infección por VIH. Cuando estos factores que aumentan la probabilidad de transmisión son modificables, entonces se pueden ejecutar y evaluar programas para prevenir la adquisición de la infección. En el caso de la infección por VIH, la práctica del sexo sin protección sigue siendo el factor de riesgo más importante para adquirir la infección.

Más que el comportamiento biológico del virus, las fuentes de infección y las vías de transmisión son los factores más importantes para la propagación de la infección por VIH. Entonces, si la infección se concentra en algunos grupos sociales, la dinámica de la epidemia depende de la forma como interactúan estos grupos. De tal forma que los factores de comportamiento y las redes sociales serían elementos en la propagación de la epidemia mucho más importantes que los factores biológicos del virus. Para que los programas preventivos alcancen a estos grupos es necesario identificarlos. Se han conocido las redes sociales y prácticas de riesgo investigando cómo se propaga la epidemia por VIH en usuarios de drogas intravenosas y hombres que practican sexo con otros hombres.

Existen otros elementos que son reconocidos y que aumentan la probabilidad de transmisión. La presencia de infecciones de transmisión sexual está asociada con un mayor riesgo de transmisión. El otro factor es una elevada viremia que probablemente se relaciona con una mayor eliminación de virus en secreciones aumentando la infectividad del individuo.

La probabilidad de transmisión heterosexual ha sido estimada en varios estudios y parece estar influida por algunos factores.

Los modelos matemáticos han sido una herramienta epidemiológica muy útil para entender la dinámica de la epidemia y elaborar supuestos sobre el efecto de algunas intervenciones. Koopman, (1996) modelando la dinámica de la epidemia, encontró que muy probablemente la conformación de grupos “core” permite que la transmisión que ocurre durante la infección primaria domine la propagación de la epidemia.

Dado que la práctica de sexo sin protección es el mayor riesgo para adquirir la infección por VIH, las intervenciones preventivas deberán ir encaminadas a modificar prácticas con una probabilidad elevada de infección. Debe subrayarse el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual y su prevención mediante el uso difundido de condón. Para modificar la dinámica de la infección y controlar la epidemia debemos reconocer las redes sociales existentes y entender la interacción de grupos sociales para poder integrarlos en acciones preventivas.

El comportamiento de SIDA se relaciona con los factores de riesgos y patologías asociadas a condiciones ambientales de las cárceles. Estas condiciones inadecuadas favorecen la prevalencia del VIH/ SIDA en los privados de libertad

por existir prácticas inseguras, promiscuidad, falta de información correcta, ausencia de normas específicas.

En Nicaragua, no existe un adecuado registro de casos de VIH/ SIDA, ni estudios que nos permitan comprobar la situación epidémica de dicha patología, en los centros de detención.

A pesar que el MINSA y ONG's han desarrollado en todo el país programas en diferentes componentes educativos dirigidos a la promoción, prevención y sensibilización sobre el VIH-SIDA, la enfermedad se propaga sin límite por diferentes factores como las condiciones ambientales, los factores económicos, culturales y sociales que expresan a la vez, ser los más vulnerables a contraer el VIH/ SIDA, además de las condiciones nutricionales y de hacinamiento.

El presente estudio, pretende contribuir con datos concretos sobre el comportamiento del VIH /SIDA en el SPN de Tipitapa y los factores de riesgo que se encuentran en los privados de libertad, para que permita a los tomadores de decisiones, tener clara la gravedad del problema y poder crear diversas alternativas de intervención dentro del Sistema Penitenciario Nacional (SPN) en coordinación con instituciones afines al problema, entre ellas:

- ∇ Gobierno de Nicaragua
- ∇ Sistema Penitenciario Nacional
- ∇ Comisión de Derechos Humanos
- ∇ Población Penal
- ∇ MINSA
- ∇ Grupos Pastorales
- ∇ Sub Dirección de Epidemiología Hospital Primario "Yolanda Mayorga"

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para analizar el problema de estudio, se plantearon las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los privados de libertad?
2. ¿Qué conocimientos tienen los privados de libertad sobre el VIH SIDA?
3. ¿Cuáles son las actitudes que tienen los privados de libertad con respecto a las personas que viven con VIH SIDA?
4. ¿Cuáles son las prácticas sexuales de riesgo respecto al VIH SIDA de los privados de libertad de La Modelo de Tipitapa?
5. ¿Cuáles son las acciones de prevención del VIH SIDA desarrolladas por los reos y por los funcionarios del Servicio de Salud en la Cárcel Modelo del Sistema Penitenciario Nacional?

¿Cuáles son los conocimientos, actitudes, prácticas sexuales y las acciones de prevención del VIH SIDA en los privados de libertad del Sistema Penitenciario Nacional de Tipitapa en el período Enero - Diciembre 2005?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Identificar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales en los privados de libertad y las acciones de prevención del VIH SIDA de parte de los reos y de los funcionarios del Sistema Penitenciario Nacional, Tipitapa, en el periodo Enero-Diciembre 2005.

Objetivos Específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas de los privados de libertad.
- 2) Identificar los conocimientos sobre el VIH SIDA de los privados de libertad.
- 3) Conocer las actitudes de los privados de libertad.
- 4) Analizar las prácticas sexuales de riesgo con relación al VIH en los privados de libertad.
- 5) Identificar las acciones de prevención del VIH SIDA desarrolladas por los reos y por los funcionarios del SPN de Tipitapa.

VI. MARCO DE REFERENCIA

En el ámbito mundial, la OMS 2000 estima que cada año hay 340 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual sin incluir el VIH en personas con edad entre 15-49 años. Solo en 1999, la OMS estimó que hubo 12 millones de nuevos casos de sífilis, 62 millones de gonorrea y 9.3 millones de clamidia en América Latina. Los hombres juegan un papel muy importante en la propagación de las ITS.

Las infecciones de transmisión sexual afectan al 15% de adolescentes de 15 a 19 años de edad, quienes adquieren cada año Tricomoniasis, Clamidia, Gonorrea o Sífilis.

La mitad de los casos nuevos del VIH ocurren en jóvenes entre 15-24 años, y la edad promedio de casos está disminuyendo con relación al período entre 1983 y 1989 que era de 32 años. De 1990 a 1992 bajó a 25 años. Se estima que en Haití, República Dominicana, Honduras, Panamá y Guatemala, más del 1% de la población de 15 – 24 años de edad es seropositiva. Por ejemplo en Haití se estima que el 4.9% de los hombres y 2.9% de las mujeres de 15-24 años de edad son sero positivas.

El número de infecciones por VIH y de defunciones por SIDA en los hombres supera al que corresponde a las mujeres en todos los continentes, excepto en la tres Regiones del África subsahariana. Pero incluso en esa Región, la cifra de varones afectados es mayor, ya que para el final de 1999 había 10 millones de varones africanos conviviendo con el VIH, en comparación con los 7,5 millones de varones infectados en todo el resto del mundo. Los varones jóvenes corren el riesgo particular en comparación con los varones adultos. Los varones jóvenes corren el riesgo particular, en comparación con los varones adultos, de ser especialmente infectados pues una de cuatro personas que tienen el VIH es un menor de 25 años.

En la actualidad, hay 1.4 millones de personas en América Latina y 420.000 en el Caribe (ONUSIDA 2001) que padecen el VIH /SIDA. Los índices de VIH y las formas de transmisión en toda la región acusan diferencias significativas. En Latinoamérica y el Caribe, el VIH se transmite principalmente mediante prácticas heterosexuales. El sexo inseguro con compañeros sexuales múltiples es un factor que propaga la epidemia. Otros factores implican una combinación de presiones socioeconómicas, migraciones y turismo (ONUSIDA, 20001).

La Masculinidad

En América Latina, el término machismo es el más usado para referirse a la estructura profunda de la masculinidad.

El machismo generalmente se iguala a la jactancia, a la hazaña sexual, a protección del honor y a la voluntad de enfrentar el peligro entre otras características. Estas tradiciones surgieron de la herencia latina-mediterránea del machismo que afirma que la dignidad de un hombre se mide por el número de conquistas sexuales e hijos que tienen y por el comportamiento de las mujeres a su alrededor.

El compromiso de involucrar a los hombres en la salud sexual y reproductiva y en el pensamiento sobre la equidad de género, se confirmó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en el Cairo, 1994 y en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1999).

En el concepto tradicional de nuestras sociedades del hombre, el marido es responsable por el bienestar económico de la familia, mientras la mujer se encarga de todo lo demás, incluyendo la reproducción especialmente la crianza de los niños y el trabajo del hogar; investigaciones en México sugieren que la mayor parte de los hombres ven a su esposa principalmente como madres de sus hijos, como amas de casa y como objeto a ser usados para la gratificación sexual en vez de compañeras o padres sociales.

La Sexualidad

Una profunda comprensión de la sexualidad masculina es clave para el desarrollo de nuevos esfuerzos por mejorar la salud reproductiva, tanto de los hombres como de las mujeres. El desempeño sexual tradicionalmente ha sido un factor crucial en la manutención de la identidad masculina.

Los adolescentes varones pueden verse estimulados por sus padres o incluso familiares para la actividad sexual o frecuentar trabajadoras comerciales de sexo, mientras a las niñas se les advierte que deben permanecer castas. Si un niño no ha tenido relaciones sexuales a una edad temprana, sus amigos y familiares pueden cuestionar su masculinidad.

Lo que lleva a los hombres a que sean menos receptivos a los mensajes relacionados con el sexo seguro (Shephard, 1996).

Roles de género

En los Estados Unidos, se encontró que los adolescentes varones (26%) sentían significativamente más presión de los amigos para tener relaciones sexuales que las mujeres (7%) en cambio las adolescentes mujeres reportaron sentirse presionadas por sus parejas masculinas (Feltey, 1991).

Los comportamientos de riesgo

Comportamiento riesgoso como relaciones sexuales anales, relaciones sexuales con múltiples parejas y sexo sin protección. Los jóvenes encuestados tenían niveles educativos más bajos, vivían en ámbitos peligrosos e inadecuados y no tenían apoyo.

Los resultados de la encuesta masculina ENESF/ ENSM-2001, indican que el 25.5% de los hombres con experiencia sexual en el último año, tuvo dos o más parejas sexuales en este período.

Esta cifra es superior al 50% entre los hombres unidos y superior al 40% entre los hombres de 15 a 24 años de edad. Especialmente para aquellos que informaron de dos o tres parejas. Tratamos de resumir la actividad sexual de los hombres de 15 a 59 y de las mujeres de 15 a 44 años de edad en la que se observa a un 15.8% de los hombres que nunca han tenido relaciones sexuales y un 22.7% en el caso de la mujeres.

Tres de cada cuatro hombres han tenido relaciones durante el último año (75.0%), con relación a las mujeres la actividad sexual en el último año es de poco más de dos de cada tres (66.7%).

Número de parejas sexuales en el último año. Un 73.7% de los hombres que tuvieron relaciones en los últimos 7 meses, lo hizo con una sola pareja, y el 25.9% han tenido 2 o más parejas sexuales. El tener dos o más parejas sexuales es más común entre los hombres no unidos. El 27.4% de los varones estaban sexualmente activos en los últimos 30 días previo a la entrevista.

Conocimientos

En las encuestas de Salud y Reproductiva de los adultos jóvenes llevadas a cabo en América Latina, se encontró que los conocimientos acerca de la enfermedad de transmisión sexual y en particular de VIH/SIDA eran altos. Sin embargo había información errónea acerca de transmisión a través de picadura de mosquito; compartir utensilios de comida, o uso del baño o cuarto de una persona infectada.

En Honduras, el conocimiento sobre el SIDA es casi universal. No obstante, el 91.8% de los hombres y el 82.5% de las mujeres saben que una persona puede estar contagiada con el VIH y no presentar signos o síntomas de la enfermedad. Mencionaron varias maneras para evitar el SIDA. Un 7.9% de los varones no conocen alguna forma de evitar la infección. El 59.4% de los hombres pudieron mencionar espontáneamente dos o más modos para evitar la infección del VIH, y al comparar estos resultados con los encontrados en las encuestas de 1996, no se evidencia una mejoría sustancial. En el área urbana, el conocimiento de

dos o más formas de prevención es del 57.0% y del 66.7% para las mujeres y para los hombres, el 7.9% de los hombres no pudieron mencionar ninguna manera para evitar el SIDA. En los hombres, el mecanismo de prevención mencionada es la monogamia (64.3%) seguido muy de cerca por el uso del condón (59.3%)

Prácticas Sexuales

No es sorprendente que el método más común usado por los adolescentes varones sea el condón. Los varones consistentemente reportaron múltiples parejas y relaciones sexuales con conocidos casuales, más frecuentemente que las mujeres.

El control de la epidemia VIH/SIDA

La ENSM-01 de Honduras muestra que el 55.8% de las mujeres y el 64 % de los hombres de 15 a 24 años de edad, tienen experiencia sexual.

El uso del condón por parte de los hombres en la última relación sexual.

Se observa que un 66.7% de estos hombres no usaron el condón con ninguna pareja sexual en su última relación.

Un 14.3% usó el condón con una pareja sexual y el 9.1% lo usó con dos o más parejas. De los hombres que tuvieron una sola pareja sexual, sólo el 11.1% utilizó el condón con ella en la última relación. Esta cifra corresponde al 4.5% entre los casados o unidos, pero se eleva hasta el 40.3% en los no unidos. De los hombres que tuvieron 2 parejas sexuales, casi la mitad (47.9%) no ocupó el condón con ninguna de ellas, cifra que corresponde al 56.0% en los casados o unidos y 43.4% en los no unidos; sólo un 28.9% hizo uso del condón con las tres parejas.

En Estados Unidos de América, existen informes que indican que más del 30% aceptó haber tenido prácticas homosexuales. En dicho país, la prevalencia de infección por VIH en internos es mayor a la notificada en la población general y varias encuestas señalan que el 2.3% de los internos de cárceles estatales y el 1% de cárceles federales, son seropositivos. (2)

En 1997 por ejemplo, Francia reportó una prevalencia del VIH en prisiones diez veces mayor que aquellas de la población general, mientras que la prevalencia de tuberculosis es tres veces mayor que el promedio nacional. En Estados Unidos, en 1994 la tasa de prevalencia de casos de SIDA era casi seis veces mayor que en la población adulta en general. (3)

En los hombres con experiencia sexual, un 34.2% tuvo relaciones alguna vez con una trabajadora del sexo; en los casados o unidos la proporción alcanza el

39.2% y en los no unidos es de 25.3%, independientemente del estado civil. Según encuesta masculina ENESF/ENSM-2001.

En Relación al tiempo desde la última relación sexual con una trabajadora del sexo. De los hombres que han tenido relaciones sexuales con trabajadoras del sexo el 9.4% tuvo su última relación de este tipo en período inferior a 12 meses.

Finalmente, una llamada de atención a esta población sobre la que falta información epidemiológica adecuada y su prevención.

La población carcelaria tiene menos acceso a los mecanismos y servicios que pueden protegerla y por lo tanto la hacen más vulnerable a la infección por VIH. Un estudio de 151 reclusos en Sancta Spiritus (Cuba) mostró como característica general a hombres jóvenes (25 y 34 años) con diversas prácticas de riesgo. El 75% reportó relaciones sexuales con más de una mujer, la mayoría sin protección (80%) a pesar de estar disponible en el "pabellón conyugal". El 45% de los reclusos reportó sexo anal con su compañera femenina y el 50% se reportó heterosexual (Baldomir Gómez RR, Foro 2002). Aunque aquí sólo se relata la experiencia de un estudio, es importante que se lleven a cabo estudios epidemiológicos que traigan a la luz la probabilidad de infección en esta población y que apoyen el desarrollo de programas de prevención.

El área Caribeña es la segunda Región más afectada en el mundo después del África Subsaharina, con un índice global del 2% (ciertos países tienen tasas aun más elevadas). El índice de prevención del VIH /SIDA en América Latina es 0.5%, pero a finales de 1999 en Belice, Honduras, Panamá Guyana y Surinam alcanzaron al menos el 1%. En Guatemala, El Salvador y Panamá los índices de prevalencia oscilan entre 0.5-0.9 para las mujeres embarazadas (OPS; 2001), por lo contrario, los países andinos presentan la prevalencia más baja. Las tasas de infecciones nuevas de VIH siguen aumentando en Centro América entre las mujeres y los hombres.

