

**YO DECIDO:
PROYECTO DE AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO PLANEADO
E ITS PARA MUJERES (PPL), DE LA RECLUSIÓN DE MUJERES DE BOGOTÁ**

TRABAJO DE GRADO

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS – PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD
BOGOTÁ D.C., NOVIEMBRE DE 2019**

**YO DECIDO:
PROYECTO DE AUTOCAUIDADO Y PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO PLANEADO
E ITS PARA MUJERES (PPL), DE LA RECLUSIÓN DE MUJERES DE BOGOTÁ**

TRABAJO DE GRADO

**Ps. MSc FERNANDO GERMÁN GONZÁLEZ
ASESOR**

Ana María Bernal Acevedo	426310
Leidy Gregoria Quintero Martínez	426268
Paula Daniela Navarro Oviedo	426287
Laura Natalia Ramos Cepeda	426300

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE COLOMBIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
CURSO DE ESPECIAL INTERÉS – PSICOLOGÍA Y SEXUALIDAD
BOGOTÁ D.C., NOVIEMBRE DE 2019**



Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

La presente obra está bajo una licencia:
Atribución-NoComercial 2.5 Colombia (CC BY-NC 2.5)

Para leer el texto completo de la licencia, visita:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/2.5/col/>

Usted es libre de:



Compartir - copiar, distribuir, ejecutar y comunicar públicamente la obra

hacer obras derivadas

Bajo las condiciones siguientes:



Atribución — Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciante (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o que apoyan el uso que hace de su obra).



No Comercial — No puede utilizar esta obra para fines comerciales.

“Las opiniones expresadas en este trabajo son responsabilidad de los autores; la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia ha verificado el cumplimiento de las condiciones mínimas de rigor científico y de manejo ético.”

(Artículo 65 Reglamento Interno)

Agradecimientos

A la Universidad Católica de Colombia por habernos abierto las puertas y por brindarnos su formación integral, así como también a la planta de docentes de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia que nos ofrecieron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

A nuestro asesor del Trabajo de grado Fernando Germán González por su paciencia, dedicación, motivación y colaboración. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

También agradecemos a todos nuestros compañeros durante todos los semestres de la universidad, ya que gracias a su compañerismo y amabilidad también contribuyeron a que siguiéramos adelante con nuestra carrera, metas y proyectos.

Finalmente, a todas las personas que de manera directa e indirecta aportaron de su conocimiento, gestión y entrega para que este proyecto fuera posible.

Dedicatoria

Dedicamos este trabajo especialmente a Dios por ser el inspirador y darnos fuerza durante el proceso para culminar uno de nuestros anhelos más deseados. A nuestros padres por ser los principales promotores de nuestros sueños, gracias a ellos por cada día confiar y creer en nosotras, porque con sus palabras, apoyo incondicional y ejemplo nos demostraron que se pueden cumplir los sueños y las metas.

Tabla de contenido

Resumen,	1
Justificación,	2
Historia de la temática,	8
Importancia de la temática,	11
Desarrollo de la temática,	12
Tipos de estrategias psicoeducativas,	67
Objetivos,	72
Objetivo General,	72
Objetivos Específicos,	72
Estudio del Mercado,	73
a. Objetivo General del Estudio de Mercado,	73
b. Objetivos Específicos del estudio de Mercado,	73
c. Descripción el producto,	74
d. Nombre del producto,	74
e. Logo,	74
f. Producto básico,	75
g. Producto real,	76
h. Producto ampliado,	76
i. Clientes,	79
j. Mercado potencial,	80
k. Mercado objetivo,	80
l. Mercado meta,	81
m. Competencia,	82
n. Directa,	82
o. Sucedánea,	82
p. Canal de distribución,	93
q. Presupuesto,	93
Resultados,	95

Conclusiones, 102

Referencias, 105

Apéndices, 126

Lista de tablas

Tabla 1. Formas de contagio, síntomas y efectos de algunas ITS, 14

Tabla 2. Intervenciones para ITS, 30

Tabla 3. Fases de la APV, 37

Tabla 4. Métodos anticonceptivos modernos, 57

Tabla 5. Guía para la ejecución en colaboración de intervenciones para la prevención y el control de las ITS, 62

Tabla 6. Técnicas o estrategias psicoeducativas para trabajar la salud sexual, 69

Tabla 7. Comparativo de competencia directa, 88

Tabla 8. Análisis DOFA, 91

Tabla 9. Análisis cualitativo entrevista al grupo psicosocial, 160

Lista de figuras

- Figura 1. Mapa conceptual, 7
- Figura 2. Componentes de la prevención combinada, 32
- Figura 3. Tipos de métodos anticonceptivos, 54
- Figura 4. Logo del proyecto YO DECIDO, 74
- Figura 5. Guía de prevención VIH/Sida, Población privada de la libertad, 82
- Figura 6. Cárceles saludables, promoviendo la salud para todos, 83
- Figura 7. Programa de capacitación en prevención y atención de salud en centro de privación de libertad, 84
- Figura 8. Resultados de la socialización del producto final, 100
- Figura 9. Necesidad de un proyecto de autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados, 136
- Figura 10. Implementación de proyectos de prevención de ITS dentro de la RMB, 137
- Figura 11. Frecuencia de adquisición de proyectos sobre ITS, 138
- Figura 12. Estrategia más utilizada para la implementación de proyectos sobre ITS, 138
- Figura 13. Proyectos sobre prevención de embarazos no planeados en la reclusión, 139
- Figura 14. Frecuencia con la que se adquieren o desarrollan este tipo de proyectos, 139
- Figura 15. Estrategias utilizadas dentro de la institución, 140
- Figura 16. Percepción de valor de adquisición de una cartilla, 140
- Figura 17. Área encargada de implementar el proyecto, 141
- Figura 18. Aspectos positivos del producto, 141
- Figura 19. Aspectos Negativos o limitaciones del producto, 142
- Figura 20. Acceso a la cartilla, 142
- Figura 21. Resultados pregunta 1, 147
- Figura 22. Resultados pregunta 2, 148
- Figura 23. Resultados pregunta 3, 148
- Figura 24. Resultados pregunta 4, 149
- Figura 25. Resultados pregunta 5, 149
- Figura 26. Resultados pregunta 6, 150
- Figura 27. Resultados pregunta 7, 150

- Figura 28. Resultados pregunta 8, 151
- Figura 29. Resultados pregunta 9, 151
- Figura 30. Resultados pregunta 10, 152
- Figura 31. Resultados pregunta 11, 152
- Figura 32. Resultados pregunta 12, 153
- Figura 33. Resultados pregunta 13, 153
- Figura 34. Resultados pregunta 14, 154
- Figura 35. Resultados pregunta 15, 154
- Figura 36. Resultados pregunta 16, 155
- Figura 37. Resultados pregunta 17, 155
- Figura 38. Categorías destacadas del proyecto “yo decido”, 172

Lista de apéndices

- Apéndice A. Entrevista para los funcionarios, 126
- Apéndice B. Encuesta sobre necesidades del cliente, 131
- Apéndice C. Resultados encuesta de mercadeo, 136
- Apéndice D. Resultados de la revisión por pares, 146
- Apéndice E. Encuesta de satisfacción con el producto, 157
- Apéndice F. Análisis cualitativo de las entrevistas, 160

YO DECIDO:
PROYECTO DE AUTOCUIDADO Y PREVENCIÓN DE EMBARAZO NO PLANEADO
E ITS PARA MUJERES (PPL), DE LA RECLUSIÓN DE MUJERES DE BOGOTÁ

Resumen

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo promover conductas de autocuidado y estrategias de prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y embarazos no planeados en mujeres privadas de la libertad de la Reclusión de mujeres de Bogotá El Buen Pastor. Por medio de una cartilla que les permita lograr un aprendizaje significativo en temas relacionados con la prevención de embarazos no planeados y conocimientos sobre prevención de ITS. El desarrollo de la investigación se basa en un diseño no experimental, transversal descriptivo, con un enfoque cualitativo, por esto se realizó una entrevista semiestructurada a 4 funcionarios del grupo psicosocial de la Reclusión de Mujeres de Bogotá El Buen Pastor, con el fin de identificar las percepciones y la situación relacionada con estas variables en el centro penitenciario, para determinar las diferentes temáticas y metodología a desarrollar dentro de la cartilla, contribuyendo así con el logro de nuestro objetivo. En cuanto a los resultados en general se destaca que los temas tratados dentro de la cartilla son pertinentes y coherentes, además que corresponden a las necesidades de la institución frente a la propuesta psicoeducativa de salud sexual y reproductiva, sin embargo, se requiere las implementaciones de las actividades propuestas como los talleres planeados en cada módulo por parte de la institución para que el proyecto se pueda mantener a mediano y largo plazo.

Palabras Clave: Prevención, autocuidado, embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual, mujeres privadas de libertad.

Justificación.

El presente proyecto surge de la iniciativa de generar una propuesta de educación sexual para mujeres en el contexto penitenciario, en donde se promuevan conductas saludables y de autocuidado que favorezcan la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual (en adelante ITS) y embarazos no planeados en las mujeres de la reclusión. Esto, mediante recursos pedagógicos para que desde el área psicosocial que es el equipo encargado de implementar los talleres y programas que aportan conocimiento y aprendizaje en las internas, se transmita la información, las estrategias y por medio de las actividades psicoeducativas se fomente la toma de decisiones, la reflexión, la concientización y el bienestar de las mujeres.

Esto, por la situación de la sexualidad en población privada de la libertad (en adelante PPL), según lo expresado en el informe final de la Consulta Regional para América Latina y Caribe sobre VIH/Sida en el medio carcelario, las prisiones son ambientes altamente vulnerables en lo que respecta a la infección por VIH. La prevalencia en esos sitios puede llegar a ser hasta veinte veces más alta que en la población general (Ministerio de Salud Brasil, 2008). Además de ello, las malas condiciones y servicios, empeoradas por el hacinamiento en muchas de las prisiones, tienen un grave impacto en el bienestar físico y mental de todas las personas detenidas, entre las violaciones de estos derechos se pueden incluir las mujeres que carecen de acceso a servicios de salud preventivos centrados en las necesidades de salud específicas del género, así como los servicios para el tratamiento de las ITS (Reforma Penal Internacional, 2013).

En Colombia de un total de 141 centros de reclusión a cargo del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (en adelante INPEC), únicamente seis se encuentran exclusivamente diseñados para mujeres los cuales se ubican en Bogotá, Bucaramanga, Pereira, Armenia, Popayán y Manizales. No obstante, en todos los establecimientos penitenciarios las mujeres se

encuentran condiciones infrahumanas con hacinamiento y falta de cuidados especiales (Grupo de Prisiones, 2019). Del total de la población reclusa intramural al terminar el mes de junio del 2019 corresponde a 93,1 % (113.948) hombres y 6,9 % (8.469) mujeres. La proporción entre hombres y mujeres se aproxima 1 mujer por cada 13 hombres (INPEC, 2019).

En este contexto y en el ámbito de las ITS, es importante señalar que la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) es un problema de salud pública que ha afectado a millones de personas alrededor del mundo. Las estadísticas a nivel mundial indican que en el 2018 37,9 millones de personas vivían con el VIH, así mismo se presentaron 1,6 millones de casos de nuevas infecciones por VIH (a partir de los 15 años), para el caso de América Latina en el 2018 1,9 millones de personas viven con el VIH de esta población solo 1, 2 millones tenían acceso al tratamiento (ONUSIDA, 2019).

Particularmente en Colombia para el año 2018 se obtuvo una prevalencia nacional ajustada por la edad de VIH de 0,19 por 100 habitantes. El departamento del Quindío fue el de mayor prevalencia (0,33) por cada 100 habitantes seguido de Bogotá DC, Risaralda y Valle del Cauca con el 0,25 por 100 habitantes respectivamente (Cuenta de Alto Costo –CAC, 2018).

En los centros carcelarios, esta infección ha tomado gran fuerza y se ha convertido en una amenaza para las personas privadas de la libertad, según los datos suministrados por la International Association of Providers of AIDS Care, IAPAC, quienes reportan una tasa de VIH de 5 a 7 veces mayor entre los internos que en la población general. Para el 2015, en Colombia, había 555 personas privadas de la libertad con VIH, lo que correspondía al 0,91 % del total de personas con VIH (Calonje & Norella, 2018, p. 49).

Las personas privadas de libertad que viven con VIH/SIDA y con tuberculosis u otras enfermedades desatendidas, como las cutáneas, constituyen uno de los grupos más estigmatizados de la población penal, esto se debe en muchos casos, al resultado de la falta de

información acerca de las vías de contagio (sic) de tales enfermedades; la naturaleza cerrada y promiscua (sic) de las cárceles; y el estigma y discriminación hacia determinados grupos como trabajadores/as sexuales, usuarios de drogas y personas LGBTI (Comisión Interamericana de Derechos Humanos CIDH & Organización de los Estados Americanos OEA, 2011).

Los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema del VIH en las cárceles y no se abordan necesidades específicas por cada género, se debe tener en cuenta este enfoque diferencial puesto que la mayoría de las mujeres privadas de libertad provienen de grupos socialmente marginados y tienen mayores probabilidades de haber estado involucradas en el trabajo sexual o el consumo de drogas. Las mujeres que están en la cárcel pertenecen a un grupo en exclusión social y con escasas condiciones de solventar las necesidades sociales, educativas y laborales (ONUSIDA & UNODC, 2009; Palma, 2016).