EI VIH

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH), pertenece a la familia de retrovirus y a la subfamilia Intiviridae que forma un eslabón entre los ARN virus y los ADN virus.

El flujo de la información genética usualmente va de ADN a ARN y de ahí a las proteínas. Por invertir este flujo de información, un grupo de virus reciben el nombre de retrovirus y son los que almacenan su información genética en el ARN y poseen una enzima, la transcriptasa reversa, que les permite sintetizar ADN viral el cual se integra a los cromosomas de las células para servir en el futuro como base de la replicación viral.

Los retrovirus se clasifican en andrógenos y exógenos. Los endógenos se transmiten de padre a hijos a través de las células germinales, no provocan

enfermedad alguna y parece que participan en las funciones normales de las células.

Los oncornavirus atacan a los linfocitos T, poseen acciones transformantes celulares a corto plazo y sus principales integrantes son HTLV-I, HTLV-II responsables de la leucemia de células T y de la retícula o endoteliosis leucemia de las células T.

Los lentivirus atacan fundamentalmente a las células inmunológicas (linfocitos T – cooperadores y células del sistema fagocítico mononuclear SFM) a las cuales destruye, conduciendo con ellos al SIDA, pertenecen a este grupo: el VIH I y VIH II.

El VIH I, ha sido detectado en sangre, semen, secreciones vaginales, orina, líquido cefalorraquídeo, lágrimas, saliva, heces, tejido cerebral y leche materna. Existen acuerdos entre las autoridades médicas en que el VIH I y principalmente el VIH II son agentes etiológicos del SIDA.

El VIH fue denominado virus asociado con linfadenopatía (LAV) por el DR LUC MONTACNIER Y COL. En el Instituto Pasteur en Francia en mayo de 1983, virus linfotrópico tipo III de las células T humanas (HTLV III) EN MAYO DE 1984, por el DR. ROBERTO GALLO Y COL. En el Instituto Nacional del cáncer en Estados Unidos de Norte América y virus relacionados al SIDA (ARV) POR EL DR. JAY LEVY Y COL. En la escuela de medicina de la Universidad de California en San Francisco en agosto de 1984. El nombre definitivo del virus fue establecido por el comité internacional de taxonomía, como “virus de la inmunodeficiencia humana –VIH”.

El virus tiene un tropismo específico hacia las células con el marcador T 4 +, (Linfocito cooperadores) en los que produce destrucción celular, tiene además afinidad hacia los linfocitos B, macrófagos y los promielocitos a los que infecta en forma persistente, así como algunas células del sistema nervioso central como, oligodendrocitos y astrositos.

El SIDA es una enfermedad que afecta principalmente al sistema inmune. Por la afección de los linfocitos cooperadores, el paciente con SIDA es incapaz de controlar las infecciones de los linfocitos cooperadores, como consecuencia desarrolla infecciones mortales antes las cuales el paciente no tiene una respuesta inmune adecuada y se favorece el desarrollo de neoplasia principalmente sarcoma de kaposi y el linfoma.

Interacción virus huésped

Todavía no se conoce con precisión lo que ocurre cuando el virus penetra en un individuo, ni cuales son las células que primero se infectan, es muy posible que esto varíe dependiendo de la vía de entrada del virus de manera esquemática.

Referencia internacional del SIDA

Se realizó la Conferencia Internacional del SIDA, donde se abordaron temas referentes al tratamiento y a la respuesta multisectorial. De acuerdo al más reciente informe del ONUSIDA, en el mundo viven 42 millones de personas infectadas con el VIH, de las cuales 19 millones 200 mil son mujeres y tres millones 200 mil tienen menos de 15 años. En el año 2002 hubo cinco millones de nuevas infecciones por VIH; de ellas dos millones eran mujeres y 800 mil eran jóvenes menores de 15 años de ambos géneros.

Solo cuatro de cada cien personas que viven con la infección por VIH reciben medicamentos antirretrovirales. Las niñas y niños menores de 14 años que quedaron huérfanos por el SIDA ascienden 14 millones. Estas cifras reflejan el fracaso de los esfuerzos para prevenir la expansión

De la primera epidemia de la globalización

Se calcula que de continuar el ritmo actual; para el año 2020, se habrían producido 68 millones de muertes a causa del SIDA, de las que es muy probable que más del 67 por ciento sean mujeres. Esto se traduce en más de 45 millones de mujeres que habrán desaparecido en los próximos 18 años, por causa del SIDA y ellos constituirá un verdadero cataclismo generacional en muchos países Africanos.

La epidemia por Continente

En la llamada África sub. Sahariana, que comprende el Centro y Sur de dicho continente viven 29 millones 400 mil personas con VIH SIDA. En el Norte y Noreste de África la cifra es de 550 mil. Hay siete países Africanos en los que veinte de cada cien personas adultas viven con VIH. En Asia 7 millones 200 mil personas viven actualmente con el VIH, con una epidemia creciente en China, donde un millón de personas viven con el VIH, también persiste un potencial considerable de crecimiento en la India que ya cuenta con cuatro millones de personas viviendo con la infección por VIH. En Asia Central y el Este de Europa existe un millón 200 mil personas con VIH SIDA. En Norteamérica son 980 mil; en Europa Occidental, 570 mil y 15 mil en Austria y Nueva Zelanda. En América Latina viven un millón y medio de personas con VIH SIDA y otras 440 mil viven en el Caribe. En la Región de América Latina y el Caribe la epidemia está bien establecida y en peligro de una propagación más rápida.

Centroamérica y el Caribe

Doce países latinoamericanos y caribeños presentan estimaciones de prevalencia del 1 por cien o más entre las mujeres embarazadas. República Dominicana, Haití, Belice y Honduras, son algunos de esos países en los que la epidemia está firmemente arraigada en la población. Las tasas de prevalencia en la población adulta de algunos Países Caribeños solo son superadas por las de los Países de África Central y del Sur.

Estas cifras son estimaciones elaboradas por ONUSIDA OMS. La prevalencia está calculada en relación a la población adulta con edades de 15ª 49 años. Hay que tener en cuenta que las casi 200 mil personas viviendo con VIH SIDA en Centroamérica exceden a las 150 mil de México y a las 140 mil de Colombia. Países con poblaciones mayores que la de toda Centro América, incluyendo Panamá y Belice.

Poblaciones privadas de libertad

El peso del papel de estas poblaciones en la epidemia es desconocido.

Factores como alza en los servicios públicos, violación de derechos humanos, violencia, pobreza, corrupción.

Contexto social: sexo transaccional, violación, sexo comercial no profesional, poco uso del condón.

Condiciones de la migración —legal e ilegal— de hombres y mujeres.

Efectos de la epidemia sobre el futuro

La situación política, social y económica junto con el perfil epidemiológico y las tendencias de epidemia del VIH son preocupantes por las serias consecuencias para la Región en el presente y en el futuro cercano.

La imagen compleja de la epidemia y el amplio espectro socioeconómico y político en América Latina y el Caribe, presentan un desafío importante para el control de la diseminación continua de la epidemia en la Región. La epidemia del VIH es ya una de las mayores cargas de enfermedad en algunas poblaciones. Los países deben lidiar con el creciente impacto de la epidemia en las poblaciones más jóvenes y los grupos de población más productivos; con el empeoramiento de la situación en las poblaciones más pobres y marginadas y con el continuo agravamiento de los problemas de salud existentes (tales como la tuberculosis) y por encima de todo, la desviación a otras prioridades de salud, sociales y de educación.

Recomendaciones para la vigilancia del VIH en América Latina y el Caribe

- Los sistemas de vigilancia son todavía débiles en muchos países de la Región, y se deben realizar esfuerzos para fortalecerlos. Hay países con sistemas de vigilancia que funcionan bien, por lo que la colaboración, debe ser potenciada.
- Cada país de la Región debe identificar sus poblaciones más vulnerables e Implementar la vigilancia de segunda generación en esos grupos.
- Los sistemas de vigilancia hasta ahora han sido compartimentalizados.
- Los países de la Región deberían tratar de hacer análisis más integrales de los diferentes componentes de la vigilancia. Los diferentes datos deberían usarse en forma integrada para facilitar un adecuado proceso de toma de decisiones, que tome en cuenta todas las fuentes de información disponibles en los países.
- Los países deben promover, estimular y apoyar los sistemas de vigilancia a todos los niveles, así como integrar y mejorar los sistemas de información en todas las intervenciones de salud pública para lograr un mayor impacto: ITS, VIH, tuberculosis, etcétera.

VII. DISEÑO METODOLÓGICO

a) **Tipo de Estudio:**

Es un estudio descriptivo, de corte transversal que indaga los conocimientos, actitudes y prácticas de la población con relación a problemas específicos relacionados con el VIH/SIDA en la población de reclusos del Sistema Penitenciario de Tipitapa. También se abordan aspectos sobre las medidas de prevención.

b) **Área de estudio:**

Cárcel Modelo de Tipitapa del Sistema Penitenciario Nacional

c) **El universo:**

Constituido por 1900 personas privadas de libertad de la Cárcel Modelo en el municipio de Tipitapa en el periodo de Abril a Julio.

d) **Tamaño de la muestra:**

320 calculada con el subprograma Statcalc del Epiinfo2002.

e) **Unidad de análisis:**

Los privados de libertad del Sistema Penitenciario Nacional de Tipitapa y los funcionarios sanitarios del penal.

f) **Criterios de selección:**

- Personas privadas de libertad.
- Que estén aptos y dispuestos para participar en el estudio.
- Que den su consentimiento informado.
- Que tengan más de 6 meses de estar privados de libertad.
- Que tengan de 18 años a 59 años.

g) **Variables de estudios.**

Características sociodemográficas:

- Edad
- Escolaridad
- Profesión
- Procedencia
- Estado civil
- Religión
- Años de prisión

Conocimientos sobre el VIH-SIDA:

- Qué es el SIDA
- Infección y enfermedad

- Grupos de riesgo
- Formas de transmisión
- Medidas de prevención
- Leyes relacionadas

Actitudes sobre el VIH-SIDA:

- Actitud hacia una persona que vive con el VIH SIDA
- Compartir cubiertos o ropa de cama
- Actitud ante la enfermedad
- Actitud ante la enfermedad de la pareja
- Actitud ante la enfermedad de un familiar
- Compartir celda
- Aceptación de medidas institucionales
- Comunicación a la pareja

Prácticas sexuales frecuentes:

- Inicio de vida sexual activa
- Relaciones sexuales según género de la pareja
- Frecuencia de relaciones sexuales.
- Relaciones sexuales según vías de penetración
- Numero de compañeros sexuales
- Uso de condón
- Privacidad de las prácticas sexuales
- Voluntariedad de las relaciones sexuales

Acciones de prevención:

- Consejería
- Charlas educativas
- Aprovechamiento de preservativos
- Entrega de documento del VIH/ SIDA

h) Procesamiento de los datos

El proceso de recolección de la información fue realizado en el mes de Abril a Julio del 2006. Posteriormente se procedió a la construcción de una base de datos de EPI-INFO 6.0.

Las variables se seleccionaron de acuerdo a los objetivos planteados. Esta actividad fue ejecutada en el mes de mayo.

Para el análisis de la información se utiliza el Programa EPI INFO y Excel para la creación de tablas, gráficos y cuadros.

i) Análisis de la información

Las variables se estudian en función de Frecuencias simples y se usan porcentajes como medidas de resumen. Se construyen tablas y gráficos según el tipo de variables.

j) Plan de análisis

Se definieron las variables de acuerdo a cada objetivo. Se organizaron tablas y gráficos en función del tipo de variables.

k) Trabajo de terreno

La etapa de operación del trabajo de campo, fue una de las más importantes dentro del proceso operativo de la encuesta CAP/SIDA CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, PRÁCTICAS, Y PREVENCIÓN SOBRE EL SIDA.

Dicha etapa fue efectuada en dos fases. La primera fue una solicitud por escrito al Director del Sistema Penitenciario para la realización del estudio; posteriormente se revisó el instrumento que se iba a aplicar en la recolección de la información.

Posteriormente se realizó reunión con los cuerpos hospitalarios (CH) para apoyar con la recolección de la información; se reunió a reos de diferentes Galerías, se les explicó el trabajo que se iba a realizar se solicitó a los Reos consentimiento informado; se procedió a aplicar el instrumento, los que sabían leer lo llenaban solos y los que no, había un equipo de los CH que les ayudaban: Una psicóloga, un médico la Investigadora. Este trabajo se realizó diariamente de Abril a mayo del 2006.

l) Consideraciones éticas

El equipo de investigación constituido por un médico, una psicóloga, seis CH dió prioridad a la privacidad, confidencialidad y anonimato de los participantes en el estudio, cumpliendo de esta manera con la ley 238.

Los resultados de este estudio serán devueltos a las autoridades del penal y del MINSA con las debidas recomendaciones.

Privacidad

Las entrevistas se hicieron de forma individual para el llenado de los cuestionarios. Las personas que no sabían leer eran apoyadas por el entrevistador, miembro del equipo.

No se realizó ninguna actividad para identificar a los participantes del estudio.

Confidencialidad

Los formularios fueron numerados hasta el momento en que se introducían los datos al sistema computarizado.

VIII. RESULTADOS

Características socio demográficas de los entrevistados

El grupo etáreo de mayor frecuencia fue el de 20 a 29 años con 39.4% (126), observándose comportamiento menores en los de 30 a 39 con 30.6% (98) de 40 a 49 con 21.9% (70) de 50 años a más fue el 5.3% (17).

, Ver en Anexos, Tabla No 1

En relación a la escolaridad, el 5.9% (19) de los entrevistados eran analfabetos, el 16.9% (54) habían cursado algún grado de primaria, el 50% (160) alcanzaron algún año de secundaria y el 6.2% (20) técnico medio el 4.7% (15) técnico superior el 16.2% (52) universitarios. Ver en Anexos, Tabla No 2

El 48.8% (156) realizan estudios en la actualidad del total de la muestra. Ver en Anexos, Tabla No 3

La ocupación encontrada el 33.5% (107) de los entrevistados, la ocupación es de comerciantes. El 25.6% (82) son obreros. El 12.8% (41) son técnicos; el 11.8% (38) son profesionales y el 8.5% (27) son agricultores. El 7.8% (25) tiene otras ocupaciones. Ver en Anexos, Tabla No 4

La procedencia de los estudiados fue en un 72.8 % (233) residían en áreas urbanas. El 27.2% (87) residen en el áreas rurales. Ver en Anexos Tabla No 5

El 56.9% (182) de los entrevistados estaban casados o viven en Unión libre. El 36.2% (116) son solteros. El 3.8% (12) son separados. El 2.2% (7) son divorciados y el 0.9% (3) son viudos. Ver en Anexos Tabla No 6

El 44 % (141) de los entrevistados afirmó profesar la religión católica. El 33.1% (106) profesan la religión evangélica El 2.8% (9) son adventistas 2.8% (9) son testigos de Jehová y el 1.3% (4) profesan otras religiones. El 15% (51) no declara ninguna religión. Ver en Anexos, Tabla No 7

El 87.2% (279) de los entrevistados afirmaron tener más de un año de estar privado de libertad. El 12.8%(41) tienen menos de un año. Los que predominan más en este estudio son los que tienen más de un año. Ver en Anexos Tabla No 8

Conocimientos sobre el SIDA

De los 320 encuestados el 86.5% (277) declaran conocer qué es el SIDA. El 13.5% (43) afirmaron no conocer. Ver en Anexos Tabla No 9

De los 320 encuestados el 70.9% (227) saben que una persona infectada con VIH SIDA puede parecer sana y un 29.1% (93) negaron o no sabían. Ver en Anexos Tabla No 10

El 97.8 % (313) al consultar sobre los grupos de riesgos mencionan los siguientes. Homosexuales bisexuales heterosexual y el 2.2% (7) dicen que no hay grupos de riesgo. **Ver en Anexos, Tabla No 11**

El 98.2% (314) tiene conocimiento de los mecanismos de transmisión del VIH SIDA (Por relaciones sexuales, agujas de inyectar usadas, tatuajes y por transfusión de sangre). El 1.8% (6) piensa que se trasmite por el beso. **Ver en Anexos, Tabla No 12**

El 36.6% (117) consideran que el VIH SIDA se evita a través del uso del condón o preservativo
El 39.1% (125) consideran que es a través de abstinencia y fidelidad. El 3.5% (11) evitando la transfusión de sangre, el 3.5% (11) no tatuándose, el 2.1% (7) no utilizando agujas usadas, el 13.4% (43) no saben como evitar y el 1.8% (6) evitar el beso. **Ver en Anexos, Tabla No 13**

El 59.7%(191) dicen que existen leyes que protegen a las personas con VIH-SIDA, el 30.9% (99) no saben, el 9.4% (30) dicen que no existen leyes. **Ver en Anexos, Tabla No 14**

Actitudes de los privados de libertad ante personas conviviendo con el SIDA

El 84.7% (271) de los encuestados dicen que darían la mano a un portador del VIH SIDA. El 15.3% (49) no la darían. **Ver en Anexos Tabla No 15**

El 55.4% (150) de los encuestados darían la mano porque no se transmite el VIH SIDA por esta vía. El 25.8% (70) refieren por que el PVVS es un ser humano. El 18.8% (51) explica que es por que no hay riesgo. **Ver en Anexos, Tabla No 16**

El 30.6% (15) de los encuestados no darían la mano por asco.
El 30.6% (15) por desconocimiento del riesgo. El 20.4% (10) por otras razones el 18.4% (9) por miedo a infectarse. **Ver en Anexos, Tabla No 17**

El 37.5% (120) de los encuestados dicen que si compartirían enseres personales con un portador del VIH SIDA. El 62.5% (200) no lo haría. **Ver en Anexos Tabla No 18**

El 58.3% (70) de los encuestados dicen que la enfermedad no se transmite por esta vía. El 25% (30) lo haría por ayudarlo. El 16.7% (20) por que es un ser humano. **Ver en Anexos, Tabla No 19**

El 60% (120) de los encuestados no compartiría enseres por ser personales. El 25% (50) por asco. El 10% (20) por miedo a infectarse. El 5% (10) por precaución. **Ver en Anexos, Tabla 20**

Actitudes ante saberse infectado.

El 21.9 % (70) al darse cuenta que es un portador del VIH buscaría ayuda. El 44% (141) utilizaría medidas de prevención. 7.8 % (25) buscarían tratamiento. El 4.7 % (15) se conformaría. El 3.4% (11) se deprimiría. El 3.1% (10) ocultaría. El 3.8 % (12) se quedaría callado. El 7.8% (25) no sabe que haría. El 1.3 % (4) se iría; el 2.2%(7) se mataría. **Ver anexo Tabla 21**

El 21.9% (70) refieren que si su pareja tuviera con SIDA tomarían la decisión de apoyarla. El 31.2% (100) buscaría ayuda. El 11% (35) practicaría abstinencia con ella. El 10.3% (33) refieren que la dejarían, el 9.4% (30) la hospitalizarían. El 7.8% (25) la aislaría. El 3.2%(10) la correría. El 3% (10) le conseguiría tratamiento. El 2.2% (7) la mataría. **Ver en Anexos, Tabla No 22**

El 93.8 % (300) de los entrevistados apoyarían a su familiar y el 6.2% lo rechazaría. **Ver en Anexos, Tabla No 23**

El 40.3% (129) según la encuesta dice que compartiría la celda con un portador del VIH. El 59.7% (191) no lo haría. **Ver en Anexos, Tabla No 24**

El 62% (80) sí compartiría la celda con un portador del VIH por que no se transmite. El 23.2% (30) por que es un ser humano. El 14.8% (19) porque necesita apoyo. **Ver en Anexos, Tabla No 25**

El 34.6% (66) no compartiría la celda con un portador del VIH por miedo. El 21% (40) porque no hay condiciones. El 12.5% (24) por higiene. El 10.4% (20) por que tienen que estar aislados. El 6.8%(13) por asco. El 3.7% (7) por cualquier venganza. El 7.3% (14) por precaución. El 3.7% (7) por riesgo a infectarse. **Ver en Anexos, Tabla No 26**

El 70.6% (226) refieren que acatarían las medidas establecidas por el SPN al darse cuenta que son portadores del VIH. El 20% (64) no saben sí lo harían. El 9.4% (30) no acatarían las medidas establecidas por el sistema. **Ver en Anexos, Tabla No 27**

El 81.9% (262) si comunicarían a su pareja que es portador del VIH. El 18.1 (58) no lo harían. **Ver en Anexos, Tabla No 28**

El 30.5% (80) refieren que lo haría para no infectarla. El 23.7% (62) para que se proteja. El 15.2% (40) para que se entere. El 13.3% (35) para que me apoye. El 3.8% (10) por amor, el 7.7% (20) por conciencia; el 5.8% (15) para que se realice la prueba. **Ver en Anexos, Tabla No 29**

El 34.4% (20) manifiesta que no le comunicarían a su pareja por miedo a perderla. El 25.9%(15) porque lo discriminaría. El 20.7% (12) porque lo abandonaría. El 10.4 % (6) porque creería que es infiel. El 8.6% (5) porque no tendrá mas relaciones sexuales. **Ver en Anexos, Tabla No 30**

Prácticas sexuales de los privados de libertad

El 74.1% (237) refieren que iniciaron su vida sexual activa de 12 a 18 años. El 23.1% (74) después de los 18 años. El 2.8% (9) antes de los 12 años.

Ver en Anexos, Tabla No 31

El 81.6% (261) refiere haber tenido relaciones sexuales con mujeres. El 10.3 (33) con ambos sexos. El 4.0 % (13) con hombres. El 4.1%(13) con nadie.

Ver en Anexos, Tabla No 32

El 44.1% (141) refiere que han tenido relaciones sexuales mensualmente (conyugal). El 41.2% (132) ha tenido quincenal. El 8.1% (26) ha tenido relaciones semanal. El 4.4% (14) diario. El 2.2%(7) nunca.

Ver en Anexos, Tabla No 33

El 50% (160) realizan prácticas sexuales orales, anales y vaginales.

El 33.1%(106) solo vaginal. El 8.8%(28) vaginal y oral. El 2.5% (8) vaginal y anal. El 3.8%(12) oral, anal. El 0.9% (3) anal y el 0.9% (3) oral.

Ver en Anexos, Tabla No 34

El 75.3%(241) refieren tener una compañera(o) sexual. El 16.2%(52) refieren tener dos compañeras (os) sexuales. El 4.4%(14) tres compañeras(os). El 2.5% (8) mas de cuatro compañeras (os). El 1.6% (5) cuatro compañeras (os).

Ver en Anexos, Tabla No 35

Un alto porcentaje de las personas privadas de libertad (63.4%) no usan condón o preservativos al momento de realizar sus relaciones sexuales. Solamente un poco más de 36% usan condón al tener relaciones sexuales.

Ver en Anexos, Tabla No 36

El 19.4% (62) refieren que lo usan A veces. El 63.4% (203) refieren que Nunca usan. El 17.2% (55) siempre lo usan. **Ver en Anexos, Tabla No 37**

La frecuencia de utilización del condón en sus relaciones sexuales predominó los que refirieron que nunca los utilizan, seguido de los que los utilizan a veces, y los que refirieron siempre utilizarlos.

El 81.9% (262) tienen privacidad al tener relaciones sexuales. El 18.1% (58) no tienen privacidad al tener sus relaciones. **Ver en anexos, Tabla No 38**

El 85% (272) tiene relaciones sexuales voluntariamente. El 2.2% (7) refiere tener relaciones involuntarias. El 12.8% (41) de ambas formas.

Ver en Anexos, Tabla No 39

El 66.9% (214) han recibido consejería durante el tiempo de privación de libertad. El 33.1% (106) refiere no haberla recibido. **Ver en Anexos, Tabla No 40**

El 65.3% (209) han recibido charlas. El 34.7% (111) no recibieron charlas durante este tiempo. **Ver en Anexos, Tabla No 41.**

El 72.2 % (231) refieren haber recibido documentos sobre VIH durante este tiempo que han estado privado de libertad. El 27.8% (89) no recibieron ningún documento sobre VIH. **Ver en Anexos, Tabla No 42**

El 48.1% (154) han recibido condones durante visitas conyugales.

El 51.9% (166) no recibieron condones o preservativos.

Ver en Anexos, Tabla No 43

IX DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en el estudio sobre conocimiento, actitudes, practica sexuales en los privados de libertad y las acciones de prevención del VIH SIDA de parte de los reos y de los funcionarios del sistema penitenciario de Tipitapa, durante el periodo de Enero- Diciembre 2005 podemos afirmar lo siguiente:

En datos generales se observa que la mayoría de los privados de libertad son personas en edades económicamente activas, pero que por diversas razones se encuentran detenidos, con estado civil soltero en su mayoría, pero que registran diferentes condiciones o estatus social , con diferente niveles de escolaridad , que incluye desde analfabeta hasta universitarios y que por las condiciones socio culturales del país y la pobreza llegan ala infracción de las leyes y se privan con ello la posibilidad de llevar un vida adecuada y útil ante la sociedad , similar alo que establece la literatura consultada (13) .

En la ocupación aunque predomina el grupo comerciante, los privados de libertad refieren dedicarse a otras actividades, pero no se omite que algunas de ellas estén disfrazadas con otro tipo de actividades ilícita (referido por algunos entrevistados)

En relación con la religión de los entrevistados predomina lo católico seguido de los evangélicos, que son, las religiones que por factores culturales son las más profesadas en el país. Destaca que él (72.80%) son de procedencias urbanas, lo cual se asocia a que en el sector que concurren las grandes mayorías poblacionales y que es donde se da la mayor cantidad de delitos en el país

Con relación al aspecto educativo es meritorio que el (48.80%) de los reclusos continua estudiando a pesar de las diferentes dificultades y condiciones en que se encuentran, que además reflejan el poco conocimiento sobre el VIH SIDA en el (86.50%) e identifican alas personas infectadas que puede parecer sano, y que se corresponde con el estudio realizado en Honduras

En relación con el tiempo de estar privado, el 87.20% refieren mas de un año; cabe señalar medidas como quedarse callado, irse lejos, Mas del noventa por ciento apoyarían a su pareja si esta estuviese infectada con el VIH, menos del siete por ciento, no la apoyarían y porcentaje mínimo tomaría la decisión de quitarle la vida.

El noventa y tres por ciento refirieron apoyar aun familiar si se diesen cuenta que es portador del VIH/ SIDA. y un porcentaje bajo lo rechazarían. Mas del cincuenta por ciento de los entrevistados refirieron que no compartirían celda con una persona portador del VIH/ SIDA aduciendo que le da miedo, por asco por que tiene que estar aislado por higiene.

Un setenta por ciento está conciente que tienen que acatar las medidas establecidas por sistema penitenciario. Un porcentaje bajo refirió no acatar ninguna medida. Al abordársele si le comunicarían o no a su pareja que es un portador del VIH / SIDA. Mas del ochenta por ciento esta conciente que le comunicaría a su pareja que es un portador principalmente para no infectarla y que tomen las medidas preventivas, menos del veinte por ciento no lo comunicarían. Aduciendo tener miedo y por falta de conciencia.

Al abordar las prácticas sexuales de los participantes en el estudio más del setenta por ciento iniciaron su vida sexual activa entre los doce y dieciocho años seguido por la edad después de dieciocho. Mas del ochenta por ciento de los participantes refieren haber tenido relaciones con mujeres dentro del sistema penitenciario y un porcentaje de más del diez por ciento con ambos sexos, con hombres solamente mas del cuatro por ciento.

En relación con la frecuencia de las relaciones sexuales predomino los que tienen relaciones mensuales (Visitas conyugales) seguidas los que tienen relaciones quincenales y con mas del cuatro por ciento los que tienen relaciones diarias.

Las practicas sexuales que más predominan dentro del penal son: oral /anal /vaginal con un cincuenta por ciento, la que menos predomina es la anal, oral con un Cero punto nueve por ciento, mas del setenta por ciento refieren tener una compañera o compañero sexual, seguido por un dieciséis por ciento con dos compañeras sexuales, el porcentaje más bajo es el de uno punto seis por ciento con cuatro compañeras sexuales.

Un alto porcentaje de las personas privadas de libertad no usa condón o preservativos al momento de realizar sus relaciones sexuales. Solamente un treinta por ciento usan condón al tener relaciones sexuales. La frecuencia de utilización del condón en sus relaciones sexuales predomina los que refirieron que nunca los utilizan, seguido de los que los utilizan A veces, y los que refirieron siempre utilizarlos.

Dentro del sistema penitenciario del total de los entrevistados mas del ochenta por ciento refirieron tener privacidad al momento de practicar sus relaciones sexuales, un porcentaje más del dieciocho por ciento refirieron no tienen privacidad.

En cuanto al motivo por el cual las personas privadas de libertad tenían sus relaciones sexuales dentro del penal son de forma voluntaria con mas del ochenta por ciento, lo que llama la atención es que un porcentaje bastante alto mas del doce por ciento tienen relaciones Voluntarias y de forma involuntaria (ambas formas) y un dos punto dos por ciento, tiene relaciones de forma involuntarias.

Un porcentaje bastante importante del total de los entrevistados refirió haber recibido consejería durante ha estando privado de libertad en el sistema penitenciario. Siendo más del sesenta por ciento el treinta y tres por ciento no ha recibido consejería durante este tiempo de estar privado de libertad. Con similar comportamiento con relación a las charlas recibidas con mas del sesenta por ciento de los entrevistados que refirió haber recibido charlas y mas del treinta por ciento refirieron no haber recibido las charlas.

Del total de los entrevistados más del setenta por ciento refirieron haber recibido documentos relacionados al VIH/SIDA estando privados de libertad y menos del treinta por ciento refirieron que no recibieron documentos alusivos al tema.

Durante las visitas conyugales en el sistema penitenciario mas del cuarenta y ocho por ciento han recibido condones o preservativos por parte del personal de salud, un porcentaje alto más del cincuenta por ciento refirieron que no recibieron preservativos.

X Conclusiones

En relación a las características generales de los privados de libertad, la edad más frecuente fue de 20-29 años, solteros con escolaridad secundaria en el 50% del total, ocupación comerciante: de religión católica y procedencia urbana. En los conocimientos de los privados de libertad, el 50% aproximadamente estudia en la actualidad, conocen sobre el SIDA y saben que la persona infectada puede parecer sana. De ellos la mayoría (87.20%) tienen más de un año de estar privados de libertad y no conocen sobre leyes del VIH SIDA.

Los resultados muestran que los privados identifican los grupos de riesgos, y la forma de adquirir el VIH SIDA señalando el uso de condón como la forma de evitar el SIDA.

El 46.87% de los privados de libertad dicen que darían la mano a un portador del SIDA por que no se trasmite y el 84.68% en general daría la mano; aunque el 62.50% no compartiría cubiertos y ropa de cama, señalando que son de uso personal.

La decisión a tomar si se enteran de que es portador, sería utilizar medidas de protección (141-44%); es que buscarían ayuda si se enteraran de que su pareja es portadora, igual que un 93.80% apoyaría a un familiar que resultara portador.

El 40% de los privados en estudio compartirían celdas con personas portadoras por que no se transmite y el 60% que no compartirían celdas entre otras razones lo hacen por miedo y por que no hay condiciones; así como el 70% del total acatarían medidas del personal del SPN.

Más del 80% de los privados comunicarían a su pareja que son portadores del sida para no infectarlas y que se protejan, donde la minoría no le informaría por temor a perderla.

El (74.1%) IVSA entre los 12-18 años, y han tenido relaciones sexuales el (81.6%) con mujeres en un número de una compañera en el (75.30%), con frecuencia de relación sexual mensual y quincenal (45%) con tipo de práctica oral, anal, vaginal en el (50%) del total.