En las características identificadas en las reclusas en una investigación realizada sobre salud mental, género, educación social en el centro de rehabilitación el Buen Pastor de Barranquilla se observan características sociodemográficas de las mujeres atendidas en consulta psicológica se destacan: edades que oscilan entre 19 y 53 años, 38,9 % son solteras sin hijos, 61,1 % son madres, de las cuales 27,8 % mantienen sus vínculos de pareja previos, 22,2 % están con nuevas parejas y 11,1% sin pareja estable. El nivel de escolaridad del 30 % es básica primaria incompleta, 43% básica primaria, 15 % secundaria incompleta, 12 % bachilleres. Provenientes de estrato bajo (1 y 2) el 81 % y 19 % de estratos medio-medio alto (3 y 4) (Aristizábal, Ríos & Del Pozo, 2016).

Las acciones de prevención del VIH –Sida en el sistema penitenciario de Colombia no están consolidadas en las acciones de un programa, entidad o dependencia específica. La

subdirección de Reinserción Social, dependencia del INPEC tiene dentro de sus funciones las acciones de prevención y promoción desde la dirección central y en cada prisión. (ONUSIDA & UNODC, 2011).

Actualmente solo existe un programa dentro del INPEC (2018a) orientado hacia la sexualidad, denominado programa de intervención penitenciaria para la adaptación social PIPAS: con el objetivo de reducir la presencia de factores de riesgo asociados a la reincidencia del comportamiento sexual delictivo en hombres condenados por delitos sexuales el cual es dirigido a internos condenados por algún delito sexual con condenas ejecutoriadas, que se encuentre en fase de tratamiento de alta seguridad. También se cuenta con un programa a nivel nacional realizado por El Ministerio de Salud y Protección Social (2012) denominado Guía de prevención secundaria y ruta de derechos, para personas que viven con VIH/SIDA.

Teniendo en cuenta todo lo anterior surge la necesidad de crear el proyecto que tiene con sí un valor agregado con enfoque de género para las mujeres PPL, se quiere diseñar e implementar un proyecto de prevención y autocuidado en la conducta sexual para mujeres jóvenes entre las edades de 18 a 35 años que se encuentren en el reclusorio de Bogotá D.C, con ello se brinda la oportunidad de ofrecer psicoeducación y prevención primaria en cuanto al área de la sexualidad la cual debe ser entendida como un aspecto central del ser humano que está presente a lo largo de su vida. Abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y la reproducción. Se siente y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, comportamientos, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todas ellas se experimentan o expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de

factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Organización Mundial de la Salud- OMS, 2018a).

Es por esto que se trabajara sobre estos dos ejes prevención de embarazo no planeado y prevención de ITS, con la expectativa de mejorar el control propio de las personas, y realizar acciones en pro de la salud y el bienestar. Con la implementación del proyecto se considera trabajar temáticas que les permitan a las internas mayor autonomía en toma de decisiones, donde desarrollen mejores competencias que favorezcan su proyecto de vida como lo son conductas de autocuidado y conductas saludables respecto a la sexualidad en temas tales como: Métodos de planificación, percepción y prevención sobre las ITS, y educación sexual para la vida. Esta perspectiva se manejará bajo los lineamientos y teniendo en cuenta la política nacional de sexualidad, derechos sexuales y derechos reproductivos (MinSalud, Profamilia, OIM & UNFPA, 2014). La promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos, el Programa de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía (PESCC) (Ministerio de Educación, 2010) y el Plan decenal de salud pública 2012-2022 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013) de esta manera se busca educar a las personas privadas de la libertad con responsabilidad social desde la institución universitaria hacia la comunidad.

Todo esto en torno a generar medidas educativas al interior de la institución que permita la resocialización generando la participación de las internas, las cuales contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar, además de promover una mejor adaptación al interior del centro carcelario.

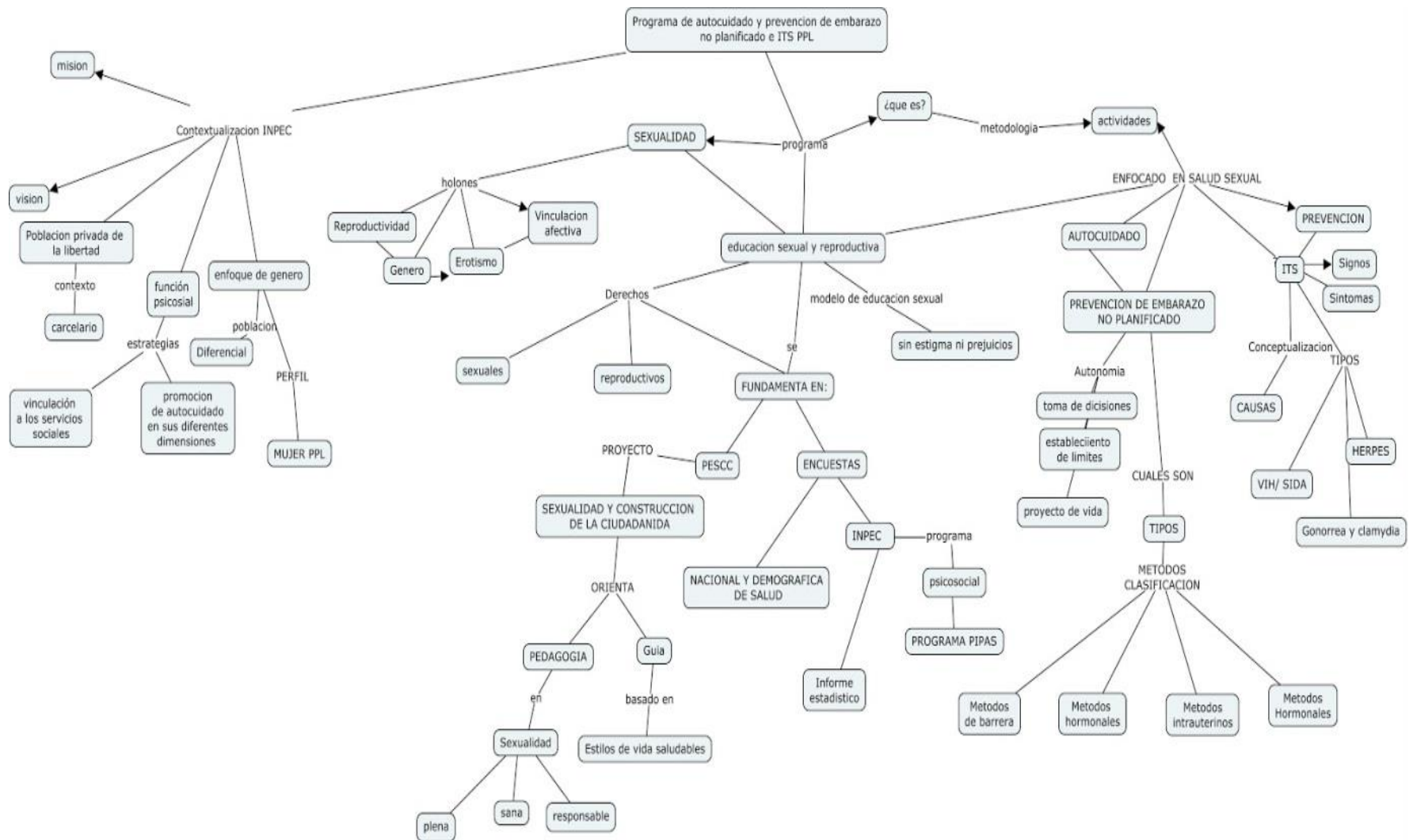


Figura 1. Mapa conceptual

Historia de la temática

Este proyecto surge en el marco del convenio que ha realizado el INPEC, con diversas instituciones de educación superior, entre ellas la Universidad Católica de Colombia. Con este tipo de convenios se busca aunar esfuerzos y apoyar el alcance de los objetivos mutuos, es así como en virtud del cumplimiento misional del INPEC en relación a la Atención Social y Tratamiento Penitenciario de la Población Privada de la Libertad, las instituciones de educación superior reconocidas por el Ministerio de Educación pueden apoyar el desarrollo de investigación científica y social en el ámbito penitenciario y carcelario. (INPEC, 2018b). Es decir, este proyecto tiene un fuerte componente de Responsabilidad Social Universitaria (RSU) entendida como:

La habilidad y efectividad de la universidad para responder a las necesidades de transformación de la sociedad donde está inmersa, mediante el ejercicio de sus funciones sustantivas: docencia, investigación, extensión y gestión interna. Estas funciones deben estar animadas por la búsqueda de la promoción de la justicia, la solidaridad y la equidad social, mediante la construcción de respuestas exitosas para atender los retos que implica promover el desarrollo humano sustentable (Asociación de Universidades Jesuíticas de Latinoamérica- AUSJAL, 2009, p.18).

Con base en esto surge la idea de desarrollar un proyecto de investigación que abordara temas de gran interés como la prevención de ITS y de embarazos no planeados, en población vulnerable, que atañen la salud pública del país y especialmente de Bogotá, según investigación (INPEC, 2019), del total de la población reclusa extramural al terminar el mes de junio de 2019 corresponde a 93,1% (113.948) hombres y 6,9% (8469) mujeres. La población entre hombres y mujeres se aproxima 1 mujer por cada 13 hombres.

Es importante señalar que la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un problema de salud pública que ha afectado a millones de personas alrededor del

mundo. Particularmente en Colombia para el año 2018 se obtuvo una prevalencia nacional ajustada por la edad de VIH de 0,19 por 100 habitantes. El departamento del Quindío fue el de mayor prevalencia (0,33) por cada 100 habitantes seguido de Bogotá D. C., Risaralda y Valle del Cauca con el 0,25 por 100 habitantes respectivamente (Cuenta de Alto Costo, 2018),

Pues según el Instituto Nacional de Salud (en adelante INAS) (2018) en las cifras del Boletín Epidemiológico del 2018 los casos reportados de VIH/SIDA en Colombia han presentado un incremento de manera progresiva, ya que según el mismo boletín, el número de casos fue de 13,7 casos por 100000 habitantes y para el mes de noviembre del año 2018, el número de casos reportados se encuentra en 28,1 casos por 100000 habitantes. “A nivel departamental”, Bogotá se encuentra por encima de la incidencia nacional reportándose más del 30,0 de casos por 100000 habitantes, seguidos por departamentos como Antioquia, Córdoba, Quindío, Risaralda, Valle del Cauca, entre otros. A su vez surge como iniciativa debido a realizar un proyecto con enfoque diferencial puesto que el rol de la mujer merece una mención y un cuidado especial en el contexto carcelario como colectivo poblacional está experimentando un gran incremento de nuevos casos de infección, sobre todo en el caso de población africanas y latinoamericanas. Una de las características diferenciales de la infección en mujeres con respecto a los hombres es la mayor vulnerabilidad debido a que están sometidas a situaciones de discriminación, violaciones, violencia de género y falta de reconocimiento de derechos fundamentales. Es habitual que ellas cargan con la responsabilidad del cuidado de las personas enfermas de su entorno familiar lo que aumenta su vulnerabilidad y más aún en condiciones de pobreza. Todo ello implica una mayor necesidad de programas de prevención, atención y apoyo que tengan en cuenta estas situaciones (GESIDA, 2012)

Debido a que inicialmente se quiere ejecutar el proyecto en la reclusión de Bogotá el Buen Pastor es importante contextualizar el lugar y la función que cumple:

La reclusión de mujeres de Bogotá El Buen en Pastor, hace presencia en Colombia en Marzo de 1980, a petición de la presidencia de Carlos Holguín Mallarino, y en petición de las damas bogotanas de la alta sociedad, donde hicieron contactos con las religiosas, en la casa de Nueva York, con el fin de buscar solución de corrupción en la sociedad, la congregación nuestra señora de la caridad eran mujeres con experiencias en conducir temas de custodia y tratamiento en niñas y mujeres con situaciones judiciales, por esta razón eran las idóneas para liderar, administrar, vigilar y controlar la reclusión de mujeres en Bogotá (García-Amézquita, 2015).

De acuerdo con Orozco (2016) la reclusión ha sido dirigida por dos instituciones: Hermanas Misioneras del Buen Pastor en la década de los 80, y el INPEC, cimentados en la resocialización de las personas privadas de la libertad (PPL), logrando esta posicionarse como una de las mejores opciones para encargarse de la reeducación de las mujeres en Bogotá y posteriormente en Colombia entera.

Según el INPEC (2014) esta misma institución surge en Colombia en el siglo XX, con la necesidad de generar nueva orden bajo una dirección central, que permitiera organizar en una sola vía los centros de reclusión carcelaria con repercusiones hasta nuestros días. Es por esto que esta institución aguarde todas las personas privadas de la libertad del país, por lo que según cifras Rodríguez (2017) refiere que, hasta febrero de 2017, había una población de 119.536 personas privadas de la libertad, de las cuales 7860 son mujeres, esto indica que las mujeres son el 6,8% de la población carcelaria del país. Para febrero de 2019, hay aproximadamente una totalidad de 188,315 personas en conflicto con la ley penal, en totalidad corresponde a 111.171 hombres (93,1%) y 8.22 mujeres (6,9 %), la proporción entre mujeres y hombres es de una (1), por cada 13 hombres (INPEC, 2019, p.31). Con relación a los dos porcentajes, 2017 y 2019, se evidencia en el transcurso de dos años la población reclusa femenina aumenta el 1% (INPEC, 2019).