El 63.40% no hace uso del condón como medio de protección, teniendo privacidad el 81.90% del total; con formas voluntarias en el 85% de las relaciones sexuales.

En las acciones educativas y de prevención, con los privados de libertad; el 66.90% (214) recibieron consejería; 209 (65.30%) recibieron charlas y 231 (72.20%) recibió documentación sobre VIH SIDA, donde el (51.90%) 166 privados no recibieron condones durante las visitas conyugales.

XI. RECOMENDACIONES

Sistema Penitenciario Nacional

Solicitar un presupuesto de acuerdo a la realidad del Sistema Penitenciario
Dar a conocer a las autoridades superiores los resultados del estudio realizado en el sistema penitenciario, para la toma de decisiones respecto a la problemática del VIH SIDA.

Elaborar un plan educativo, en conjunto con epidemiología y ONG para prevención del VIH SIDA.

Conformar un equipo de trabajo para dar seguimiento y cumplimiento al plan.

Gestionar condones con programas del ministerio de salud que atienden el área de epidemiología.

Dotar de condones a los reos durante las visitas conyugales para prevenir enfermedades de transmisión sexuales. Y el VIH SIDA.

Comisión de Derechos Humanos

Solicitar a la asamblea nacional incremento de presupuesto para los sistemas penitenciarios para programas de salud, enfocados a la prevención del VIH SIDA. y otras enfermedades de transmisión sexual.

Dar a conocer la ley 238 de protección y defensa de los derechos humanos ante el SIDA.

Población Penal

Solicitar informaron o asesoria sobre el riesgo de adquirir las enfermedades de ETS, VIH-SIDA.

Utilizar condones durante las relaciones sexuales para evitar enfermedades de transmisión sexuales.

MINSA

Coordinar con el sistema penitenciario actividades educativas, recreativas de prevención del VIH SIDA y ETS.

Realizar promoción del uso del condón

Sensibilizar a los internos sobre las leyes que existen para las personas que Viven con VIH SIDA.

Informar sobre las pruebas del VIH SIDA.

Facilitar por lo menos una vez a la semana trabajadoras sociales para impartir conserjería a los privados de libertad.

Grupos Pastorales

Impartirles charlas de abstinencia

Impartir charlas de monogamia

Promover la protección sexual sana

Sensibilizar l sobre el amor al prójimo

Elaborar un boletín informativo y educativo sobre el VIH SIDA

Crear equipo de trabajo externo y interno para que trabajen con los reos

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Z., M. Eliana. 1992 Detección laboratorial de ETS en la población encarcelada en la ciudad de Ochoabamb 1991-1992/ Laboratory detection of sexual transmissible diseases in the people in the
2. RA ,Zacarios F, Sepúlveda. Epidemiología del SIDA y la tuberculosis BOL OF Sanit Panam 1994, 116: 546-65
3. Studios Zaballos 1410 Rosario e-mail.etarosario@Hotmail.com
4. República de Nicaragua, Comisión Interamericana de Derechos Humanos. "Derecho a la Integridad". 1996.
5. Guía practica sobre la prevención del VIH/ SIDA en CEPS.
6. Estudio de casos de practica adecuada s sobre VIH/ SIDA en prisioneros América Latina.
7. Estudio situación actual VIH/ SIDA en prisioneros en México.
8. Trabajo expuesto en tercera jornada Uruguay de criminología de droga, alcohol y VIH.
9. Onusida Las Cárceles y el Sida puntos de vista del Onusida
10. España, Comisión de Drogas del Colegio de Abogados de Barcelona. Derecho a la salud también al Talego: "Jeringas en las cárceles ya". Mayo 1998.
11. Situación actual del VIH/ SIDA en prisioneros en México y readaptación social de la Secretaria de Gobernación Estrategia para el manejo de paciente con VIH/ SIDA.
12. República de Nicaragua, Ministerio de Gobernación, Dirección General Penitenciario Nacional. Normas de los Servicios Médicos Penitenciarios, Junio 2004. Pp. 50
13. CEPAL, Acuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2004 Primera parte.
14. -ENSF/ENSM-2001

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

Comisión Permanente de Derechos Humanos de Nicaragua, CPDH. Manual de Derechos Humanos IV. Copy Express, mayo 2004.

Principios básicos para el tratamiento de los reclusos. Adoptados y proclamados por la Asamblea General en su resolución 45/111, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos Ginebra, Suiza de 14 de diciembre de 1990.

Reglamento de la Ley No 473, Ley del régimen penitenciario y ejecución de la pena (LA GACETA, número 54, Miércoles 17 de Marzo del 2004)

Rubio Cebrián, Santiago. "Glosario de Economía de la Salud". Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud. España, 1995.

Dr. Juan Almendarez Peralta Informe preliminar. Ministerio de Gobernación, Fondo Mundial, Dirección Penitenciarias. Compromisos y acciones ante el SIDA Tuberculosis y Malaria Diciembre I 2004

Dra. Alicia Rivas calidad de atención en salud sistema penitenciario la esperanza 2005 (T-330).

Dr: Asdrúbal Montes Mairena, conocimientos, actitudes, practicas sobre el VIH, SIDA de los Privados de Libertad VIH (+) VIH (-), en la penitenciaria Nacional de Tamara Honduras, 1er. Semestre 2005 (T-312)

ANEXOS

Anexo 1.
Mapa de ubicación

Anexo 2.
Fotografías



Fachada principal del Sistema Penitenciario Nacional

Anexo 3

Instrumentos para colecta de datos



Conocimiento, actitudes, practicas sexuales y prevención del VIH/ SIDA en privados de libertad del sistema penitenciario Nacional de Tipitapa departamento de Managua de Enero a Diciembre.

CUESTIONRIO DIRIGIDO A PRIVADOS DE LIBERTAD

“Buenas días / tardes mi nombre es..... estudiante de Salud Publica. La razón de mi visita se debe a que estamos realizando un estudio sobre conocimientos actitudes, practicas y prevención delo VIH/ SIDA en privados de libertad dado que no existe esta información. Estas preguntas serán de mucho valor”.

Encuentra No. _____

Fecha Llenado: _____

I. SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Cuanto años cumplido tiene? _____

2. Hasta que grado o año estudio?
 - a) Analfabeto ___ b) Primaria ___ c) Secundaria ___ d) Profesional ___
 - e) Técnico Superior _____ f) Universitario ___ g) Ninguno _____

 - h) estudia actualmente-----

3. ¿Cuál era su ocupación?
 - a) Obrero ___ b) Agricultor ___ c) Comerciante ___ d) Profesional ___
 - e) Técnico ___ f) Otros (cual) _____

4. ¿Cuál es su Procedencia?
 - a) Urbano ___ b) Rural ___

5. ¿Cuál es su Estado Civil?

- a) Casado____ b) Acompañado____ c) Viudo ____
d) Soltero _____ e) Separado____ f) Divorciado_____

6. ¿Cuál es la religión que practica?

- a) Católica_____ b) Evangélica _____ c) Testigo de Jehová_____
d) Adventista_____ e) Ninguna_____ f) Otra _____

7. ¿Cuánto tiempo tiene de estar privado de libertad?

Meses----- años-----

II CONOCIMIENTOS

8. Conoce usted que es el SIDA?

- a) Si_____ b) No_____

9. ¿ Sabe usted si un apersona infectada con VIH puede parecer sana?

- a) Si____ b) No_____

10. Que grupo de personas están en riesgos de enfermarse de VIH SIDA?

- a) homosexuales_____
b) Bisexuales _____
c) Heterosexuales_____
d) Todas las anteriores
e) Ninguna

11. Como cree usted que se adquiere el VIH/SIDA

- a) Por un beso_____
b) Relaciones Sexuales_____
c) Agujas de inyectar_____
d) Por tatuaje_____
e) Transfusión de sangre_____
f) B,C,D,E _____

12. Conoce usted como podemos evitar el VIH/ SIDA?

13 Existen Leyes que protejan a las personas con VIH/ SIDA?

a) Si _____ b) No _____ c) No sabe

III Actitudes

14. Daría la mano a una Persona que padece de VIH/ SIDA

Si _____ No _____ Por que? _____

15. Compartiría cubiertos y ropa de cama con personas viviendo con VIH/ SIDA

Si _____ No _____ Porque? _____

16. ¿ Que haría usted si resultara infectado con el VIH SIDA?

17. Que haría usted si su pareja padece de SIDA?

18. Que haría usted si un miembro de su familia resulta infectado con VIH/SIDA? _____

19. Aceptaría compartir la celda con un reo con VIH SIDA : SI _____, NO _____,
PORQUE : _____

20. ¿ Si usted estuviera infectado con el VIH SIDA acataría las medidas establecidas por el Sistema Penitenciario?

a) Si _____

b) No _____

c) No sabe _____

21. Si usted tuviera infectado con el VIH SIDA se lo comunicaría a su pareja?
Si _____ No _____ Por que? _____

IV. PRACTICAS SEXUALES

22. A que edad inicio su vida sexual activa?

> ---- 12 _____

12----18 _____

>-----18 _____

23. Ha tenido usted dentro del penal relaciones sexuales con?

a) Hombre _____

b) Mujer _____

c) Ambos _____

d) Ninguno _____

24. Con que frecuencia tiene relaciones sexuales?

a) Diario _____

b) Quincenal _____

c) Cuando hay visita conyugal _____

d) Semanal _____

e) Mensual _____

f) Nunca _____

25. Cuales de la prácticas sexuales realiza actualmente?

a) Anal _____ b) Vaginal _____ c) oral _____ d) anal y oral _____ e)

Vaginal y oral _____ f) Vaginal y anal _____ g) oral, anal y vaginal _____

26. Cuantas compañeras sexuales (os) tiene?

a) 1 _____

b) 2 _____

c) 3 _____

d) 4 _____

e) mas de cuatro _____

27. Usa Condón cuando tiene relaciones sexuales?

a) si _____

b) No _____

28. Con que frecuencia usa condón cuando tiene relaciones sexuales?

a) a veces _____

b) nunca _____

c) siempre _____

29. Existe privacidad cuando tiene relaciones sexuales?

a) Si _____

b) No _____

30. Cuando tiene relaciones sexuales las hace?

a) de forma voluntaria _____

b) involuntaria _____

c) de ambas formas _____

Prevención

31. Alguna vez le han dado conserjería sobre el VIH en el tiempo que han estado privados de libertad?

a) Si _____

b) No _____

32. El personal del Sistema penitenciario les da charlas sobre el VIH SIDA?

a) si _____

b) no _____

33. Les han entregado documentos con el tema VIH SIDA, S.P.N?

a) si _____

b) no _____

34. El Sistema Penitenciario les entrega condón cuando tienen visita conyugales?

a) si _____

b) no _____

Nombre del Supervisor y Fecha _____

Anexo 4
Operacionalización de Variables

Objetivo No. 1 Identificar las características de los privados de libertad.

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Edad	Años de vida desde el nacimiento hasta el día de la entrevista.	Años referidos por el entrevistado	Nominal	Menor de 20 años 20-29 años 30-39 años 40-49 años 50 y más
Nivel escolar	Nivel académico alcanzado por el encuestado al momento de la entrevista.	Nivel escolar referido por el encuestado.	Ordinal	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico medio Técnico superior Universitario.
Ocupación	Actividad productiva o de servicio que usualmente realizaba el entrevistado.	Actividad productiva referida por el entrevistado.	Nominal.	Obrero Agricultor Comerciante Profesional Técnico O tros
procedencia	División política administrativa en la que habita el entrevistado al ser entrevistado	Lugar de residencia referida por el entrevistado	Nominal	Urbano Rural
Estado civil	Condición conyugal ante la sociedad en el momento de la entrevista,	Estado conyugal Referido por el entrevistado.	Nominal	Casado Acompañado Viudo Soltero Separado Divorciado
Religión	Credo expresado por el entrevistado	Credo referido por el entrevistado	Nominal	Católico Evangélica Testigo de Jehová Adventista Ninguna Otra
Tiempo de estar en prisión	Es el tiempo que el entrevistado ha permanecido privado de libertad.	Tiempo de estar privado de libertad referido por el entrevistado.	Nominal.	6 Meses. Mas de 1 año.

Objetivo No. 2 Identificar las conocimientos sobre el VIH SIDA en los privados de Libertad.

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Conocimiento del Sida.	Grado de conocimiento sobre el tema del VIH/SIDA	Información sobre el VIH/SIDA que domina el entrevistado.	Nominal	Si. No.
Una persona enferma con VIH. Puede parecer Sana	Conocimiento de los signos clínicos de la enfermedad.	Diferencia de los signos presentados por las personas portadores que tienen los entrevistados.	Nominal	Si. No.
Grupo de riesgos.	Personas que por sus comportamiento social son vulnerables a padecer del VIH.	Grupos sociales identificados por los entrevistados .	Nominal	a.-homosexual b.-Bisexuales c.-Heterosexual d.-Todas las anteriores e.-Ninguna
Formas de adquirir el SIDA.	Diversos mecanismos a través de los cuales las personas pueden contraer la enfermedad.	Diversas formas de transmisión de la enfermedad expresada por los entrevistados.	Nominal	a.-Por un beso b.-Relaciones Sexuales c.-Agujas de inyectar d.-Por tatuaje e.-Transfusión de sangre f.-B,C,D,E
Formas de evitar el SIDA.	Diversos mecanismos a través de los cuales las personas pueden evitar la enfermedad.	Diversas formas de prevenir la enfermedad expresada por los entrevistados.	Nominal	
Leyes que protejan a las personas enfermas con VIH.	Leyes vigentes en el país ,que garantizan un estado de derecho a las personas , la familia y a sociedad.	Existencia de leyes a favor de las personas enfermas con el VIH. Expresadas por los entrevistados.	Nominal	Si. No. No sabe.

Objetivo No.3 Conocer las actitudes de los privados de libertad.

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Saludar dándole la mano a un portador	Reconocer que el tener contacto con las manos de una persona portador del VIH te pueda contagiar.	Dar la mano a una persona enferma con VIH. puede o no contagiarte referido por los entrevistados.	Nominal	Si. No. Por que.
Compartir objetos personales con una persona portador.	Reconocer que el compartir objetos personales con una persona portador del VIH te pueda contagiar.	Compartir enceres personales con una persona enferma con VIH. puede o no contagiarte referido por los entrevistados.	Nominal	Si. No. Por que.
Decisión a tomar si se da cuenta que padece de VIH/SIDA.	Decisión que tomarían las personas al darse cuenta que es portador del VIH.	Decisión a tomar referida por los entrevistados.	Nominal	
Decisión a tomar si se da cuenta que su pareja padece de VIH/SIDA.	Decisión que tomarían las personas al darse cuenta que su pareja es portador del VIH.	Decisión a tomar referida por los entrevistados.	Nominal	
Decisión a tomar si se da cuenta que un miembro de su familia padece de VIH/SIDA.	Decisión que tomarían las personas al darse cuenta que un miembro de su familia es portador del VIH.	Decisión a tomar referida por los entrevistados.	Nominal	
Acepta compartir celda con un portador.	Reconocer que el compartir Celda con una persona portador del VIH te pueda contagiar.	Compartir celda con una persona enferma con VIH. puede o no contagiarte referido por los entrevistados.	Nominal	Si. No. Por que.
Actitud	Nominal			

Objetivo No.4 Determinar las Prácticas sexuales de los privados de liberta.

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Inicio de vida sexual activa	Edad que inicia su primer relación sexual	Edad a la que el entrevistado refiere haber tenido su primera relación sexual	Nominal	< 15 Anos 16- 20 Anos 21-24 Anos 25-29 30 a mas
Parejas sexuales	Numero de compañeras(os) Con las que tiene relaciones sexuales los entrevistados.	Numero de personas referidas por el entrevistado como parejas.	Nominal	1 2 3 4
Frecuencia de las relaciones sexuales.	Tiempo trascurrido en las relaciones sexual practicadas por los entrevistados.	Tiempo referido por el entrevistado de sus practicas sexuales.	Ordinal.	Diario Semanal Quincenal Mensual visita conyugal.
Practicas sexuales	Forma de realización de las relaciones sexuales.	Tipo de relaciones sexuales referidas por el entrevistado.	Nominal	Anal Oral Vaginal Las tres Vaginal oral Oral anal
Preferencia sexual.	Afinidad por genero hacia las personas para realizar practicas sexuales.	Genero de mayor afinidad referido por el entrevistado.	Nominal.	Hombre Mujer Ambos
Uso de preservativo	Uso de método de protección al momento de tener relaciones sexuales.	Frecuencia de uso de preservativo referido por el entrevistado.	Ordinal	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca Nunca
Motivación para tener relaciones	Impulso emocional para realizar relaciones Sexuales.	Razón del entrevistado que lo motiva a realizar relaciones sexuales.	Nominal.	Satisfacción Deseo Exigencia Amor
Privacidad al tener practica sexuales.	Condiciones presentes en el lugar donde realizan sus relaciones sexuales.	Las condiciones referidas por el entrevistado.	Nominal	SI NO

Objetivo No. 5 Identificar las acciones de prevención del VIH-SIDA
Desarrolladas por los individuos y la institución en sistema Penitenciario Nacional.

Variable	Definición Operacional	Indicador	Escala	Valor
Conserjería	Transmisión de conocimientos de manera individual a las personas privadas de libertad en relación al VIH-SIDA.	Información referida por el entrevistado si recibió o no conserjería.	Nominal	Si no
Charlas educativas.	Transmisión de conocimientos a las personas privadas de libertad en relación al VIH-SIDA	Información referida por el entrevistado si recibió o no charla educativas.	Nominal	Si no
Entrega de Documentos	Información escrita sobre el tema del VIH-SIDA.	Información referida por el entrevistado.	Ordinal	Si no
Entrega de condones	Entrega de métodos de protección como alternativa para evitar las enfermedades de transmisión sexual.	Información referida por el entrevistado.	Ordinal	Si no

Anexo 5
Tablas y Gráficos de Resultados

**Tabla 1 Grupo de edades de las personas privadas de libertad del SPN Tipitapa
Enero – Diciembre 2005.**

Edad	Casos	
	Número	Porcentaje
< de 20 años	9	2.8
20-29 años	126	38.4
30-39 años	98	30.6
40-49 años	70	21.9
50 mas	17	5.3
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 2 Escolaridad de las personas privadas de libertad del SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Escolaridad	Casos	
	Número	Porcentaje
Analfabeta	19	5.9
Primaria	54	17.
Secundaria	160	50
Técnico Medio	20	6.2
Tec.Superior	15	4.7
Universitario.	52	16.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 3 Realización de Estudios en la actualidad de las Personas privadas de libertad del.
SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Estudia en la actualidad.	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	156	48.8
No	164	51.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 4 Ocupación de las personas privadas de libertad del SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Ocupación	Casos	
	Número	Porcentaje
Obrero	82	25.6
Agricultor	27	8.5
Comerciante	107	33.5
Profesional	38	11.8
Técnico	41	12.8
Otros	25	7.8
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 5 Procedencia de las personas privadas de libertad del SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Procedencia.	Casos	
	Número	Porcentaje
Urbana	233	72.8
Rural	87	27.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA

**Tabla 6 Estado Civil de las personas privadas de libertad del
SPN Enero – Diciembre 2005.**

Estado Civil	Casos	
	Número	Porcentaje
Casado	89	27.8
Acompañado	93	29.1
Viudo	3	0.9
Soltero	116	36.2
Separado	12	3.8
Divorciado	7	2.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 7 Religión de las personas privadas de libertad del SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Religión	Casos	
	Número	Porcentaje
Católica	141	44
Evangélica	106	33.1
Tes. de Jehová	9	2.8
Adventista	9	2.8
Otras	4	1.3
Ninguna.	51	16
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 8 Tiempo de estar privadas de libertad SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Tiempo de estar privado	Casos	
	Número	Porcentaje
Menos 1 año	41	12.8
Mas de 1 año	279	87.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 9 Conocimientos sobre el SIDA de las personas privadas de libertad SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Conocimientos sobre el SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	277	86.5
No	43	13.5
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 10 Conocimientos sobre el SIDA de las personas privadas de libertad SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Una persona infectada con el VIH puede parecer sana	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	227	70.9
No	44	13.8
No sabe	49	15.3
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 11 Conocimientos de las personas privadas de los grupos en Riesgo de contraer VIH /SIDA SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Grupo en riesgo de enfermarse.	Casos	
	Número	Porcentaje
Bisexual	10	3.1
Hetero sexual	7	2.2
Homo sexual	58	18.2
Todas las anteriores.	238	74.3
Ninguna	7	2.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

**Tabla 12 Conocimientos de las personas privadas de La forma de contraer VIH /SIDA SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Formas de adquirir el VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
Por un beso	6	1.8
Relaciones sexuales	57	7.8
Agujas de inyectar	7	2.2
Por tatuaje	11	3.4
Transfusión de sangre	11	3.4
B C D E		71.4
	228	
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

Tabla 13 Conocimientos de las personas privadas de La forma de evitar el VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Formas de evitar el VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
Abstinencia	14	4.38
Fidelidad	36	11.25
Uso de condón	213	66.56
No transfusión sanguínea	2	0.63
No tatuaje	9	2.88
No sabe	8	2.5
No besándose	1	0.31
No uso de agujas	4	1.25
Dos o más formas	33	10.31
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA

Tabla 14 Conocimientos de las personas privadas sobre la existencia de leyes que protegen a las personas con VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Conocimiento de las leyes del VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
No	30	9.4
Si	191	59.7
No sabe	99	39.9
Total	320	100

Fuente: Entrevista a de estudio VIH/SIDA.

Tabla 15 Daría la mano una personas privadas a un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Dar la mano a una persona portador del VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
No	49	15.3
Si	271	84.7
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH/SIDA.

Tabla 16 Razón por lo cual le daría la mano una personas privadas a un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Porque daría la mano.	Casos	
	Número	Porcentaje
Es un ser humano	70	25.8
No se transmite	150	55.4
No hay riesgo	51	18.8
Total	271	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH /SIDA

Tabla 17 Razón por lo cual no le daría la mano una personas privadas a un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Por que no darías la mano no?	Casos	
	Número	Porcentaje
Asco	15	30.6
Desconocimiento	15	30.6
Por miedo	9	16.4
Por Insensibilidad	10	20.4
Total	49	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 18 Compartiría enceres personales una personas privadas con un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Compartiría cubiertos y ropa de cama	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	120	37.5
No	200	62.5
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 19 Razón por lo cual compartiría enceres personales con una persona privadas con un portador del VIH /SIDA de los SPN Enero – Diciembre 2005.

Porque Compartiría cubiertos y ropa de cama	Casos	
	Número	Porcentaje
No se transmite	70	58.3
Por ayudarle	30	25
Por que es un ser humano	20	16.7
Total	120	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 20 Razón por lo cual no compartiría enceres personales una Personas privadas con un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Porque no Compartiría cubiertos y ropa de cama	Casos	
	Número	Porcentaje
Por ser cosas personales	120	60
Por asco	50	25
Por miedo a infectarse	20	10
Por precaución	10	5
Total	200	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 21 Decisión que tomarían las personas privadas de libertad al darse cuenta que es un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Decisión a tomar si se enterara que es portador del VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
Matarse	7	2.1
Buscar ayuda	70	21.9
Irse lejos	4	1.2
No sabe	25	7.9
Utilizar medidas de prevención	141	44
Quedarse callado	12	3.8
Conformarse	15	4.7
Ocultarlo	10	3.1
Buscar tratamiento	25	7.9
Deprimirse	11	3.4
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

**Tabla 22 Decisión que tomarían las personas privadas de libertad al darse cuenta que su pareja es portador del VIH /SIDA
SPN Enero – Diciembre 2005.**

Decisión a tomar si se enterara que su pareja es portador del VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
La apoyo	70	21.8
Le busco ayuda	100	31.2
La dejaría	33	10.3
La mataría	7	2.2
La corro	10	3.2
La hospitalizo	30	9.4
Abstinencia con ella	35	10.9
La aisló	25	7.8
La pongo en tratamiento	10	3.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 23 Decisión que tomarían las personas privadas de libertad al darse cuenta que un miembro de su familia es portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Decisión a tomar si se enterara que un familiar es portador del VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
Rechazarlos	20	12.8
Apoyarlos	300	87.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 24 Compartiría celda una personas privadas de libertad con un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Compartiría Celda con un portador del VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	129	40.3
No	191	59.7
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

tabla 25 Razón por lo cual compartiría celda una personas privadas de Libertad con un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Porque Compartiría Celda.	Casos	
	Número	Porcentaje
No se transmite	80	62
Por que necesita apoyo	19	14.8
Por que es un ser humano	30	23.2
Total	129	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 26 Razón por lo cual no compartiría celda una personas privadas de Libertad con un portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Porque no Compartiría Celda.	Casos	
	Número	Porcentaje
Por riesgo a infectarse	7	3.7
Por miedo	66	34.6
Por tenerle asco	13	6.8
Por precaución	14	7.3
Cualquier venganza	7	3.7
No hay condiciones	40	21
Por higiene	24	12.5
Porque tienen que aislarlos	20	10.4
Total	191	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 27 Acatarían las medidas establecidas por el personal del sistema penitenciario las personas privadas de libertad al darse cuenta que son portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Acatarían las medidas del personal del Sistema Penitenciario Nacional.	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	226	70.6
No	30	9.4
No sabe	64	20
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 28 Decisión que tomarían las personas privadas de libertad en comunicarle a su pareja al darse cuenta que es portador del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Le comunicaría a su pareja que es portador del VIH/SIDA	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	262	81.9
no	58	18.1
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 29 Razón por la cual le comunicarían a sus parejas las personas privadas de Libertad que son portadores del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005

Porque le comunicaría a su pareja.	Casos	
	Número	Porcentaje
Para que se proteja	62	23.7
Para que se entere	40	15.2
Para no infectarla	80	30.5
Para que lo apoyen	35	13.3
Por amor	10	3.8
Por conciencia	20	7.7
Para que se realice el examen	15	5.8
Total	262	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 30 Razón por la cual no le comunicarían a sus parejas las Personas Privadas de Libertad que son portadores del VIH /SIDA SPN Enero – Diciembre 2005.

Porque no le comunicaría a su pareja.	Casos	
	Número	Porcentaje
Lo abandonan	12	20.7
Lo discriminaran	15	25.8
Miedo a perderla	20	34.4
Creerá que soy infiel	6	10.3
No tendrá mas relaciones sexuales	5	8.8
Total	58	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

**Tabla 31 Edad a la cual realizaron su primeras relaciones sexuales las personas privadas de libertad SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Inicio de vida sexual	Casos	
	Número	Porcentaje
Antes de los 12 años	9	2.8
De 12-18 años	237	74.1
Después de 18 años	74	23.1
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

**Tabla 32 Con quienes han tenido Realizaciones sexuales dentro del penal las personas privadas de libertad. SPN
Enero – Diciembre 2005.**

Con quienes ha tenido relaciones sexuales	Casos	
	Número	Porcentaje
Hombres	13	4.1
Mujeres	261	81.5
Ambos	33	10.3
Ninguno	13	4.1
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 33 Con que frecuencia han tenido Realizaciones sexuales dentro del penal las personas privadas de libertad SPN Enero – Diciembre 2005.

Frecuencia de las relaciones sexual	Casos	
	Número	Porcentaje
Diario	14	4.4
Mensual(conyugal)	141	44.1
Quincenal	132	41.2
Semanal	26	8.1
Nunca.	7	2.2
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 34 Prácticas sexuales que realizan dentro del penal las personas privadas de libertad SPN Enero – Diciembre 2005.

Tipo de practicas sexuales	Casos	
	Número	Porcentaje
Anal	3	0.9
Oral	3	0.9
Oral – Anal	12	3.8
Oral – Anal –Vaginal	160	50
Vaginal	106	33.1
Vaginal – anal	8	2.5
Vaginal - oral	28	8.8
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 35 Número de compañeras sexuales de las personas privadas de libertad SPN Enero – Diciembre 2005.

Numero de compañeras(o)	Casos	
	Número	Porcentaje
1	241	75.3
2	52	16.2
3	14	4.4
4	5	1.6
mas de 4	8	2.5
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 36 Uso de condón al tener relaciones sexuales de las personas privadas de libertad SPN Enero – Diciembre 2005.

Uso de condón	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	117	36.6
No	203	63.4
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 37 Frecuencia del Uso de condón al tener relaciones sexuales de las personas privadas de libertad SPN Enero – Diciembre 2005.

Frecuencia del Uso de condón	Casos	
	Número	Porcentaje
A veces	62	19.37
Siempre	55	17.19
Nunca	203	63.44
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 38 Privacidad al tener relaciones sexuales las personas privadas de libertad SPN Enero – Diciembre 2005.

Privacidad en las relaciones	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	262	81.9
No	58	18.1
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 39 Voluntariedad al tener relaciones sexuales las personas privadas de libertad SPN Enero – Diciembre 2005.

Voluntariedad de las relaciones.	Casos	
	Número	Porcentaje
Involuntarias	7	2.2
Voluntarias	272	85
Ambas formas	41	12.8
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 40 Han recibido consejería durante este tiempo que han estado privados de libertad personas participantes del estudio

SPN Enero – Diciembre 2005.

Recibió consejería.	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	214	66.9
No	106	33.1
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 41 Han recibido charlas durante este tiempo durante han estado privados de libertad.

SPN

Enero – Diciembre 2005.

Recibió Charlas	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	209	65.3
No	111	34.7
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 42 Han recibido documentos durante este tiempo que han estado privados de libertad

SPN

Enero – Diciembre 2005.

Recibió Documentos	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	231	72.2
No	89	27.8
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

Tabla 43 Han recibido condones en las visitas conyugales durante este tiempo que han Estado privados de liberta SPN

Enero – Diciembre 2005.