Una de las reclusiones que hace parte del INPEC, es la Reclusión de Mujeres el Buen Pastor (en adelante RMB), que recoge la mayor parte de mujeres PPL, esta se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá, que según las anteriores cifras está habitada, aproximadamente por 2.100 mujeres, la planta física está compuesta por 9 patios, cada patio tiene aproximadamente 4 tramos o pisos, donde las reclusas están divididas de acuerdo al grado del delito.

Importancia de la temática.

Según Mauersberger (2016) el perfil de la mujer presa en el contexto nacional de Colombia, muestra unos rasgos típicos y problemáticas comunes a diferencia de los hombres, que son los siguientes: la situación económica desfavorable, difícil acceso a trabajo remunerado y educación; una implicación emocional en las redes delictivas familiares, abusos físicos y psicológicos, parejas o maridos encarcelados, madres cabeza de hogar, y proveedoras y cuidadoras únicas del hogar. Debido a estas condiciones es necesario fomentar las medidas de prevención y autocuidado desde una perspectiva psicoeducativa donde se capacite frente a las infecciones de transmisión sexual, y la prevención de embarazos no planeados, su conceptualización, causas, signos y síntomas, detección temprana, desde el enfoque de derechos sexuales y derechos reproductivos, para así poder aportar al mejoramiento de la calidad de vida en la población carcelaria y del ejercicio de su sexualidad plena.

En el año 2000 la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la Organización Panamericana de la Salud, (OPS) definieron la sexualidad como una dimensión fundamental del hecho de ser humano, basadas en la identidad de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción, se lleva a cabo en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas roles y relaciones, entonces se puede decir que la sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos, religiosos, o espirituales (Sandoval, 2017, p. 2).

Autores como Garaycochea, et al. (2013 como se citó en Díaz, Soto, Papazoglou & Muñoz, 2018) afirman que los entornos donde se desarrollan las personas pueden influenciar la sexualidad, uno de estos es la privación de la libertad, los espacios de prisión están asociados a carencia de afecto, puesto que las reclusas están ausentes de los seres queridos, por ende ese tipo de sentimientos o cariño son reflejados a las personas cercanas, en este caso las otras internas, llegando así a formar relaciones duraderas, íntimas, o amistades profundas, es decir relaciones homosexuales temporales incluso en personas heterosexuales.

Teniendo en cuenta el contexto de la población reclusa se debe hacer énfasis en la prevención de infecciones de transmisión sexual de las usuarias privadas de la libertad de la RMB teniendo en cuenta como factores principales las vulnerabilidades que se han tratado, es propicio insistir y concientizar la importancia de la protección para sus vidas, también del derecho a una vida sexual sana, sin riesgos, así mismo insistir en la promoción de los métodos de planificación para evitar enfermedades y embarazos no planeados.

Luego de hacer una semblanza de la historia de esta institución penitenciaria y la situación que se vive con respecto a estos temas en la RMB, es necesario detallar y profundizar en cada una de las variables que conforman este proyecto.

Desarrollo de la temática.

Infecciones de transmisión sexual

Las infecciones de transmisión sexual constituyen un grupo heterogéneo de infecciones transmisibles que han adquirido una extrema importancia para la salud pública en todo el mundo, dada su magnitud, trascendencia y repercusión para el paciente, la familia y la sociedad. Afectan todos los niveles sociales y económicos, a casi todos los grupos de edades, con mayor frecuencia a los adultos jóvenes. (Álvarez, De La Torre & Domínguez, 2014).

Clasificación de las ITS.

Estas infecciones se pueden clasificar en dos grandes grupos: ITS curables y no curables. Dentro de las primeras se encuentran las llamadas clásicas, tales son: la sífilis, la gonorrea, el chancro blando, el linfogranuloma venéreo, el granuloma inguinal, la uretritis no gonocócica, trichomoniasis, escabiosis, pediculosis pubis, candidiasis, parasitismo intestinal, las dermatomicosis y la vaginosis bacteriana. Dentro de las ITS no curables se encuentran: VIH/Sida, herpes genital, verrugas genitales (condilomas acuminados), hepatitis B. Virus del papiloma humano (VPH). Las ITS no sólo son una causa de morbilidad aguda en los adultos, sino que pueden dar lugar a complicaciones con secuelas tales como esterilidad masculina y femenina, embarazos ectópicos, cáncer cervical, mortalidad prematura, sífilis congénita, pérdidas fetales, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y oftalmia neonatorum (OMS, 2019).

En la tabla 1 se muestran en detalle cada una de estas infecciones de transmisión sexual, sus formas de transmisión, sus principales síntomas y los efectos o secuelas que ocasionan en el organismo.

Tabla 1.

Formas de contagio, síntomas y efectos de algunas ITS

Microorganismo	Forma de Transmisión	Síntomas	Efectos
Clamidia	Por contacto sexual	Supuración del pene Inflamación del escroto No por beso o compartir toalla Sensación de ardor al orinar	Esterilidad Inflamación de los testículos
Gonorrea	Por contacto sexual	Supuración verde-amarilla del pene Si no se trata puede producir artritis, o la vagina úlceras cutáneas, infección cerebral Dolor al orinar	Si no se trata puede producir artritis, o la vagina úlceras cutáneas, infección cerebral Dolor al orinar Infección del niño durante el parto puede producir ceguera
Hepatitis B	El 40% de los enfermos por contacto sexual	Coloración amarillenta de piel y mucosas Sensibilidad en hígado y bazo. Erupciones cutáneas	90% de afectados se recuperan Artritis 10% restante desarrolla enfermedad hepática crónica 1% muere
Herpes	por contacto sexual	Comezón y picor en zona afectada Intensos dolores de la zona afectada	Erupción ulcerosa e inflamatoria Puede auto infectarse en los ojos, dedos y otras partes del cuerpo
VII	Por compartir jeringas Por transfusiones de sangre Contacto sexual en el que haya intercambio de fluidos corporales	infecciones crónicas y agudas con Deterioro del sistema inmunitario	Muerte Infección crónica de difícil curación

Nota: Elaboración propia.

Vulnerabilidades.

En el contexto del VIH/Sida, la vulnerabilidad se define como los diferentes grados y naturalezas de la susceptibilidad de los individuos y las colectividades a infectarse, enfermarse o morir a causa del VIH/Sida, los cuales dependen de su situación frente al conjunto integrado de aspectos culturales, sociales, políticos y económicos que los ubican en relación con el problema y con los recursos para enfrentarlo (Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA, 2011, p. 18).

Según López de Munain (2019) existen ciertos factores o vulnerabilidades que poseen ciertas personas que las predisponen a adquirir este tipo de infecciones, entre ellas están: a) Factores socioeconómicos, como la pobreza o desigualdad de género; b) Factores culturales como edad de la primera relación sexual, número de encuentros sexuales, número de parejas sexuales; c) Comportamiento sexual en donde se encuentra el hecho de tener múltiples parejas sexuales, tipos de prácticas sexuales y el estado en el que se encuentran al momento de tener relaciones sexuales, pues el abuso de alcohol y de drogas en esas situaciones son también denominadas conductas de riesgo.

Las personas que viven con el VIH a menudo viven en comunidades frágiles y son los más afectados por la discriminación, la desigualdad y la inestabilidad. Sus preocupaciones deben ser una prioridad en los esfuerzos de desarrollo sostenible (ONUSIDA, 2008).

La vulnerabilidad se puede dar en dos dimensiones: la individual y colectiva, que se divide a su vez en dimensión social y programática. A continuación, se describe cada una:

Dimensión individual

a) Todas las personas son vulnerables al VIH y sus consecuencias

- b) En las personas infectadas, el potencial de vulnerabilidad está en función inversa al amparo social y a la asistencia en salud que dispone
- c) Las condiciones cognitivas, comportamentales y sociales afectan la vulnerabilidad individual de toda persona (Ministerio de Protección Social & UNFPA, 2011, p. 19)

Dimensión social.

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social y la UNFPA (2011) esta dimensión se basa en las condiciones económicas, políticas, culturales, morales e institucionales que incluyen las normas sociales, creencias, estigma y discriminación, empleo, ingresos, redes de apoyo, educación, atención en salud, cultura, entre otros, que definen mayor o menor protección de una sociedad frente a la epidemia.

Dimensión programática.

Según el Ministerio de Protección Social y la UNFPA (2011) esta dimensión está basada en las fortalezas y debilidades de los programas de prevención, tratamiento, control y asistencia de VIH.

En cuanto a las PPL se ha encontrado que según el Informe de Colombia Diversa (2015) la intermitencia de los programas de promoción y prevención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es uno de los problemas más graves de los centros penitenciarios del país. Las precarias condiciones en que viven, la falta de medicamentos y de atención en salud para las PPL que tienen alguna infección, y el hecho de no contar con los suficientes preservativos en el momento oportuno hacen frente a una de las más altas vulnerabilidades en esta población para la transmisión e infección de estas enfermedades. De acuerdo con Sánchez- Mejía, Rodríguez, Fndevila y Morad (2018) los datos sugieren que debido a que el acceso a algunos bienes, utensilios y servicios básicos es limitado en los centros de reclusión. En este estudio se indica que por ejemplo utensilios básicos como las toallas higiénicas, no son de fácil acceso, pues según

varias participantes no cuentan con la cantidad suficiente para suplir esa necesidad. También se les indago sobre las necesidades específicas de género y derechos sexuales y reproductivos a lo que menos de la mitad de las participantes respondieron que sí les han practicado exámenes como el Papanicolaou o citología y la prueba de detección del VIH, para mirar su estado de salud relacionándose con los DSDR de las reclusas.

En cuanto a los factores sociales de vulnerabilidad en los centros de reclusión el Ministerio de Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas– UNFPA(2011) en la Guía de Prevención del VIH/SIDA del 2011, dirigida a la población privada de la libertad, reconoce que las formas en que se lleva a cabo la sexualidad dentro de los centros penitenciarios facilita la transmisión de ITS “no solo al interior de las cárceles, sino en la población a través de las parejas durante las visitas íntimas, o una vez se recupera la libertad”(Ministerio de Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2011, p.59). En relación al proceso de recibir visitas, debido a las condiciones de hacinamiento en las que viven las PPL, no se cuentan con los espacios para ejercer su sexualidad, y mucho menos con las condiciones mínimas de higiene y seguridad relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos.

Otra de las situaciones en las que se hace mayor énfasis es en el poco reconocimiento de un enfoque diferenciado en las estrategias que se manejan con la población para la prevención y atención de las ITS.

En el proyecto sobre estrategias nacionales y diagnósticos sobre VIH y Sida en penitenciarios de Centroamérica, se plantean situaciones similares a las del resto de América Latina. Allí se reconoce que en los sistemas penitenciarios no existe atención especializada a poblaciones específicas (Ministerio de Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, 2011, p. 7).

Pues argumentan que a todos los PPL, de los diferentes centros penitenciarios se les brinda la atención en estos temas de la misma manera, sin tener en cuenta su género, identidad sexual, edad, o etnia.

Caracterización de las PPL y sus comportamientos de riesgo.

Es en este sentido, el contexto de prisión aumenta la vulnerabilidad de las personas a la infección por VIH, si se tienen en cuenta situaciones como las siguientes (algunas ya se han mencionado): hacinamiento, prácticas sexuales sin medidas preventivas, consumo de drogas, realización de tatuajes y perforaciones, violencia con armas corto-punzantes, maltrato y discriminación por parte de distintos tipos de actores, así como abuso sexual y ejercicio de distintas formas de violencia física y psicológica. De igual manera, se reconoce el acceso limitado a medidas de prevención como es la información y productos como condones y lubricantes a base de agua, jeringas y agujas (Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA, 2011).

Según el Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA (2011) el ejercicio de la sexualidad entre mujeres al interior de la reclusión, incluyendo a los contextos generales no han sido caracterizadas puesto que se considera que ellas son menos vulnerables al VIH, algunos estudios se concentran especialmente en las relaciones entre hombres, puesto que en ellos se ha presentado mayor vulnerabilidad para el VIH. Pues algunos estudios han demostrado que la incidencia fluctúa entre el 10, 18% y el 19,5% evidenciando que la epidemia es más concentrada en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH).

Debido al estilo de vida vulnerable de la población privada de la libertad, también se desencadenan múltiples comportamientos relacionados con el deterioro de la parte física es decir la salud y la parte emocional induciendo la pérdida de interés del bienestar propio o de su autocuidado.

Transmisión del VIH.

Según Barros et al. (2001) la sexualidad como parte de los procesos de desarrollo propios de los seres humanos, sin tener una adecuada seguridad por medio de preservativos o de medidas de higiene, hace aumentar el riesgo de transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH.

El virus se aloja en los fluidos corporales, particularmente en la sangre, en los fluidos vaginales, en el líquido pre-eyaculatorio, el semen y la leche materna. Esta característica determina unas vías de transmisión particulares. Estas son: la sexual se da por contactos hetero u homosexuales, siendo uno de la pareja portador del VIH. La transmisión de la madre al hijo o perinatal, se produce de una madre con infección aguda o portadora crónica del VIH. Otra vía de transmisión es la parenteral, se transmite a través de transfusiones de sangre (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Autores como Workowski y Bolán (2015) argumentan que la forma confiable de evitar la transmisión sexual es mantener el impulso de tener relaciones sexuales orales, vaginales y anales sin ningún tipo de protección, el preservativo es uno de los más confiables, se recomienda tener una relación estable es decir con una misma persona, pero a su vez ser prevenido como tomar la decisión de practicarse los diferentes tipos de exámenes de laboratorios para descartar las ITS.