Recibió Condones en visitas conyugales	Casos	
	Número	Porcentaje
Si	154	48.1
No	166	51.9
Total	320	100

Fuente: Entrevista de estudio VIH SIDA

GRAFICO 1

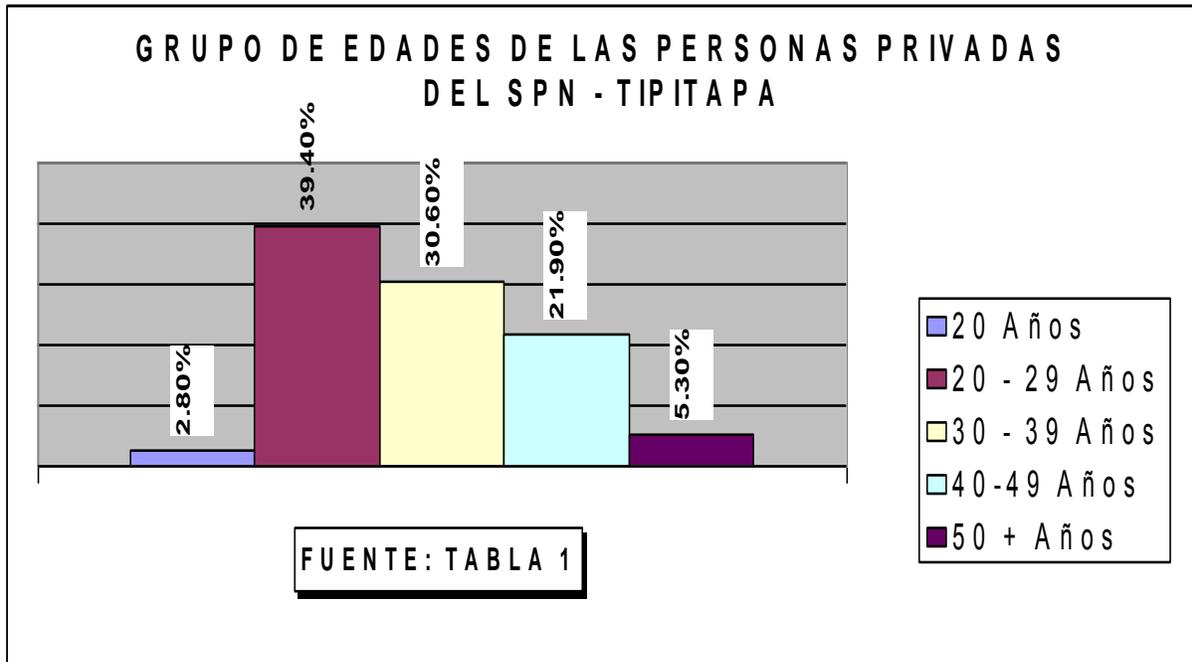


GRAFICO 2

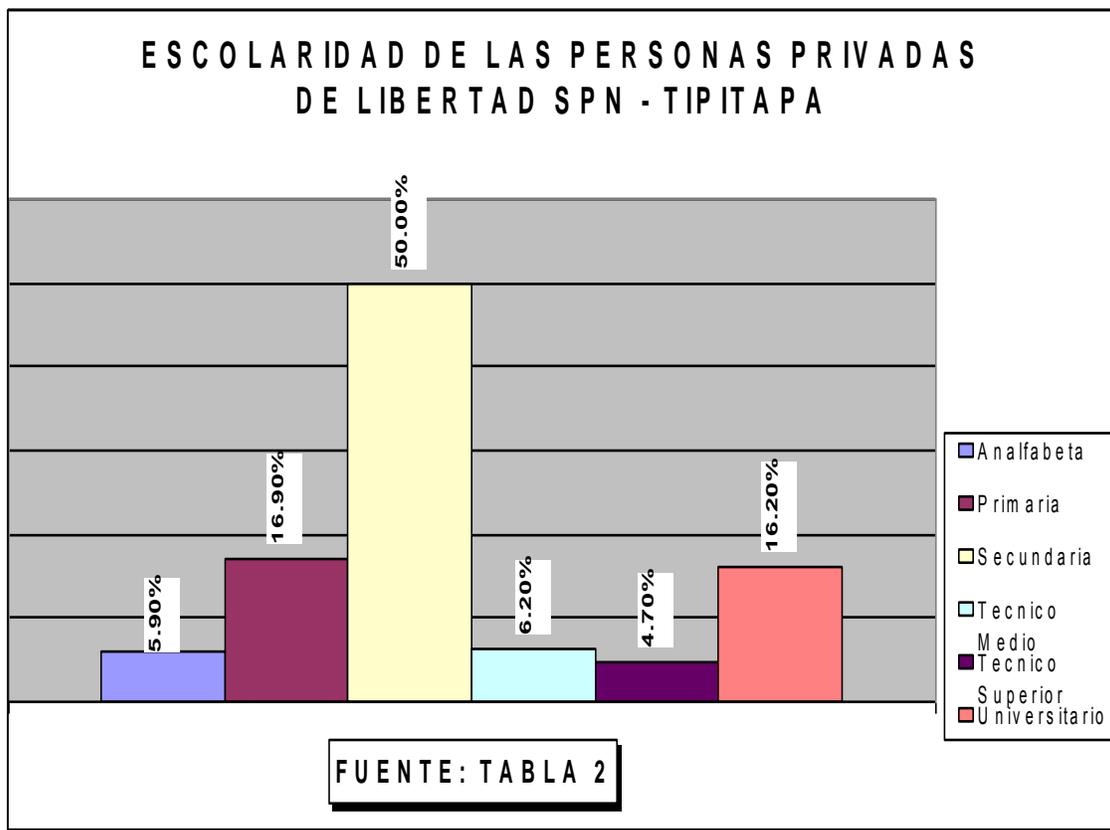


GRAFICO 3

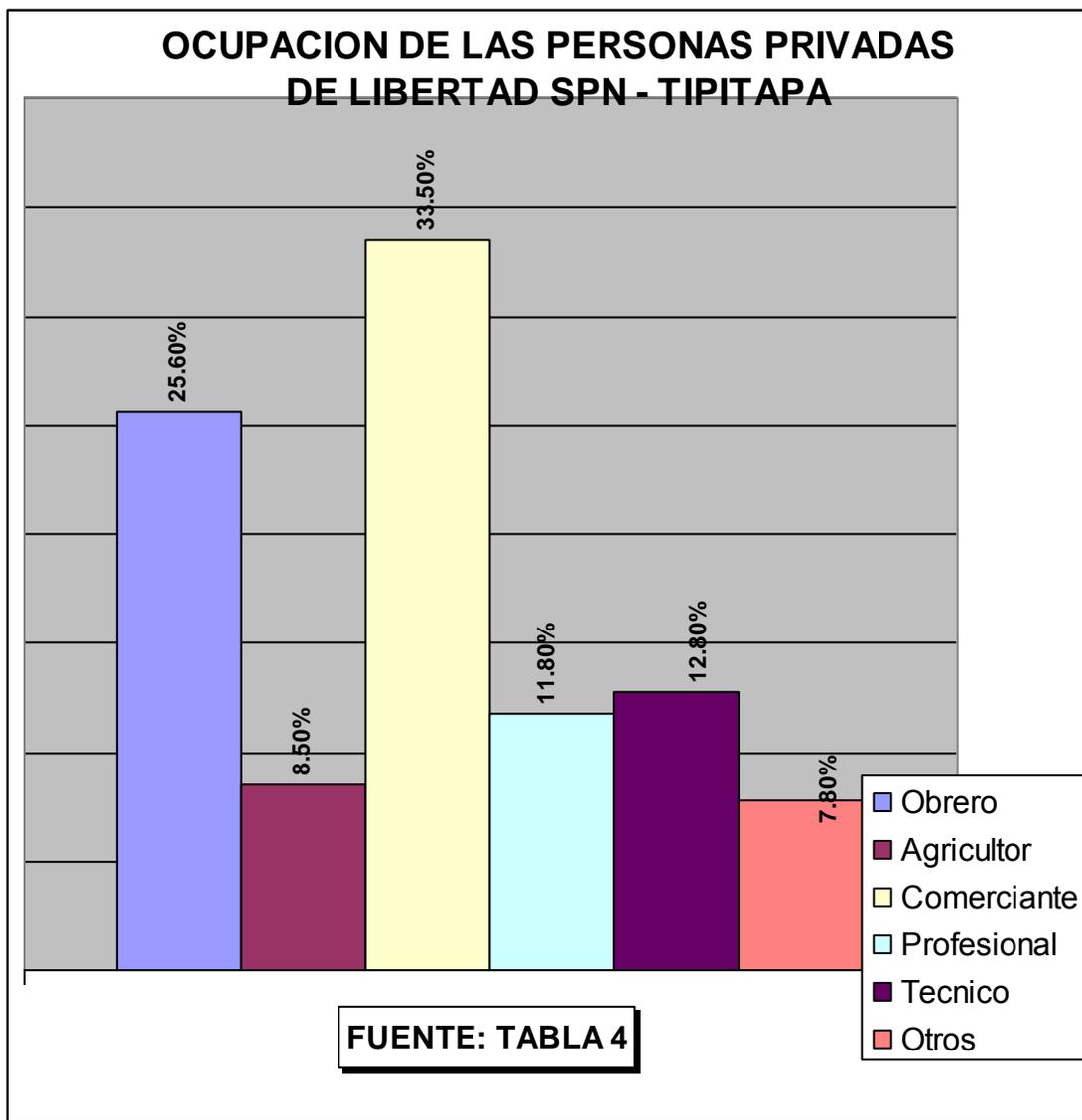


GRAFICO 4

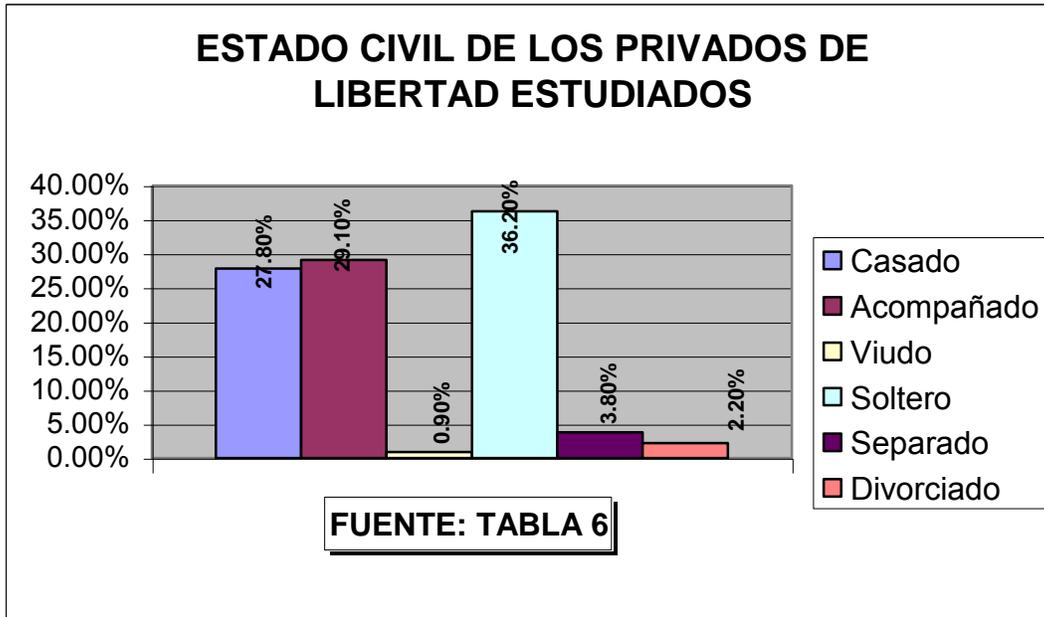


GRAFICO 5

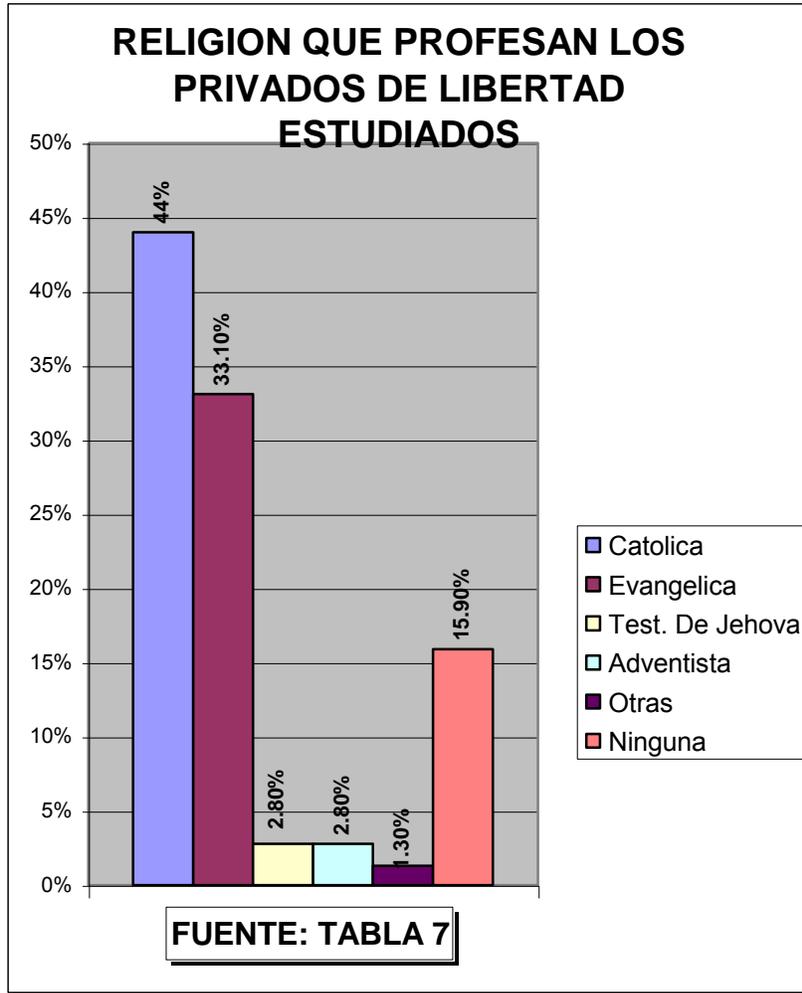
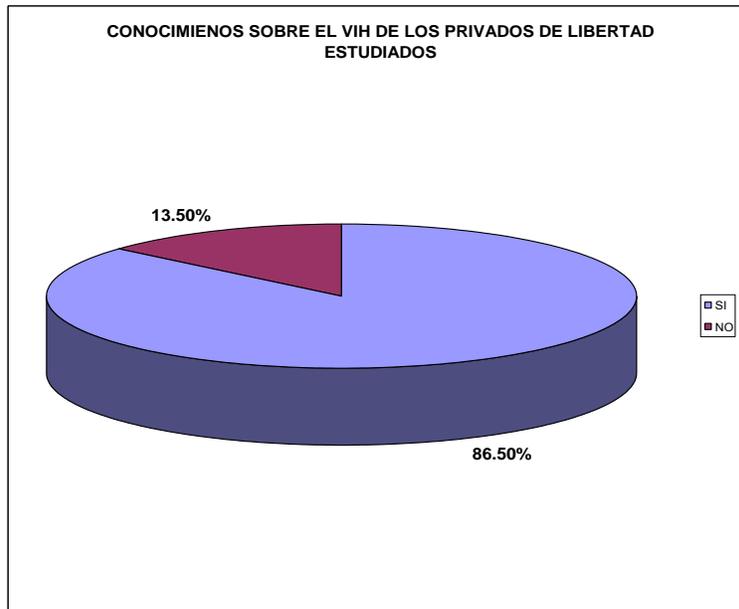