Respuesta inmune innata.

El VIH es un virus que infecta las células del sistema inmune, y debilita su función, esta infección destruye secuencialmente el sistema inmune determinando inmunodeficiencia, y posteriormente en referencia al Sida identificada como “síndrome de inmunodeficiencia adquirida”, esta describe el conjunto de síntomas e infecciones relacionadas con la deficiencia y el sistema inmune humano, en algunos casos los síntomas pueden ser fiebre, erupción cutánea,

dolor en las articulaciones, e inflamación de los ganglios linfáticos como se citó en la (Organización Mundial de la Salud & ONUSIDA, 2012).

El sistema inmune innato es la primera línea de defensa contra los patógenos invasores y es particularmente importante en el control de bacterias y virus que tratan de ingresar por las superficies epiteliales y mucosas. La importancia de la respuesta innata en el control de la infección por el VIH-1 es actualmente un área de mucho interés, ya que varios componentes del sistema inmune innato tienen efecto anti-VIH-1 directo y, al mismo tiempo, son blanco de la infección viral (Montoya, Moreno & Rugeles, 2006). Así mismo, el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH es una partícula infecciosa que debilita el sistema inmunológico, llamado también “sistema de defensa”, que afecta la capacidad de respuesta del organismo de una persona a las enfermedades (Ministerio de Salud y Protección Social, 2012).

Vargas y Boza (2012) manifiestan que el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un retrovirus que provoca un deterioro lento y progresivo del sistema inmune; por esto, aunque la persona infectada por el virus se presenta asintomática por varios años, la agresión continua la lleva a un estado de inmunodepresión severa, que puede resultar en graves consecuencias clínicas, favoreciendo el desarrollo de infecciones y neoplasias oportunistas, causas potenciales de muerte para el paciente.

Transmisión del VIH de una mujer embarazada al feto o recién nacido.

La transmisión materna infantil es la propagación de ese virus de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto (también llamado trabajo de parto) o la lactancia materna (a través de la leche materna). Esta clase de propagación también se llama transmisión perinatal del VIH (ONUSIDA, 2019).

Fonseca y Prieto (2005) la transmisión del VIH al niño sucede por tres mecanismos diferentes:

1. Transmisión intraparto. Representa entre 40 y 80% de los casos y es causada por el contacto fetal con la sangre y el líquido amniótico.

2. Transmisión in útero. Ocasionalmente se ha identificado VIH en el tejido fetal a la octava semana de gestación. Es responsable del 10% al 25% de los casos.

3. Transmisión a través de la leche materna. La lactancia materna es el mecanismo de transmisión en 14% a 30% de los casos.

El riesgo de transmisión de VIH de madre a hijo es más probable en el momento del parto, ocurre por la presencia de micro transfusiones de sangre durante las contracciones, el periodo de intraparto debe ser manejado a través de dos estrategias de intervención la primera es la terapia farmacológica, la segunda es la atención del parto a través de la cesárea (Rada & Gómez, 2010.p. 241).

Formas de prevenir la transmisión materno infantil del VIH.

Como el VIH se puede pasar a la leche materna, las mujeres seropositivas no deberían amamantar a sus bebés. Una estrategia para poder alimentar a los bebés, sin riesgos es por medio de la leche en polvo (fórmula) para el bebé es una alternativa segura y saludable a la leche materna, además se consigue fácilmente (INFOSIDA, 2019).

Algunos medicamentos contra el VIH pasan de la mujer embarazada al bebé neonato a través de la placenta. Esta transferencia de medicamentos protege al bebé de la infección por el VIH, especialmente durante el parto vaginal cuando el bebé pasa a través del canal del parto y se expone a cualquier VIH en la sangre u otro líquido corporal de la madre. En algunos casos, a una mujer seropositiva se le puede practicar una cesárea para reducir el riesgo de transmisión materno infantil del virus durante el parto (INFOSIDA, 2019). Los bebés de madres seropositivas reciben medicamentos contra el VIH durante las primeras 4 a 6 semanas de vida.

Estos medicamentos reducen el riesgo de infección por cualquier virus que puede haber entrado al cuerpo del bebé durante el parto (INFOSIDA, 2019).

Síntomas del VIH.

Muchas personas no notan síntomas cuando recién contraen el VIH. Pueden pasar apenas escasas semanas para que aparezcan síntomas leves, similares a los de la gripa, o más de 10 años para que aparezcan síntomas más graves, o los síntomas pueden aparecer en cualquier momento entre esos periodos (National Institute on Aging, 2017). Los signos de infección temprana por el VIH incluyen síntomas parecidos a los de la gripa, tales como dolor de cabeza, dolores musculares, inflamación de las glándulas, dolor de garganta, fiebre, escalofríos y sudores, y también pueden incluir sarpullido o úlceras en la boca (National Institute on Aging, 2017).

Carga viral

Es la cantidad de VIH presente en la sangre u otros órganos del cuerpo humano (fluidos genitales, tejidos, etc.) de una persona con la infección. Esta cantidad se mide por el número de copias del virus por mililitro de sangre (copias/mL).

El VIH, como cualquier otro virus, necesita multiplicarse continuamente para poder sobrevivir. Para llevar a cabo esa replicación con éxito, el virus utiliza las células humanas (preferentemente los denominados linfocitos-T CD4) a las que infecta para manipularlos el código genético, con el fin de que modifiquen su función habitual y se dediquen a hacer copias del virus. Cuantas más células CD4 consiga colonizar, más copias de sí mismo podrá realizar el VIH. Por esto, el objetivo del tratamiento antirretroviral es mantener la carga viral indetectable. En general, se considera que una carga viral es indetectable cuando se sitúa por debajo de las 50 copias/mL. (Grupo de Trabajo Sobre Tratamientos de VIH, 2017).

¿Cómo se manifiesta la infección?

Como lo refieren en INFOSIDA (2019) una vez que el VIH entra en el organismo se producen una serie de fases:

Etapa 1: Infección aguda o precoz. Dentro de las 2 a 4 semanas al principio de la infección por el VIH, en algunos casos, las personas pueden sentirse enfermas como si tuvieran gripa y esto puede durar algunas semanas. Esta es la respuesta natural del cuerpo a la infección. Cuando una persona tiene una infección aguda por el VIH, tiene una gran cantidad de virus en la sangre y se puede transmitir la infección con mucha facilidad. Pero las personas con infección aguda a menudo no saben que están infectadas porque podrían no sentirse mal de inmediato.

Etapa 2: Fase intermedia o crónica. Durante esta fase, el VIH sigue activo, pero se reproduce a niveles muy bajos, y las personas podrían no tener ningún síntoma ni sentirse enfermas. En las personas que no están tomando ningún medicamento para tratar el VIH, esta fase podría durar varios años; sin embargo, otras personas pueden pasar más rápido por esta etapa. Las personas que toman medicamentos para tratar el VIH, Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, (TARGA) de la manera correcta, todos los días, pueden estar en esta etapa por varias décadas y no desarrollar sida. Es importante recordar que todavía se puede transmitir el VIH durante esta fase, aunque quienes usan y mantienen una carga viral inhibida (o sea que tienen un nivel de virus muy bajo en la sangre) tienen muchas menos probabilidades de transmitir el virus que aquellas que no tienen una carga viral controlada.

Etapa 3: Fase avanzada o de SIDA. En esta fase, como consecuencia del grave deterioro del sistema inmunológico, la CV es elevada, los CD4 están por debajo de 200 copias y surgen las enfermedades oportunistas. En esta fase el VIH está venciendo la batalla y si la persona no es tratada desarrollará enfermedades que le pueden provocar la muerte.

Tratamiento para el VIH.

El tratamiento antirretroviral (en adelante TAR) consiste en el uso de medicamentos contra el VIH para tratar dicha infección. Las personas que reciben TAR toman una combinación de medicamentos (conocida como régimen de tratamiento contra el VIH) todos los días (INFOSIDA, 2019).

Hasta el momento, no existe cura por medio de medicamentos para la infección por VIH, el tratamiento antirretroviral es el que se utiliza en las personas que viven con VIH/SIDA para impedir que el virus se multiplique y permitir que el sistema inmune pueda recuperarse y pueda proteger a la persona de infecciones oportunistas. Esto se logra administrando una combinación de 3 o más medicamentos antirretrovíricos cada día, de por vida. El objetivo del TAR es mantener la carga viral indetectable y subir el nivel de CD4 a niveles que le permitan proteger a las personas de infecciones oportunistas. El tratamiento antirretroviral se encuentra cubierto por el Plan Obligatorio de Salud (en adelante POS) (MinSalud, 2012).

Por otro lado, las personas que viven con VIH corren un mayor riesgo de padecer enfermedades de salud mental que las personas que no tienen el virus. Por ejemplo, las personas con VIH tienen el doble de probabilidad de sufrir de depresión que las personas que no lo tienen.

Es importante recordar que los problemas de la salud mental se pueden tratar y las personas que los tienen se pueden recuperar (INFOSIDA, 2019). Así mismo, es importante que si se conoce o se detecta un problema mental en la persona que padece VIH, se debe recurrir a una buena atención médica, allí el proveedor de atención médica determinará si alguno de sus medicamentos contra el VIH podría estar afectando su salud mental. También puede ayudarle a encontrar un proveedor de atención en salud, como un psiquiatra o psicólogo.

Otras formas de mejorar su salud mental según INFOSIDA (2019) son:

- Únase a un grupo de apoyo.

- Pruebe la meditación, el yoga o la respiración profunda para relajarse.
- Duerma lo suficiente, coma alimentos saludables y manténgase físicamente activo.

Estrategias de prevención de ITS.

La Prevención según la OMS (como se citó en Vignolo, Vacarezza, Álvarez & Sosa, 2011, p. 11) se define como las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Por esto, la Organización Mundial de la Salud y ONUSIDA (2012) proponen algunas estrategias que previenen ITS, estas son:

Uso del preservativo.

Cuando los preservativos se usan de manera adecuada y consistente, es decir, cuando sólo hay fallo mecánico y no hay error humano que contribuya a dicho fallo, se considera que su eficacia es del 99,5% de acuerdo a los test de laboratorio. Sin embargo, los estudios muestran que el uso constante del preservativo es difícil de mantener a largo plazo, y mucho más su uso perfecto (INFOSIDA, s.f.).

Según la Guía para la prevención de personas con VIH del Ministerio de Salud y Protección Social (2012) es importante conocer los dos tipos de condones descritos a continuación:

Los condones masculinos.

Los condones masculinos son un forro de látex (caucho) con una parte abierta y el fondo cerrado, de aproximadamente 15 centímetros, con una punta protuberante para recibir el semen durante la eyaculación, que se colocan en el pene erecto (parado). Son elásticos y permiten

fácilmente la sensibilidad durante la relación sexual. Vienen en empaque sellados y son altamente eficaces para prevenir embarazos, ITS y el VIH.

Los Condomes femeninos.

Los condones femeninos son un forro de un material transparente, con una abertura y un fondo cerrado que se colocan dentro de la vagina, miden aproximadamente 17 centímetros de largo y 5 centímetros de diámetro, en la abertura tienen un anillo más grande y en el fondo se encuentra otro anillo más pequeño, también flexible. Sirven para prevenir embarazos, ITS y el VIH, vienen bien lubricados y se debe usar un condón femenino por cada relación sexual penetrativa a la vagina.

No se debe usar al tiempo el condón femenino y el masculino.

La doble protección.

Es la prevención simultánea del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/Sida. Se recomienda utilizar el condón y otro método anticonceptivo moderno simultáneamente (Ministerio de Salud, 2015).

Uso del cloro (como estrategia en la cárcel para prevenir VIH).

Una posible estrategia para reducir el riesgo de transmisión del VIH por compartir los elementos de inyección es proporcionar cloro y otros desinfectantes para esterilizar las agujas y las jeringas. Los programas de suministro de cloro han recibido apoyo especialmente en situaciones donde la oposición a los programas de aguja y jeringa ha sido más fuerte, inclusive en las cárceles (ONUSIDA, 2012).

Las evaluaciones realizadas de los programas de suministro de cloro en las cárceles han demostrado que su distribución es factible en dichas instalaciones y no compromete la seguridad (ONUSIDA, 2012).

Asesoramiento y enfoques conductuales

Según ONUSIDA (2012) se deben tener en cuenta estrategias relacionadas con las intervenciones de asesoramiento y enfoques conductuales, ya que representan la prevención primaria contra las ITS (incluido el VIH). Esas intervenciones incluyen: a) Educación sexual integral, asesoramiento antes y después de las pruebas de ITS y VIH. b) Asesoramiento sobre prácticas sexuales más seguras y reducción de riesgos, promoción del uso de preservativos. c) Intervenciones dirigidas a grupos de población claves, incluidos trabajadores sexuales, hombres homosexuales y consumidores de drogas inyectables. d) Asesoramiento y educación sexual adaptadas a las necesidades de las PPL.

Además, el asesoramiento puede mejorar la capacidad de las personas para reconocer los síntomas de las ITS, con lo que aumentarán las probabilidades de que soliciten atención o alienten a sus parejas sexuales a hacerlo. Lamentablemente, la falta de sensibilidad del público, la falta de capacitación del personal sanitario y el arraigado estigma generalizado en torno a las ITS siguen dificultando un mayor y más eficaz recurso a esas intervenciones. Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los preservativos son uno de los métodos de protección más eficaces contra las ITS, incluido el VIH. Los preservativos femeninos son eficaces y seguros, pero en el marco de los programas nacionales no se utilizan tan ampliamente como los preservativos masculinos. ONUSIDA (2012) refiere otras estrategias para prevenir la propagación del VIH expuestas a continuación

- Educación sobre VIH y el sida. Tanto los reclusos como el personal penitenciario estén informados sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH.
- Análisis y asesoramiento voluntarios sobre VIH. Son importantes porque brinda a aquellos que pueden estar comprometidos en prácticas de riesgos información, apoyo necesario para provocar un cambio de comportamiento, además de brindarle un diagnóstico a aquellos que viven con VIH, ofrecerles tratamiento, atención adecuada.

- Tratamiento de la dependencia de drogas, especialmente el tratamiento por sustitución. Estos programas consisten en recetar una droga que tenga una acción similar a la droga utilizada en forma ilegal, pero con un menor riesgo.

- Medidas que pueden reducir la demanda y el suministro de drogas en las cárceles. Combatir el aburrimiento, la alienación, el estrés y promover la relajación, brindarles a los internos una oportunidad para trabajar y/o estudiar mientras se encuentran detenidos, o la posibilidad de practicar deportes, hacer teatro y tener actividades espirituales y culturales que apunten a brindar a la gente una manera saludable de emplear su tiempo

- Suministro de agujas y jeringas y, como estrategia de segunda línea, si no fuese posible aún la entrega de agujas y jeringas, la provisión de cloro y otros desinfectantes.

- Programas para la detección y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual. Se recomienda que los sistemas carcelarios, junto con los ministerios de salud y las autoridades de salud pública, desarrollen un programa amplio para la identificación y el tratamiento tempranos de las enfermedades de transmisión sexual a fin de reducir su incidencia.

Medidas preventivas para evitar la transmisión de madre a hijos entre las mujeres privadas de su libertad.

La prevención del VIH debe plantearse desde el acercamiento de la persona a su realidad sexual, fomentando la expresión de sus temores y teniendo en cuenta sus propias condicionantes y experiencias de su entorno (Santín, Torrico, López & Revilla, 2003). Existen diferentes investigaciones que han puesto de manifiesto la necesidad de realizar programas formativos que aborden no sólo la problemática del VIH sino las relaciones interpersonales y sexuales en toda su amplitud.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúa siendo un problema de salud de primera magnitud en nuestro país desde el prisma sanitario, social,

económico y humano. (Sánchez & Martínez, 2016). Según lo expresado en el informe final de la Consulta Regional para América Latina y Caribe sobre VIH/Sida en el medio carcelario realizada en el 2008, las prisiones son ambientes altamente vulnerables en lo que respecta a la infección por VIH. La prevalencia en esos sitios puede llegar a ser hasta veinte veces más alta que en la población general (Ministerio de Salud y Protección Social, 2011).

Es importante mencionar que una de las medidas preventivas que se proponen para mitigar estas infecciones es que el 90 % de la población que vive con VIH conozca su estado serológico, que el 90% de los que conocen su estado tengan acceso al tratamiento y el 90 % de las personas que están en tratamiento alcancen la supresión de la carga viral (Encuesta Nacional de Demografía y Salud ENDS, 2015).

Prevención de las infecciones de transmisión sexual en las mujeres privadas de la libertad

Las tasas de prevalencia del VIH son especialmente altas entre las mujeres privadas de libertad, de tal manera los riesgos afectan a los reclusos, las personas que trabajan en las prisiones, sus familiares y el conjunto de la comunidad. (OMG & UNODC, 2013). Para el 2015, en Colombia, había 555 personas privadas de la libertad con VIH, lo que correspondía al 0,91 % del total de personas con VIH (Calonje & Norella, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2013) refiere que existen 15 intervenciones fundamentales para la prevención de infecciones de transmisión sexual, como se detallan a continuación en la Tabla 2.

Tabla 2.

Intervenciones para ITS

Intervenciones para ITS	
1. Información, educación y comunicación	En todos los lugares de reclusión se necesitan actividades de sensibilización, información y educación sobre el VIH, las infecciones de transmisión sexual, la hepatitis viral y la tuberculosis.
2. Programas de acceso a preservativos	En todos los lugares de reclusión tanto para hombres como para mujeres, deben proporcionarse gratuitamente preservativos y lubricantes a base de agua. Estos deben ponerse a disposición de los reclusos y visitas íntimas de forma fácil y discreta en distintos lugares.
3. Prevención de la violencia sexual	En las cárceles deben aplicarse políticas y estrategias de prevención, detección y eliminación de toda forma de violencia, en particular la violencia sexual, las personas con diferente orientación sexual, los infractores jóvenes y las mujeres, siempre deben estar separados de los adultos o varones.
4. Tratamiento de la drogodependencia, incluida la terapia de sustitución de opioides	En las cárceles se debe ofrecer tratamiento para la drogodependencia, fundamentado en pruebas y con consentimiento informado, de conformidad con las directrices nacionales.

 Intervenciones para ITS

5. Programas de suministro de agujas y jeringas	Los reclusos que usan drogas inyectables deben tener acceso fácil y confidencial a material de inyección estéril, jeringas y otros materiales, y deben recibir información acerca de los programas al respecto.
6. Prevención de la transmisión en los servicios médicos y dentales	El VIH y la hepatitis pueden propagarse fácilmente si se utiliza material médico o dental contaminado.
7. Prevención de la transmisión por tatuajes, perforaciones corporales decorativas y otras formas de penetración cutánea	Las autoridades deben aplicar iniciativas encaminadas a reducir el intercambio y la reutilización de equipo empleado para practicar tatuajes, perforaciones corporales decorativas (“piercing”) y otras formas de penetración cutánea, así como las infecciones asociadas.
8. Profilaxis posterior a la exposición	Las personas que han sido víctimas de agresión sexual y otros reclusos expuestos al VIH deben tener a su alcance servicios de profilaxis después de la exposición.
9. Asesoramiento y pruebas del VIH	Las personas privadas de libertad deben tener fácil acceso a pruebas voluntarias y programas de asesoramiento sobre el VIH en todo momento durante su período de reclusión. Los proveedores de atención sanitaria también deben ofrecer asesoramiento y pruebas del VIH a todos los reclusos durante los reconocimientos médicos.
10. Tratamiento, del VIH, atención y apoyo en caso de infección de VIH	El tratamiento del VIH, incluidos el tratamiento antirretroviral, la atención y el apoyo, deben ser equivalentes cuando menos al que tienen a su disposición las personas que viven con el VIH en la comunidad y deben estar en consonancia con las directrices Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión.
11. Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis	Dado el alto riesgo de transmisión de la tuberculosis y las elevadas tasas de comorbilidad entre el VIH y la tuberculosis en los lugares de reclusión, todas las prisiones deben intensificar la búsqueda de casos activos, proporcionar tratamiento preventivo con isoniazida e introducir medidas eficaces de control de la tuberculosis.

Intervenciones para ITS

12. Prevención de la transmisión materno infantil del VIH	Incluidas la planificación familiar y el tratamiento antirretroviral, deben ser fácilmente accesibles para las mujeres que viven con el VIH, las embarazadas y las madres lactantes en las prisiones, de conformidad con las directrices nacionales y las directrices internacionales, los niños nacidos de madres que viven con el VIH en la cárcel deben ser sometidos a seguimiento, de acuerdo con esas directrices.
13. Prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.	Las infecciones de transmisión sexual, en particular las que provocan úlceras genitales, aumentan el riesgo de transmisión y adquisición del VIH. Por lo tanto, el diagnóstico y el tratamiento precoces de estas infecciones deben formar parte de los programas de prevención del VIH en las cárceles.
14. Vacunación, diagnóstico y tratamiento de la hepatitis viral	Las cárceles deben contar con un programa completo para tratar la hepatitis, que incluya la vacunación gratuita contra la hepatitis B para todos los reclusos, la vacunación gratuita contra la hepatitis A para los reclusos expuestos y otras intervenciones encaminadas a prevenir.
15. Protección del personal ante los riesgos en el lugar de trabajo	Deben establecerse procedimientos para la seguridad y la salud ocupacional de los empleados en relación con el VIH, la hepatitis viral y la tuberculosis, el personal penitenciario y los trabajadores de las cárceles deben recibir información, educación y capacitación de los inspectores de trabajo y los especialistas en medicina y salud pública.

Nota: Elaboración propia.

Con relación a los procedimientos desarrollados en las instituciones penitenciarias, para las enfermedades VIH, Sífilis entre otras, se han implementado otras modalidades diferentes de tratamiento para la drogodependencia, como es comunidad terapéutica y atención psicológica grupal, estas pruebas no han demostrado ser confiables en la totalidad para la prevención del VIH, pero algunas de los programas han demostrado ser de gran ayuda si se aplica una buena planificación para la liberación y el seguimiento (UNODC, 2012)

Prevención combinada.

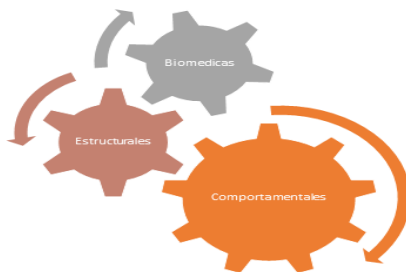


Figura 2. Prevención combinada.

Dentro de los componentes de la prevención combinada como se muestra en la Figura 2, se encuentran los biomédicos, estructurales y comportamentales, para profundizar un poco más en ellos es preciso enunciar cada uno de los métodos que los conforman.

Biomédicos.

De acuerdo con Durán (2016) los métodos que conforman el componente biomédico son:

- b) Acceso al uso de preservativos masculinos y femeninos; b) tratamiento antirretroviral, prevención de la transmisión materno infantil, profilaxis pos-exposición y profilaxis pre-exposición; c) reducción de intercambio de jeringas; d) circuncisión masculina voluntaria; e) diagnóstico y tratamiento de otras ITS; f) prueba gratuita de VIH; g) intervenciones de salud sexual y reproductiva.

Estructurales.

- b) Integración a los servicios de atención en salud; b) eliminación de estigma y discriminación; c) reformas políticas y legales; d) promoción de derechos de género y sexuales y reproductivos; e) empoderamiento y participación comunitaria; f) apoyo social y económico (Duran, 2016).

Comportamentales.

Duran (2016) hace una descripción del enfoque comportamental por medio de los métodos que lo conforman

- b) Información y consejería (APV); b) información, educación sobre la infección en poblaciones clave y vulnerables; c) divulgación de información y campañas por medio de nuevas tecnologías como redes sociales y medios de comunicación masivos.

Cifras sobre ITS en Colombia, especialmente en Bogotá, con énfasis en mujeres.

En Colombia las infecciones de transmisión sexual, constituyen un grave problema de salud pública ya que la prevalencia de sífilis en gestantes es de 1.7% mayor del 1% como criterio de base (Organización Panamericana de la Salud –OPS, 2011).

Por otro lado, cada día, un millón de personas tienen una ITS y se calcula que, al año, cerca de 357 millones de personas se vuelven portadoras de enfermedades como la candidiasis (131 millones), gonorrea (78 millones), sífilis (5,6 millones) o tricomoniasis (143 millones). A esto se suma la falta de información sobre el tema, así como lo indica la última Encuesta Nacional de Demografía y Salud-ENDS (2015) que revela que de los encuestados el 18,6% de las mujeres y el 16,4% de los hombres desconocen de la existencia de las ITS. (Fundación Santa Fe de Bogotá, 2018).

Dentro de la población carcelaria, ciertos grupos tienen mayores niveles de infección. En particular, las tasas de infección con VIH, virus de la hepatitis C (en adelante VHC) entre las mujeres tienden a ser más altas que entre los hombres. Según la Alcaldía Mayor de Bogotá y Secretaría Distrital de Salud (2018) se establece que “la transmisión del VIH en Bogotá para mujeres se diagnosticó el 1.6% entre las edades de 10 y 64 años, esta cifra de incidencia corresponde al año 2018” (p. 1).

Ley sobre el VIH en Colombia.

La Ley 972 de 2005 decreta que, es prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH y SIDA. El Estado y el Sistema General de

Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas y catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos.

Atención en salud a nivel Colombia.

En Colombia las acciones de salud están direccionadas en la aceleración de mecanismos de mitigación del riesgo de exposición, detección temprana y la atención integral de las personas en el reconocimiento de sus individualidades y de las condiciones diferenciales que permiten la conformación de grupos prioritarios para focalizar la respuesta (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p.11).

De acuerdo con el mismo estudio del Ministerio de Salud y Protección Social (2018) se toma como base un eje de gestión de riesgo, en el que se tienen en cuenta especialmente las poblaciones vulnerables como personas que viven con VIH (PVV), diagnosticadas con hepatitis B o C y con otras infecciones que afecten su ritmo de vida normal, así como las poblaciones de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), Mujeres transgénero (MT), Personas que se Inyectan Drogas (PID), Habitante de calle (HC), Mujeres trabajadoras sexuales (MTS) y Población privada de la libertad (PPL). Esto, con el fin de contribuir a la reducción de la mortalidad y morbilidad de personas por estas infecciones, al fortalecer mecanismos o estrategias de promoción de la salud y gestión del riesgo, dentro de las que están: la prevención, el diagnóstico ligado a una atención integral en salud, y la gestión de la salud en la cual se quiere lograr la participación de la comunidad en los procesos de planeación e implementación de estas estrategias.