GRAFICO 6



FUENTE: TABLA 9

GRAFICO 7



GRAFICO 8

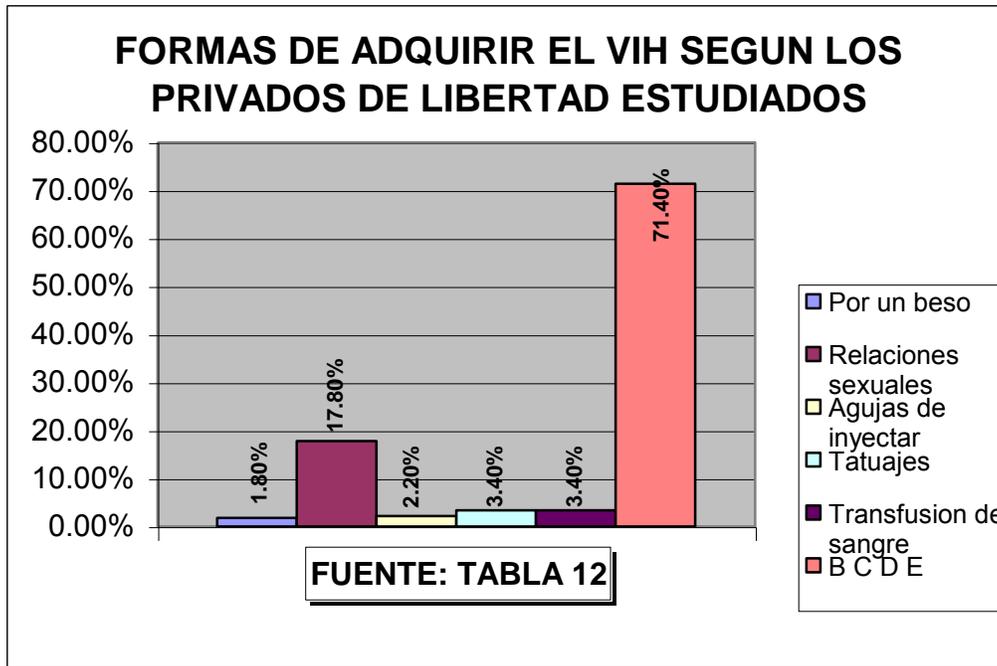


GRAFICO 9

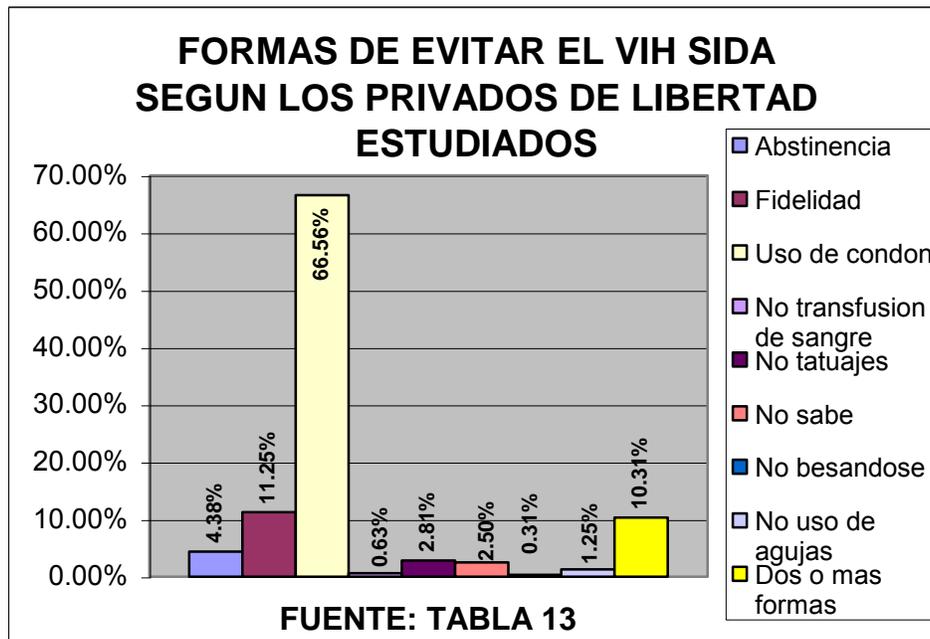


GRAFICO 10



FUENTE: TABLA 18

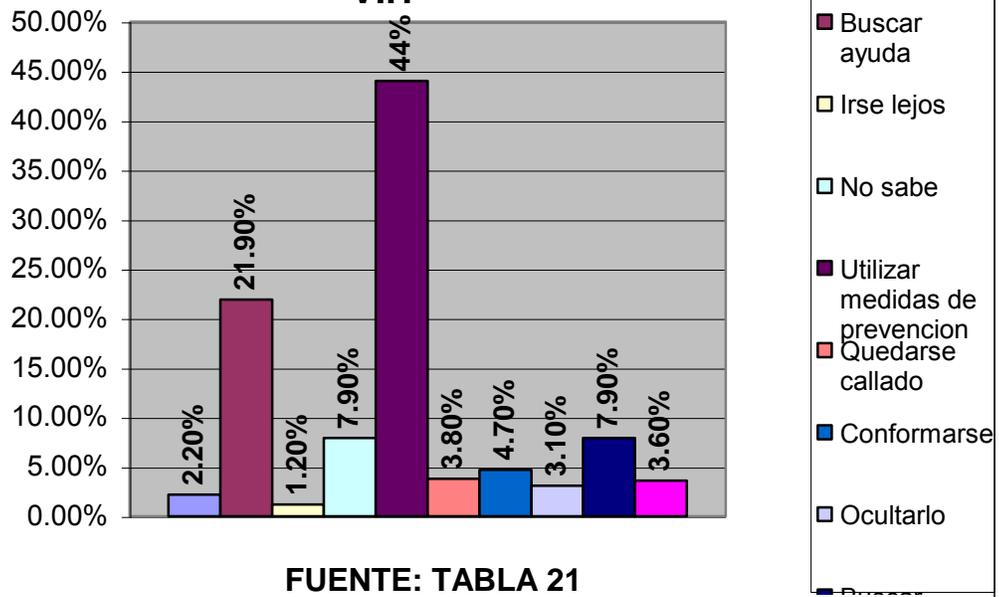
GRAFICO 11



FUENTE: TABLA 20

GRAFICO 12

DECISION QUE TOMERIAN LOS PRIVADOS DE LIBERTAD AL SER UN PORTADOR DEL VIH



FUENTE: TABLA 21

GRAFICA 13

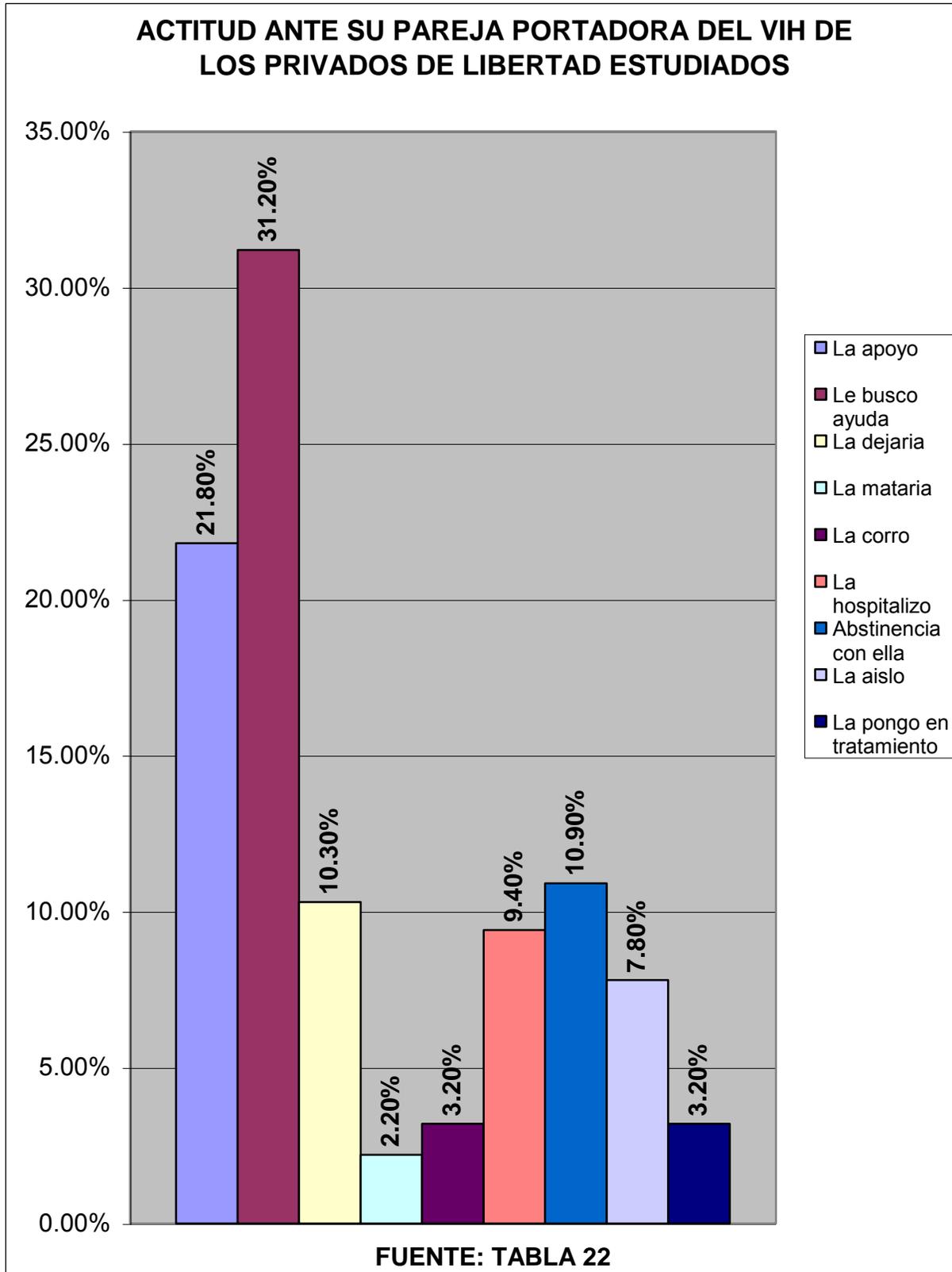
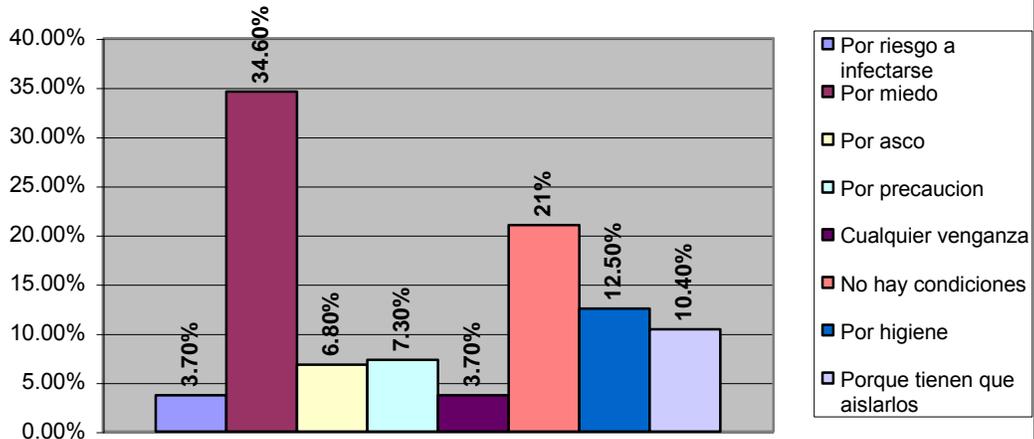


GRAFICO 14

ACTITUD NEGATIVA DE LOS PRIVADOS DE LIBERTAD ESTUDIADOS AL COMPARTIR CELDA CON UN PORTADOR DEL VIH



FUENTE: TABLA 26

GRAFICO 15

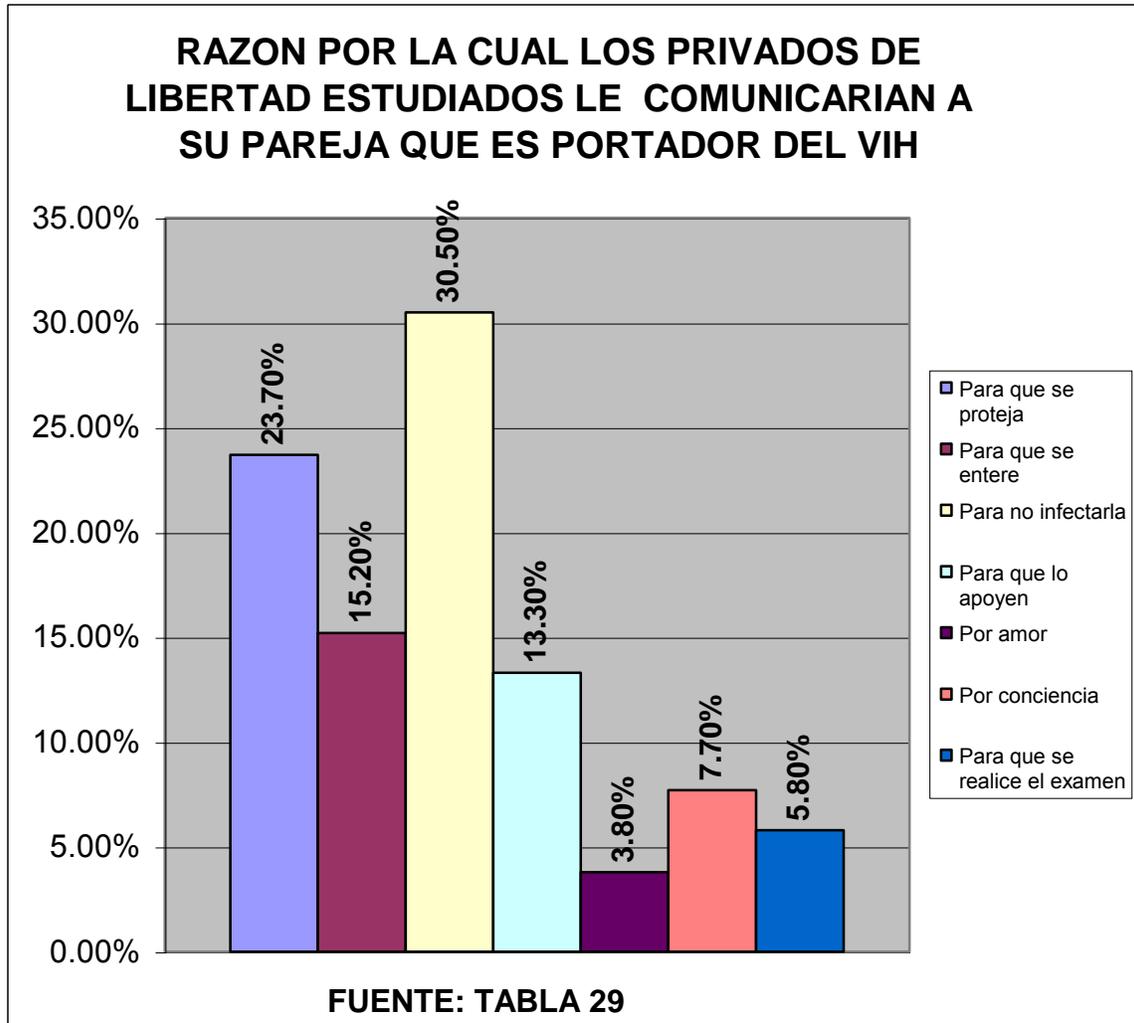
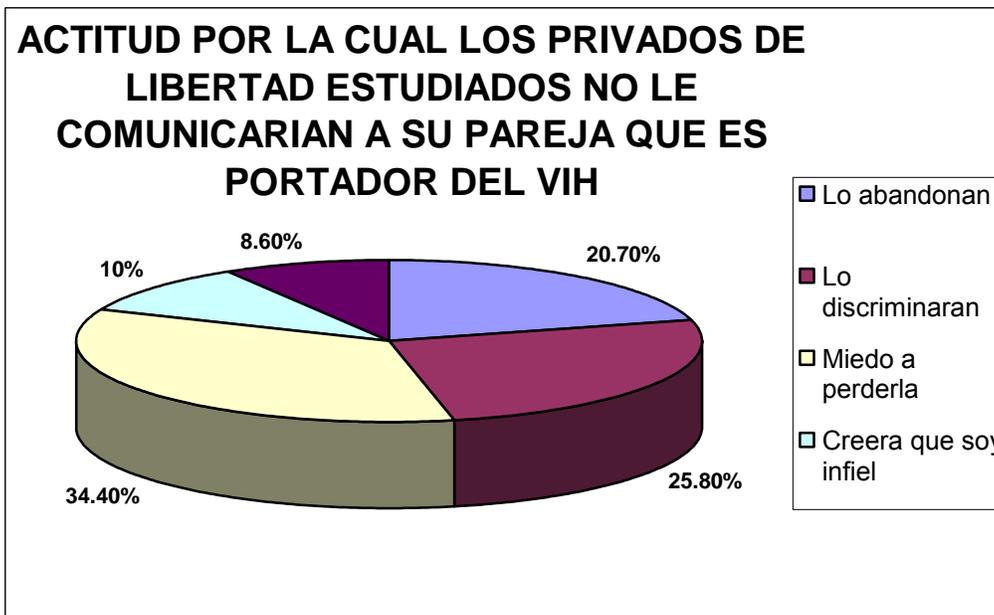