Dados estos planes para la atención a esta problemática, se han realizado propuestas de articular estas estrategias en los centros de reclusión, con la colaboración directa del INPEC,

desde el área de apoyo psicosocial en donde se planteen actividades que involucren la implementación de herramientas de formación y sensibilización con las PPL. Según el Ministerio de Protección Social (2011) ya que este equipo está en constante contacto con las personas internas, desde un modelo pedagógico se pueden promover ideas acordes, que contribuyan con el planteamiento de la estrategia. Es por esto, que este equipo es parte esencial de este proyecto, pues puede apoyar la implementación de las acciones de sensibilización que se quieran efectuar.

¿Cómo se detecta el VIH?

Según UNFPA (2011), se detecta mediante una prueba que consiste en un análisis de sangre que puede hacerse de dos maneras:

1. Prueba rápida: Se hace mediante punción en el pulpejo del dedo, del cual se toma una gota de sangre. El resultado se obtiene en 20 minutos aproximadamente.

2. Muestra de sangre tomada y procesada en el laboratorio: La prueba más usada es la ELISA para VIH, que detecta los anticuerpos producidos por el organismo como respuesta a la infección. Estos anticuerpos son detectables unas semanas después de la exposición inicial al virus, en un periodo promedio de doce semanas denominado “ventana inmunológica”. Cabe señalar, que los resultados de la prueba ELISA para VIH, son de dos tipos: reactivos y no reactivos. “Reactivos” cuando la prueba detecta anticuerpos que dan cuenta de la infección del VIH y “no reactivos”, cuando la prueba no detecta dichos anticuerpos. Si el resultado de la primera prueba ELISA es reactivo, se realiza una segunda prueba tamiz y si esta sigue siendo reactiva, es importante realizar una prueba confirmatoria denominada Western Blot.

Asesoría para prueba voluntaria.

“La Asesoría y la Prueba Voluntaria para VIH (APV) es una estrategia que sirve de puerta de entrada principal a los servicios de salud en el contexto de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por VIH/Sida” (Ministerio de Protección Social y

UNFPA, 2011, p. 17). Para brindar esta asesoría se deben tener en cuenta aspectos relacionados con las actitudes y habilidades que debe tener el asesor para realizarla adecuadamente, dentro de ellas según el Ministerio de Protección Social y el UNFPA (2011) está el nivel de idoneidad sobre el tema, la formación para brindar información, educación y apoyo psicosocial, que el asesoramiento este basado bajo los principios de confidencialidad y a su vez se establezca un vínculo de confianza entre el asesor y el solicitante de la prueba.

De acuerdo con el Ministerio de Protección Social y el UNFPA (2011) en esta asesoría se realizan una serie de actividades con el fin de informar, orientar y facilitar el acceso a otros servicios de salud, según las necesidades de cada persona.

Esta asesoría tiene dos fases, en la tabla 3 se muestran los aspectos que se deben abordar antes de la prueba para VIH y después en la entrega de resultados.

Tabla 3.

Fases de la APV

Antes de la prueba	Después de la entrega de resultados
Se identifican los factores de vulnerabilidad	Se entrega el resultado, se recuerdan la información abordada en la asesoría previa
Se identifican aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva	Si el resultado arrojó positivo, se recomienda a la persona realizarse la prueba confirmatoria Western Blot, en algunos casos es necesario realizar la tercera prueba, para tener certeza de los resultados.
Se brinda información sobre el VIH, vías de transmisión, se explica cómo no se transmite, se explica lo que sucede en el organismo cuando entra en contacto con el VIH y los síntomas, tanto agudos como tardíos	Debe explicarse el proceso y el tratamiento para la infección por VIH.
Se promueve el uso correcto del preservativo	Se aclaran las ventajas de conocer el diagnóstico a tiempo para iniciar el tratamiento y lograr un mejor pronóstico

Se evalúan las acciones que se deben seguir

Se aclaran las ventajas de conocer el diagnóstico a tiempo para iniciar el tratamiento y lograr un mejor pronóstico.

Profilaxis Pre-Exposición

La Profilaxis Pre- Exposición (en adelante PrEP) “es una estrategia de prevención del VIH en la que personas con elevado riesgo de exposición al VIH toman un medicamento antirretroviral que les protege de contraerlo” (Moran, 2019). Según ONUSIDA (2015) se ha encontrado que en diversas investigaciones sobre este tema se ha encontrado efectividad en esta estrategia, ya que logra reducir el riesgo de infección en un 96%-99% entre las personas que siguen adecuadamente las instrucciones de administración de medicamento compuesto por tenofovir y emtricitabina. Este medicamento actúa al bloquear una enzima llamada “transcriptasa inversa”, y es por esto que el VIH no logra reproducirse y se evita la infección.

Respaldo.

De acuerdo con López, Hernando y Álvarez (2018) La Organización Mundial de la Salud recomienda desde 2015 el uso de PrEP a personas con riesgo elevado de adquirir VIH como parte de una estrategia integral de prevención.

ONUSIDA defiende la ampliación de la PrEP como una intervención de prevención del VIH efectiva adicional, y el enfoque de vía rápida incluye la PrEP como parte de programas combinados de prevención del VIH en poblaciones con mayor riesgo de VIH (ONUSIDA, 2015, p.3).

Según ONUSIDA (2015) la PrEP deberá posicionarse como un eje fundamental en los programas de prevención combinada, como una estrategia de prevención para las personas con

una alta vulnerabilidad de contraer el VIH. La PrEP también se puede combinar con otras opciones de prevención y tratamiento de VIH.

Características de la PrEP.

A continuación, se detallan las características de esta estrategia, las cuales son propuestas por ONUSIDA (2015):

- La PrEP es el uso de medicamentos antirretrovirales para evitar el contagio (sic) del VIH.
- La PrEP añade una opción adicional de prevención del VIH al uso de condones y lubricantes, asesoramiento conductual, profilaxis posterior a la exposición, tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, circuncisión médica masculina voluntaria y terapia antirretroviral para las parejas que viven con el VIH.
- Los medicamentos de la PrEP utilizados con más frecuencia son una combinación de tenofovir (TDF, 300 mg) y emtricitabina (FTC, 200 mg) (p. 3).

Estudios a nivel internacional.

En el ámbito internacional también se han llevado a cabo investigaciones sobre estas infecciones en contextos penitenciarios, en los párrafos siguientes se describirán estudios realizados en Argentina y Filipinas.

De acuerdo con el estudio realizado por El Ministerio de Salud de Argentina, la Presidencia de la Nación y Cobertura Universal de la Salud (2017) en Argentina a mediados del año 2014 se llevó a cabo un estudio de prevalencia de VIH, Sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en unidades del servicio penitenciario federal. El objetivo era obtener información que permitiera caracterizar la población alojada en los centros penitenciarios de todo el país en relación a tres dimensiones: a) prácticas sexuales, exposición y estrategias de cuidado frente al VIH, y otras ITS; b) prácticas vinculadas con el consumo de drogas; c) percepción del propio estado de salud relacionado con el VIH, y las ITS. Seguidamente se llevaron a cabo las

pruebas de laboratorio en población PPL, el trabajo de campo fue llevado a cabo entre los meses de marzo a diciembre de 2016, integró dos componentes una encuesta estructurada y auto administrativa con muestra intencional con reclutamiento voluntario en la participaron 2.227 personas (22%) de los detenidos, el segundo componente consistió en la extracción de muestras de sangre periférica a la mayoría de los internos que respondieron la encuesta. A partir de las muestras de sangre se realizaron pruebas de laboratorio para estimar la prevalencia de las diferentes infecciones de transmisión sexual y/o sanguínea y se aplicó un protocolo de detección de tuberculosis para estimar su prevalencia. Los resultados de la investigación muestran que aún en un contexto de encierro como el de la presente población, gran parte de ella (85%) tienen vida sexual activa, bien sea con personas de extramuros, o compañeros (a), así mismo, poco más de la mitad de las PPL, sostuvo relaciones sexuales con otras personas dentro de la penitenciaría en el marco de una visita íntima.

Según los datos de otra investigación realizada en Filipinas por la oficina para los Derechos Humanos, de las Naciones Unidas, encontraron que las personas privadas de la libertad no tienen adecuado control de los insumos que utilizan como son las jeringas, estas las reciclan para inyectarse drogas arriesgando la transmisión por la sangre. Así mismo la ONU hizo seguimiento al servicio de la salud prestado a los PPL donde afirmaron deficiente servicio por parte de las entidades encargadas de la salud de las personas, afirmando deficiente seguimiento a las enfermedades transmisibles como VIH y Hepatitis C (Yarcia, 2018).

Por esto, la Organización de las Naciones Unidas lanzó un programa de intervenciones dirigidas al VIH entre personas que se inyectaban drogas y concluyeron que incrementó el conocimiento de las prácticas sexuales seguras y el conocimiento de los peligros del uso de drogas intravenosas en personas privadas de la libertad (Chu, Ying, Hsu, Yen & Liang, 2012).

Cómo se transmiten las ITS.

Tal y como argumenta el Ministerio de Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA (2011) después de más de dos décadas del primer caso de VIH en Colombia, las personas aún tienen falsas creencias de cómo se transmiten estas infecciones, por esto es importante aclarar por qué medios no se transmiten. Esta información aplica para todas las ITS, no se transmiten por: a) por dar o recibir caricias; b) abrazos o besos; c) por compartir el teléfono; d) por visitar personas enfermas; e) por compartir comida, cubiertos o vasos; f) bañarse en piscinas públicas; g) al utilizar el sanitario, siempre que no haya secreciones o sangre; h) por picaduras de mosquitos y otros insectos; i) trabajar, relacionarse o convivir con personas viviendo con estas infecciones; j) compartir la misma habitación.

Información y educación.

La educación es una precondition esencial para la aplicación de medidas de prevención del VIH en las cárceles. La Organización Mundial de la Salud en su Guía sobre la infección con VIH/Sida en las cárceles recomienda que tanto los reclusos como el personal penitenciario estén informados sobre las formas de prevenir la transmisión del VIH. Los materiales impresos deben ajustarse al nivel educativo imperante entre la población carcelaria. Además, los internos y el personal deben participar en el desarrollo de material educativo. Finalmente, los mismos pares pueden jugar un papel vital en educar a otros reclusos (UNODC, 2012).

De acuerdo con la información brindada por la UNODC (2012) los programas de información y educación deberían:

- Idealmente formar parte de un programa más amplio de educación sobre la salud y promoción de la salud.
- Difundir las realidades sobre el VIH y sobre cómo (no) se transmite, así como información sobre otras enfermedades que son comunes en las cárceles, en especial, aquellas de transmisión sexual, la hepatitis B y C y la tuberculosis.

- Contener información precisa, objetiva, accesible y pertinente.
- Crear conciencia entre los reclusos y el personal sobre los problemas de salud relacionados con actividades de riesgo como inyección de drogas, sexo sin protección, tatuajes y perforaciones (piercings) en el cuerpo.

- Educar a las personas privadas de la libertad sobre cómo protegerse a sí mismos de infecciones, lo que debe incluir educación sobre el uso correcto de los preservativos y lubricantes, cómo inyectarse sin riesgos, y cómo limpiar agujas, jeringas y elementos para realizar perforaciones de la piel.

- Educar al personal carcelario sobre el uso de las llamadas “precauciones universales” para prevenir la transmisión del VIH en el marco de sus funciones en las prisiones.

- Contrarrestar la estigmatización y discriminación de las personas que viven con VIH y el sida y de aquellos vulnerables a la enfermedad en la prisión, especialmente personas que usan drogas y hombres que tienen sexo con hombres.

- Explicar cómo se manifiesta el VIH y otras enfermedades y los tratamientos disponibles.

- La capacitación puede incluir una variedad de enfoques pedagógicos y utilizar folletos o videos. Se pueden distribuir documentos en papel a nuevos internos, pero estos documentos deberían estar disponibles en la prisión para su consulta en cualquier momento.

Programas y materiales psicoeducativos en el tema de VIH a nivel nacional e internacional.

La experiencia de algunos países muestra la significativa contribución al progreso de la aplicación de las estrategias sobre el VIH/SIDA en las cárceles que aporta la labor desempeñada por un individuo o un pequeño grupo dentro del sistema, dedicados a promover el cambio interno. Para desarrollar las competencias y experiencia sobre las cuestiones relativas al VIH/SIDA se necesita capacitar y formar a profesionales idóneos. Por consiguiente, la formación

y educación sobre VIH/SIDA en las cárceles y la salud en el medio carcelario en general. (ONUSIDA, 2007).

En los programas consultados en América Latina y el Caribe se evidenció:

El programa de Diversidad Sexual, Derechos Humanos y VIH en el Sistema Penitenciario de Costa Rica el cual tiene el objetivo de conocer a profundidad, desde el enfoque de los derechos humanos, las condiciones en las cuales transcurre en las cárceles costarricenses, la vida de las personas con orientación sexual o de género diferente a la tradicional heterosexual. Los resultados de la presente investigación confirmaron la estrecha relación entre los derechos humanos y el VIH. La vulnerabilidad a la infección por el VIH y sus múltiples consecuencias son causa y efecto de las violaciones a los Derechos Humanos (ONUSIDA, 2012).

Así mismo en Uruguay se está desarrollando un diagnóstico y propuesta estratégica 2015-2025 donde se tiene en cuenta como eje principal educación para la población privada de libertad el cual tuvo como objetivo diagnosticar y ofrecer recomendaciones en una dimensión específica del tratamiento luego de la privación de libertad: proponiendo una concepción amplia de la acción educativa en los centros penitenciarios, que va más allá del campo de la educación formal (Filgueira, 2014).

Por su parte ONUSIDA (2009) realizó un proyecto sobre estrategias nacionales y diagnóstico rápido sobre VIH y SIDA en medios penitenciarios de Centroamérica, donde se sugiere impulsar una política pública penitenciaria en salud que atienda de manera efectiva y coordinada la prevención, atención, tratamiento del VIH-SIDA en el medio penitenciario, así como el egreso de las personas de los establecimientos penitenciarios para su inserción social.

Específicamente en Colombia se cuenta con la guía de prevención de VIH/SIDA población privada de la libertad propuesta por UNFPA y el Ministerio de Salud en el año 2011, donde además de contar con materia conceptual, se puede encontrar material y actividades de

sensibilización a sí mismo cuenta con herramientas para la transformación de contextos de vulnerabilidad. Estas herramientas se relacionan de manera más directa con el manejo y apropiación de la información requerida para la prevención del VIH/Sida. (Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNPFA, 2011).

Efectos psicosociales.

De acuerdo con Font, Sanmarti, Quintana, Dalmau y Escobar-Bravo (2019) las personas con ITS y especialmente las que viven con las no curables experimentan una serie de eventos psicológicos y sociales que afectan su calidad de vida. Dentro de estos factores está la falta de seguridad económica, en muchos casos como consecuencia de un rompimiento de su carrera profesional que a lo largo de los años se va haciendo más visible. Rosenfeld, Ridge, Catalán y Delpech (como se cita en Blanch, Tinoco & Llull, 2019) argumentan que estas personas también presentan dificultades en su área social, ya que por el estigma que existe en torno a las personas que viven con estas infecciones, muchas veces son rechazadas, alejadas o excluidas de su grupo social y hasta familiar.

El VIH ha conseguido avances en cuanto al tratamiento que se debe seguir, tanto así que pasó de ser infección mortal a ser considerada crónica. Por esto el trabajo de los profesionales de la salud mental también ha tenido cambios significativos, ya que al principio se centraba en los cuidados paliativos de estas personas, es decir en etapas finales de su vida, luego se pasó a orientar a las personas para vivir con las limitaciones que conllevaba el VIH y el tratamiento antirretroviral en aspectos como la maternidad, el estigma, efectos secundarios. Esto, debido a que en estas personas es común un alto grado de angustia, ansiedad, depresión, entre otras problemáticas tanto emocionales como afectivas que impactan en mayor medida en la evolución de la enfermedad. “En estudios realizados tanto en países de bajos ingresos como de altos ingresos han revelado tasas más elevadas de depresión en las personas VIH positivas en

comparación con los grupos de control VIH negativos” (Organización Mundial de la Salud, 2008, p.2).

De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (2008) el grado de ansiedad parece estar relacionado con la gravedad de sus síntomas y se exagera a medida que asumen las consecuencias del diagnóstico y afrontan las dificultades de vivir con una enfermedad crónica, también por la estigmatización, tratamientos complejos, pérdida de apoyo, entre otros. Otro aspecto muy importante es el nivel y el estilo de afrontamiento que tengan, el nivel de angustia a menudo parece estar relacionado con la gravedad de los síntomas de la infección por VIH. Los estilos de afrontamiento y las habilidades adquiridas para vivir con esta infección pueden dar lugar a la resiliencia y con esto un mejor pronóstico de la enfermedad. Un segundo eje importante para este proyecto es la conducta de prevención y autocuidado en embarazo no planificado el cual se conceptualiza a continuación.

Embarazo

La definición legal del embarazo sigue a la definición médica: para la OMS el embarazo comienza cuando termina la implantación, que es el proceso que comienza cuando se adhiere el blastocito a la pared del útero (unos 5 o 6 días después de la fecundación, entonces este atraviesa el endometrio e invade el estroma. El proceso de implantación finaliza cuando el defecto en la superficie del epitelio se cierra y se completa el proceso de nidación, comenzando entonces el embarazo. Esto ocurre entre los días 12 a 16 tras la fecundación. (Menéndez, Navas, Hidalgo & Espert, 2012).

El embarazo no planificado.

De acuerdo con Langer (2002) los embarazos no deseados, se definen como aquellos que ocurren en un momento poco favorable, inoportuno, o que se dan en una persona que ya no quiere reproducirse. En la práctica, existen mujeres que no desean reproducirse, pero siguen

expuestas al “riesgo” de quedar embarazadas, por estar en edad reproductiva y llevar una vida sexual activa sin usar ningún método anticonceptivo o porque utilizan métodos “tradicionales” como el ritmo o el coito interrumpido, de escasa eficacia para evitar el embarazo.

Los embarazos no deseados son especialmente comunes en adolescentes, mujeres solteras y mayores de 40 años; sin embargo, también se dan en otros grupos de edad. Su frecuencia parece ser mayor entre las mujeres de escasos recursos y bajo nivel educativo, aunque ocurren en todas las clases sociales. Sus consecuencias no solo afectan a las mujeres, sino también a los hombres y a las familias (Langer, 2002). Por esto, se hace un llamado a que la reproducción y su condición necesaria el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados (Morales, Solanelles, Mora & Miranda, 2013).

Consecuencias del embarazo no deseado.

Se ha encontrado que el embarazo no deseado es un importante problema de salud pública, tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo, debido a sus resultados adversos, como son: aumento en el aborto provocado en condiciones no seguras, retraso en el inicio del control prenatal y por ende un peor resultado perinatal. Según cifras 3 de cada 4 embarazos son no deseados y un cuarto de estos terminan en aborto. (Morales et al., 2013).

Como lo refiere Langer (2002) ante un embarazo no deseado, las mujeres y las parejas enfrentan decisiones difíciles. Las opciones que se abren son básicamente dos:

1. Intentar interrumpir el embarazo a través de un aborto inducido, con todos los riesgos y consecuencias que este procedimiento conlleva en sociedades en las que está legalmente restringido.
2. Continuar con el embarazo no deseado.

Cualquiera de estas decisiones tiene consecuencias sobre la salud y la situación social y económica de la mujer, su pareja y su familia. Además, también influyen en las condiciones de salud y de desarrollo de las sociedades.

Cuando una mujer privada de la libertad decide continuar con el embarazo, la atención médica durante el parto es fundamentalmente necesaria, dependiendo del país las madres privadas de la libertad tienen derecho a dar a luz en hospitales públicos o en la misma cárcel, cuando la mujer da a luz a un bebé, es necesario realizarse chequeos médicos, igual que durante el embarazo, para garantizar que su cuerpo se recupere adecuadamente, lo que se hace más complicado en el reclusorio (Bastick & Townhead, 2008). Después de dar a luz, las mujeres pueden ser trasladadas a instalaciones separadas, con un diseño especial, cuidados médicos y suplementos para el cuidado del bebé. No obstante, estos beneficios no se proporcionan en todos los centros penitenciarios, haciendo que existan consecuencias negativas para los derechos y bienestar de la madre y el infante (Robertson, 2008).

Kalinsky y Cañete (2012) refieren que estas mujeres deben tener en cuenta que al momento de tomar la decisión de continuar con el embarazo, los controles de salud no se hacen de forma periódica, hay obstáculos administrativos para el traslado a los hospitales y a veces las mujeres no gozan de la salud suficiente como para tener un embarazo y parto saludables (desnutrición, adicciones, o enfermedades preexistentes).

Programas que desarrollan en los centros penitenciarios para PPL en gestación.

De acuerdo con El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2019) esta entidad junto con el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario coordina programas de atención a madres en embarazo, gestantes y menores de edad que se encuentran en los establecimientos penitenciarios y/o carcelarios. De igual manera cuentan con guarderías al interior de los mismos.

El INPEC maneja el proyecto de Madres gestantes y lactantes.

El objetivo fundamental del programa es la atención integral a las mujeres, con embarazo deseado o no, gestante o puérpera (40 días después del parto), que se encuentre en periodo de lactancia (contemplado hasta los dos (2) años de lactancia materna complementaria), con derechos inobservados, amenazados o vulnerados, y sus hijos e hijas bajo cuidado temporal menores de 18 años. Esto, con el fin de fortalecer sus factores de generatividad, posibilitar su efectiva inclusión socio-familiar, aportar en la construcción de su proyecto de vida y restablecer el ejercicio de sus derechos y los de sus hijos e hijas. (ICBF, 2019).

Interrupción voluntaria del embarazo.

Es un derecho fundamental de las niñas y mujeres, el cual fue reconocido como tal por la Corte Constitucional Colombiana mediante la Sentencia C-355 de 2006, en tres circunstancias (ABECÉ, 2012):

1. Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
2. Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
3. Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Sin embargo, como argumenta Navas (2017) la interrupción voluntaria del embarazo o aborto sigue siendo al día de hoy un tema de alto debate por sus implicaciones jurídicas, humanas, sociales, religiosas, políticas y de salud; año tras año menos países en el mundo tienen restringida la práctica del aborto.

Modelo de atención para la IVE.

El modelo según el Ministerio de Salud y Protección Social (2014) está constituido por cuatro momentos claramente definidos:

1. Consulta inicial:

- Diagnóstico del embarazo y cálculo de la edad gestacional.
- Solicitud de la embarazada de interrumpir voluntariamente el embarazo dentro de

alguna de las causales señaladas en la Sentencia C-355 de 2006.

- Verificación de la causal.

2. Orientación asesoría:

- Apoyo emocional.
- Revisión de la toma de decisión.
- Aspectos legales – Derechos.
- Asesoría en métodos para la IVE
- Asesoría en anticoncepción.

b. Procedimiento:

- Tratamiento por aspiración endouterina.
- Tratamiento con medicamentos.

b. Seguimiento:

- Seguimiento.
- Asesoría.

Según las Naciones Unidas, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (s.f.) se dice que las mujeres privadas de la libertad interrumpen su embarazo por motivos tales como la mala higiene o la falta de atención médica que existe en los centros penitenciarios y carcelarios, también añadiéndose aspectos como:

a) Las cárceles albergan a un número desproporcionado de grupos marginados, personas en malas condiciones de salud y con enfermedades crónicas no tratadas, y aquellos que se involucran en prácticas riesgosas como el consumo de drogas y la comercialización del sexo.

b) La condición de las cárceles es en sí poco saludable, faltando en general espacio para el alojamiento, buenos niveles de higiene, alimentos, en ocasiones agua potable, actividad física. Además, los internos están sujetos a altos niveles de violencia.

c) El alto índice de movilidad de las personas desde la sociedad hacia las cárceles, donde el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual es alto, y de las cárceles a la sociedad, sin haber recibido en muchos casos un tratamiento efectivo.

d) Otra razón por la que interrumpen su embarazo, es porque pocas cárceles (cuando las hay) en el mundo están apropiadamente equipadas para recibir un nacimiento y para manejar cualquier complicación que pudiera surgir durante éste. Muchas carecen de instalaciones de maternidad o pediátricas y de personal capacitado; otras, se resisten a asumir una responsabilidad tal. (Robertson, 2008).

En cuanto al tema de la planificación familiar, para evitar posibles embarazos no planeados, las reclusas argumentan que hay cierta exclusión de los programas que se tienen al interior de la cárcel sobre temáticas como prevención de ITS a mujeres con relaciones íntimas no activas en su totalidad, es decir brindan estos programas solo las mujeres con parejas estables, pero además se refieren a estos métodos como poco seguros debido a que son productos poco confiables como condones no hipoalergénicos, pastillas, inyecciones, dispositivo intrauterino, además sostienen que su atención en salud para determinar cuál tipo de método anticonceptivo se adapta mejor a su organismo es muy débil, pues no son valoradas por un profesional idóneo y experto, ya que estos servicios los prestan las enfermeras consideradas por las PPL personas no idóneas, ya que según ellas no cuentan con conocimientos de ginecología (Martínez, 2018).

Estadísticas frente al IVE y embarazo no deseado en Colombia.

Según la Organización Mundial de la Salud en el mundo mueren 47.000 mujeres al año a causa de un procedimiento mal realizado, de esas interrupciones tres de cada cuatro ocurren en países de América latina y África (Ortiz, 2018, p. 1).

Entre 2014 y 2016 se registraron en Bogotá 24.693 procedimientos de IVE. Los datos disponibles reflejan una variación porcentual de 16.4 puntos entre 2014 y 2015, el 31 de mayo de 2016 se habían realizado 4.293 abortos legales en la ciudad.

Por otro lado, Ortiz (2018) refiere que en Profamilia en el año 2017 se realizaron más de 10.000 interrupciones de embarazo en todo el país, siendo Bogotá, Medellín, Cali y Barranquilla las principales ciudades en las que se realizó esta práctica. García (2018) manifiesta que Profamilia está promoviendo una campaña en el Metro de Medellín, y en otras partes del país, denominada “La decisión es tuya”, con ella pretende brindar información y asesoría sobre las posibilidades legales de interrupción voluntaria del embarazo, de tal manera que se reduzca el número de abortos clandestinos.