GRAFICO 16



FUENTE: TABLA 30

GRAFICO 17



FUENTE: TABLA 32

GRAFICO 18

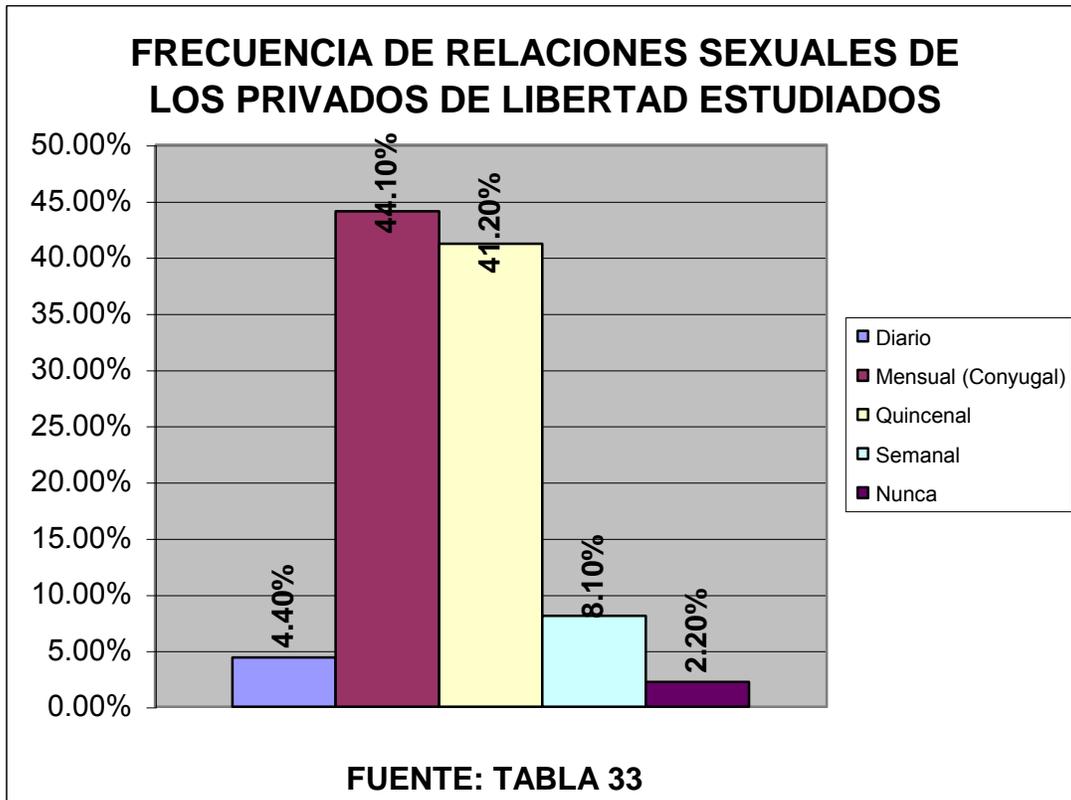


GRAFICO 19

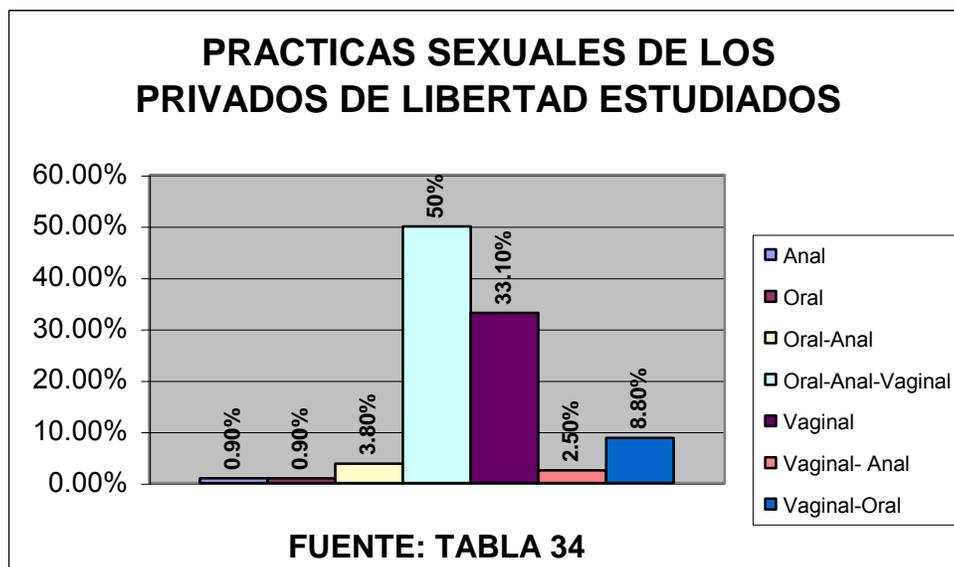
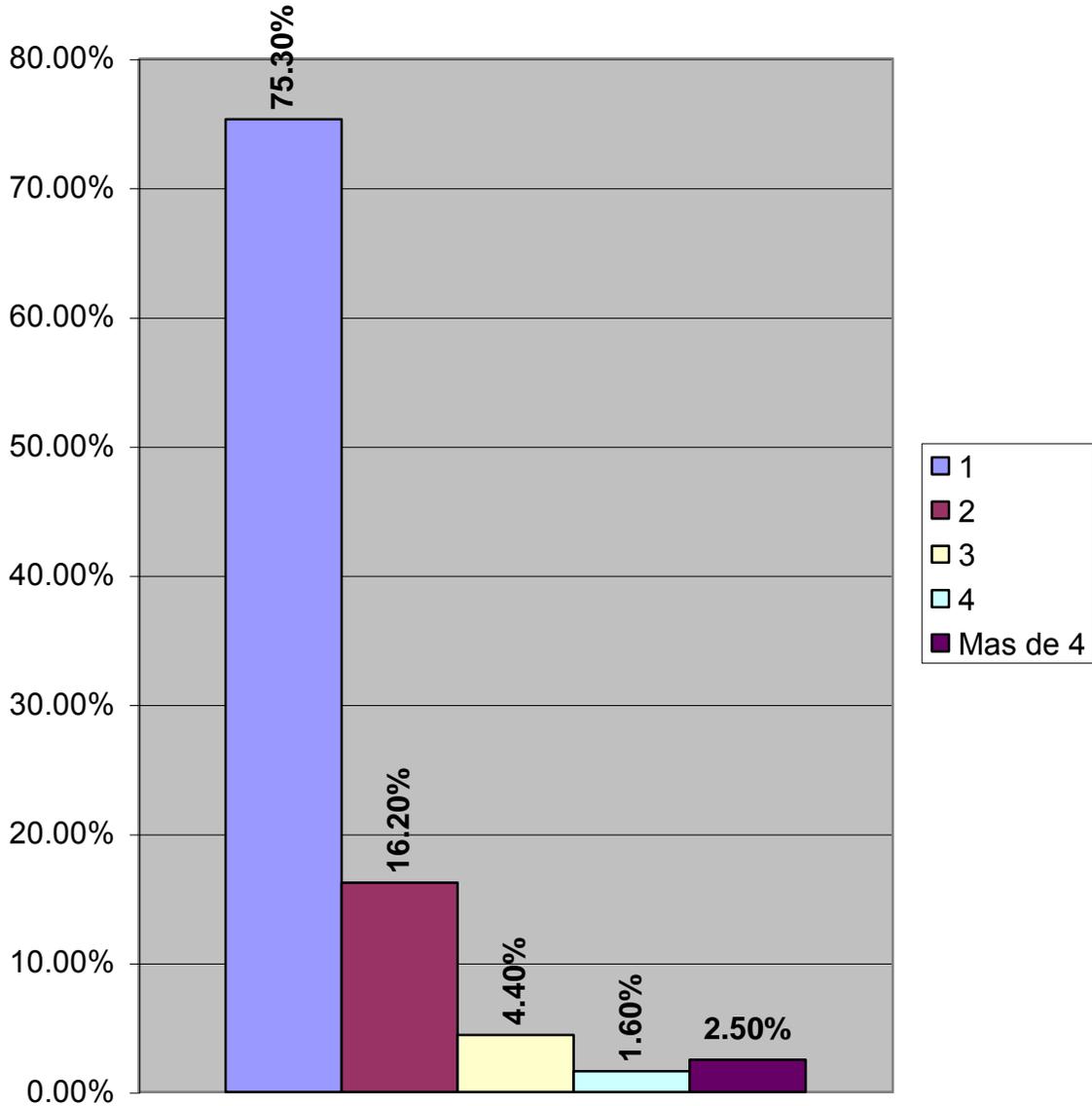


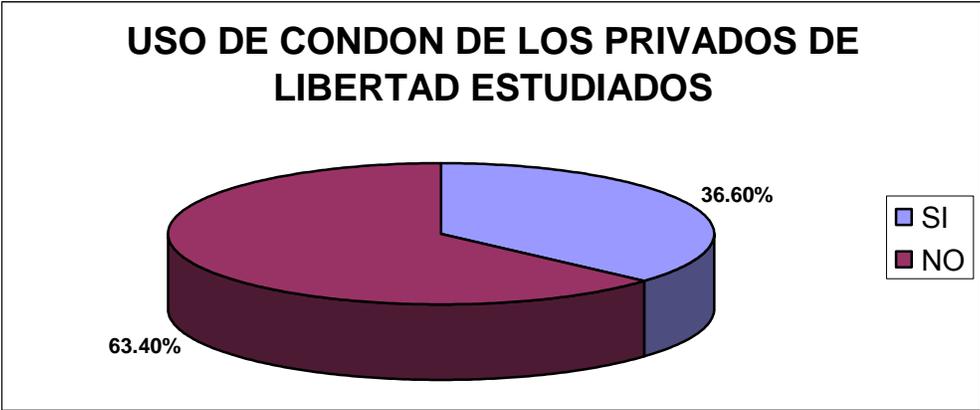
GRAFICO 20

NUMERO DE COMPAÑERAS SEXUALES DE LOS PRIVADOS DE LIBERTAD ESTUDIADOS



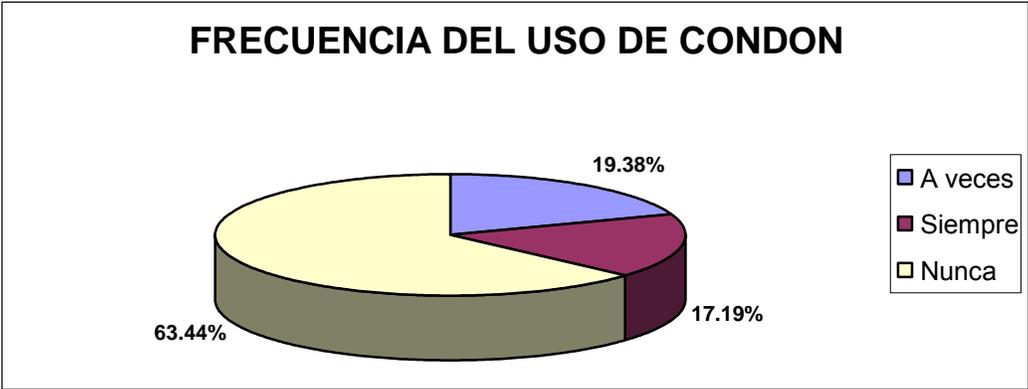
FUENTE: TABLA 35

GRAFICO 21



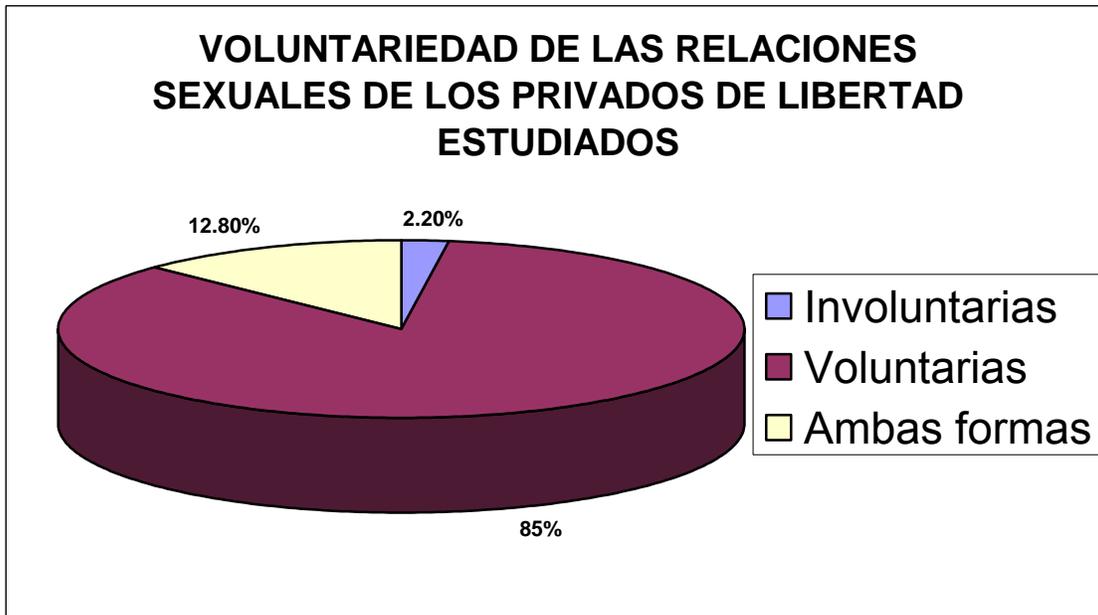
FUENTE: TABLA 36

GRAFICO 22



FUENTE: TABLA 37

GRAFICO 23



FUENTE: TABLA 39

GRAFICO 24



FUENTE: TABLA 40

GRAFICO 25



FUENTE: TABLA 41

GRAFICO 26

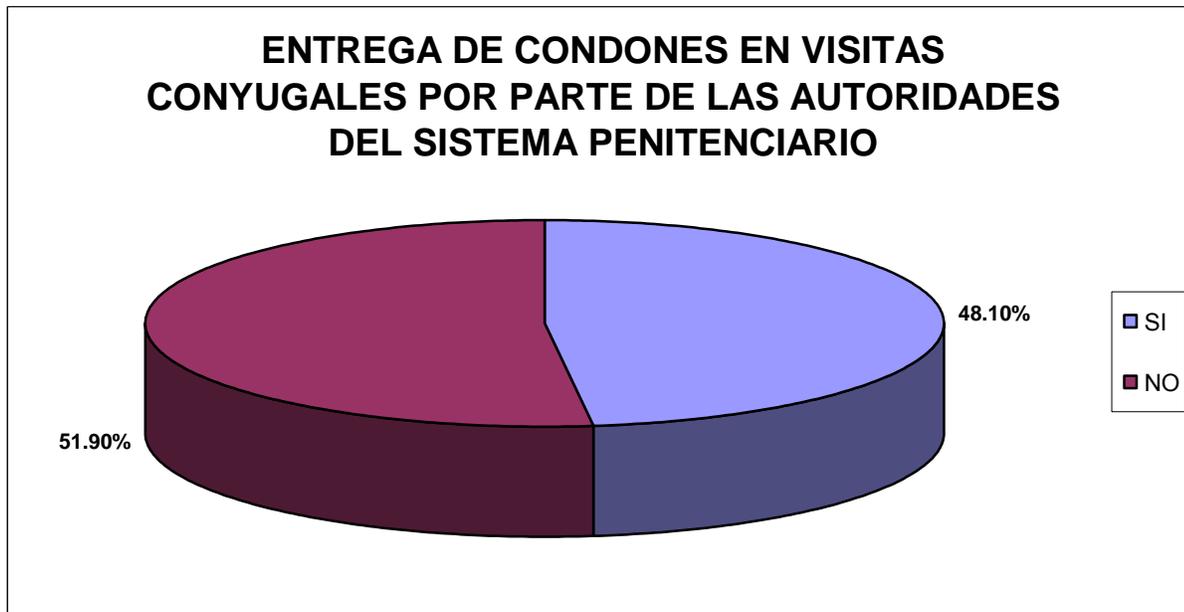


TABLA 43

FUENTE:

GLOSARIO:

CH :	Cuerpo Hospitalario
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SPN:	Sistema Penitenciario Nacional
PVVS:	Personas Viviendo con VIH SIDA
VIH:	Virus Inmunodeficiencia Adquirida
SIDA:	Síndrome Inmunodeficiencia Adquirido
ITS:	Infección Transmisión Sexual
ONG:	Organización No Gubernamental
ETS;	Enfermedades de Transmisión Sexual
HSH:	Hombres Sexo con Hombre
UDI:	Usuarios de Drogas Inyectadas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
PPL:	Persona Privada de Libertad
CIES:	Centro Investigaciones y Estudio de la Salud