Se estima que la mitad de todos los abortos en Colombia son inducidos mediante el uso del medicamento misoprostol. El inadecuado conocimiento de los proveedores sobre protocolos basados en evidencia, así como la falta de información de las mujeres sobre cuándo y cómo usar el medicamento, pueden conducir a la tasa de complicaciones innecesariamente alta (Prada, Singh, Remez & Villarreal, 2011).

Profamilia estima que cada año ocurren alrededor de 400 mil abortos en sitios ocultos y en condiciones de salubridad deplorables. Se cree que 123 mil mujeres que abortan en esas condiciones sufren complicaciones de salud, que el 21% de ellas no recibe el tratamiento que necesita y que otro porcentaje de ellas muere (García, 2018).

Planificación familiar.

El concepto de planificación familiar fue definido por un Comité de Expertos de la OMS en 1970:

La planificación de la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia (Valero, Rausell, Pacheco & García, s.f., p. 1).

La planificación familiar es el conjunto de prácticas, que pueden ser utilizadas por una mujer, un hombre o una pareja de potenciales progenitores, orientadas básicamente al control de la reproducción mediante el uso de métodos anticonceptivos en la práctica de relaciones sexuales (Morales et al., 2013).

Según el Programa de Salud Sexual y Reproductiva para entornos humanitarios de UNFPA (2012) el acceso a los servicios de planificación familiar podría reducir significativamente los casos de muerte materna y mejorar los resultados en materia de salud familiar.

¿Por qué es importante la planificación familiar?

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2012) la planificación familiar trae los siguientes beneficios:

- Las madres y las/los bebés son más sanas/os cuando se evitan embarazos de riesgo.
- Familias más pequeñas significan más dinero y comida para cada hijo.
- Los padres tienen más tiempo para trabajar y estar con la familia.

Métodos anticonceptivos en el centro penitenciario y carcelario.

El equipo de salud debe acompañar y ayudar a identificar sus necesidades anticonceptivas, para que puedan optar libremente entre las opciones disponibles, aquella que mejor responda a sus preferencias y necesidades actuales, y permita satisfacer sus intenciones reproductivas. Los operadores y educadores tienen un importante papel que cumplir promoviendo el interés en este tema, y colaborando con los mensajes de cuidado. (Naciones Unidas. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, s.f.).

Las PPL deberán acceder a métodos anticonceptivos, de manera consciente, libre, informada y responsable. El equipo de salud debe acompañar y ayudar a identificar sus necesidades anticonceptivas, para que puedan optar libremente entre las opciones disponibles, aquella que mejor responda a sus preferencias y necesidades actuales, y permita satisfacer sus intenciones reproductivas. Se deberá ofrecer amplia información sobre todos los métodos disponibles, incluyendo materiales educativos apropiados y sesiones educativas grupales, tanto a hombres, mujeres, adultos y adolescentes (Organización Panamericana de la Salud., Organización Mundial de la Salud., y Presidencia de Uruguay. S.f.).

Clasificación de los métodos anticonceptivos.

En la figura 3 se exponen los diferentes métodos anticonceptivos que existen en la actualidad, realizándose una subdivisión entre los métodos temporales y definitivos con el fin de que se conozcan las diferentes opciones de elección, de acuerdo con las necesidades de cada persona.

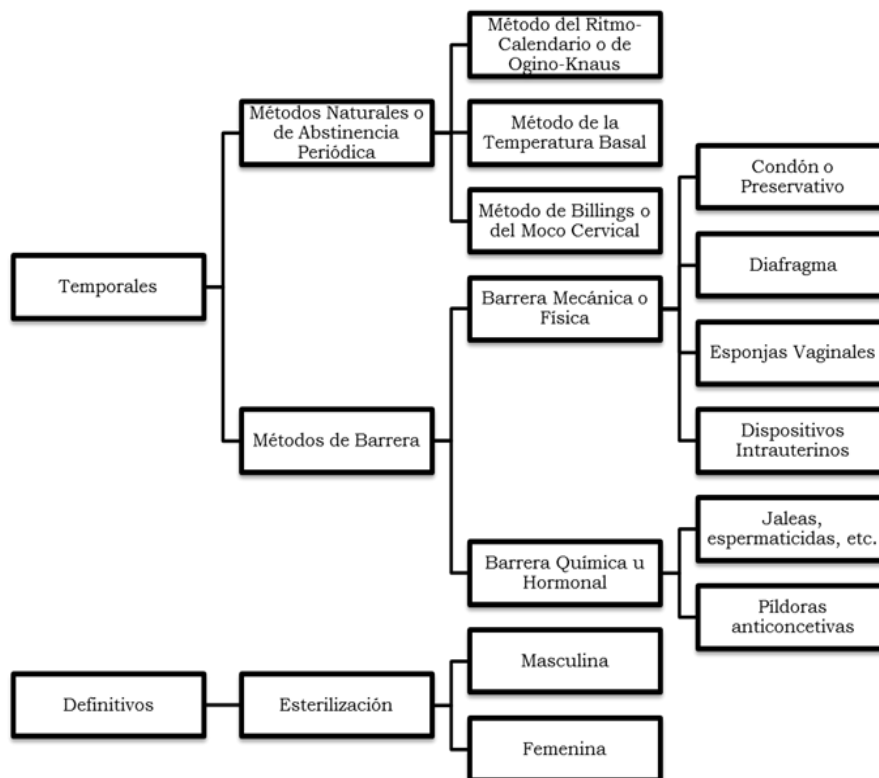


Figura 3. Métodos anticonceptivos.

Métodos naturales.

Como lo refieren Valero, Rausell, Pacheco y García (s.f.) los métodos naturales de regulación de la fertilidad son aquellos que se basan en las variaciones fisiológicas que se producen durante el ciclo menstrual de la mujer para evitar la unión del óvulo y el espermatozoide sin alterar las condiciones naturales que la posibilitan. Dado que la ovulación en la mujer se produce habitualmente una sola vez por ciclo y el óvulo tiene escasa viabilidad si no es fecundado, se evita el coito con eyaculación intravaginal en los días que se presupone ocurrirá dicha ovulación y se permite en los días en los que la posibilidad de gestación se supone es muy baja.

Métodos anticonceptivos hormonales.

La anticoncepción hormonal constituye el segundo método anticonceptivo más utilizado en nuestro país. Las principales novedades en cuanto a composición son la introducción del valerato de estradiol como componente estrogénico para mejorar la seguridad y de la drospirenona, progestágeno con acción antimineralocorticoide, que contrarresta la retención hidrosalina y ha sido aprobado como tratamiento del síndrome premenstrual (Benjumea, Tejeda & Goy, 2011).

Tipos de métodos hormonales.

De acuerdo con Díaz y Schiappacasse (2017) existen tres tipos de métodos:

1. Métodos combinados que contienen estrógeno y progestágeno y que se pueden administrar como píldoras, inyecciones, anillo vaginal o parche transdérmico.
2. Métodos que contienen sólo progestágeno y que se pueden administrar como píldoras, inyecciones, implantes, anillo vaginal o dispositivo intrauterino.
3. Anticoncepción hormonal de emergencia que puede consistir en píldoras de levonorgestrel solo o en píldoras combinadas (Método de Yuzpe).

Anticonceptivos orales.

Los anticonceptivos orales proporcionan un estrógeno, etinilestradiol y un progestágeno. El primer objetivo para usar un anticonceptivo oral combinado es prevenir el embarazo. Dentro de los beneficios se conoce que protegen contra la enfermedad pélvica inflamatoria (EIP) y el embarazo ectópico, reduce la pérdida de minerales óseos y es eficaz en el tratamiento del acné leve y moderado. Además, disminuye la incidencia de cáncer de ovario y cáncer de endometrio (Calderón, 2017).

Anticonceptivos inyectables.

Las inyecciones anticonceptivas son un método seguro y efectivo para evitar temporalmente el embarazo. Estas contienen pequeñas cantidades de hormonas femeninas, como estrógeno y progesterona, que evitan la ovulación. De esta forma al no haber ovulación, no hay riesgo de embarazo. (Profamilia, 2019).

Las inyecciones tienen un mecanismo de acción muy similar al de las píldoras anticonceptivas y en general a todos los métodos hormonales de anticoncepción. Los anticonceptivos hormonales inyectables de aplicación mensual y/o trimestral alcanzan un 94% de efectividad desde el primer día de uso (Profamilia, 2019).

Métodos no hormonales.

Métodos de barrera.

Los condones masculinos, condones femeninos, diafragmas, capuchones cervicouterinos y espermicidas son métodos de barrera para la anticoncepción. Estos métodos actúan mediante el bloqueo físico o químico de los espermatozoides y contribuyen a evitar algunas ITS.

En la tabla 4 se describen los métodos anticonceptivos modernos, su funcionamiento, su índice de eficacia y algunos efectos.

Tabla 4.

Métodos anticonceptivos modernos.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»).	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno).	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación).	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 92% como se usa comúnmente Pastillas de progestágeno solo «mini pastilla» o «mini píldora.	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico. Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno).
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeñas y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno.	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación.	99% si se usa de manera correcta y sostenida.	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes, pero no dañinas.
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular o bajo la piel cada 2 o 3 meses, según el producto.	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo y evita la ovulación.	>99% si se usa de manera correcta y sostenida.	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (cerca de 1 y 4 meses en promedio); las hemorragias vaginales irregulares son comunes, pero no dañinas.
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno.	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación).	>99% si se usan de manera correcta y sostenida.	Las hemorragias vaginales irregulares son comunes, pero no dañinas.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Parche anticonceptivo combinado y anillo vaginal anticonceptivo combinado	Libera dos hormonas de forma continua, una progestina y un estrógeno, directamente a través de la piel (parche) o mediante el anillo.	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación).	El parche y el anillo vaginal son métodos nuevos y los estudios sobre su eficacia son limitados. Los estudios de eficacia realizados señalan que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, cuando se utilizan de un modo correcto y sostenido, y tal y como se aplican comúnmente.	El parche y el anillo vaginal proporcionan una seguridad comparable a los anticonceptivos orales combinados con formulaciones hormonales similares y su perfil farmacocinético es parecido.
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero.	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo.	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias.
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel.	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.	>99%	Con el tiempo se reduce la cantidad de sangre que se pierde con la menstruación; disminuyen los dolores menstruales y los síntomas de endometriosis; se observó amenorrea (ausencia de menstruación) en un grupo de usuarias.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto.	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo.	98% si se usa de manera correcta y sostenida.	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave.	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten.	90% si se usa de manera correcta y sostenida.	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH.
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos.	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado.	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses.	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio.	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides.	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo o día y noche completos, de una criatura menor de 6 meses.	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación).	99% si se aplica de manera correcta y sostenida.	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad.
Píldoras anticonceptivas de emergencia (acetato de ulipristal, 30 mg, o levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección.	Retrasa la ovulación.	Si 100 mujeres tomaran la píldora anticonceptiva de emergencia de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada.	No altera el embarazo si este ya se ha producido.
Método de días fijos	Consiste en determinar los períodos fértiles del ciclo menstrual (normalmente los días 8 a 19 de cada ciclo de 26 a 32 días), utilizando un collar de cuentas u otro elemento.	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles.	95% si se usa de manera correcta y sostenida. 88% tal y como se usa comúnmente (Arévalo y colaboradores 2002).	Puede utilizarse para determinar los días fértiles en el caso de mujeres que quieran quedarse embarazadas y en el de mujeres que deseen evitar el embarazo. El uso correcto y sostenido requiere la colaboración de la pareja.

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método de la temperatura basal corporal	La mujer debe registrar su temperatura corporal a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse, prestando atención a que se produzca un aumento de 0,2°C a 0,5°C	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles.	99% si se usa de manera correcta y sostenida. 75% tal y como el FABM se usa comúnmente. (Trussell, 2009).	Cuando aumenta la temperatura basal y se mantiene alta durante tres días enteros, se ha producido la ovulación y el período fértil ha pasado. Las relaciones sexuales pueden reanudarse el cuarto día hasta la siguiente menstruación mensual.
Método de los dos días	Este método consiste en determinar los períodos fértiles, prestando atención a la presencia de moco cervical (si hay secreciones, tipo, color y consistencia).	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días fértiles.	96% si se usa de manera correcta y constante. 86% con una práctica típica o común (Arévalo, 2004)	Es difícil de aplicar si hay infección vaginal u otra afección que altere el moco cervical. El coito sin protección puede reanudarse después de dos días consecutivos sin secreciones.
Método sintotérmico	Consiste en determinar los períodos fértiles prestando atención a los cambios en el moco cervical (textura transparente), la temperatura corporal (ligero aumento) y la consistencia del cuello del útero (ablandamiento)	Impide el embarazo, si se evita el coito sin protección durante los días más fértiles.	98% si se usa de manera correcta y sostenida. Se notificó un 98%, tal y como se práctica comúnmente (Manhart y colaboradores 2013).	Podría ser preciso utilizarlo con precaución después de un aborto, alrededor de la menarquia y la menopausia, y en situaciones que puedan provocar un aumento de la temperatura corporal.

Nota: Elaboración propia.

Desde la Organización Mundial de la Salud se han dispuesto algunas estrategias en una guía para manejar las intervenciones en los casos de prevención y control de ITS y promoción de la salud. En la tabla 5 se profundiza en cada uno de estos programas y las actividades que se realizan.

Tabla 5.

Guía para la ejecución en colaboración de intervenciones para la prevención y el control de las ITS

Programa	Actividades básicas primarias, por orden de prioridad	Actividades en colaboración
VIH / SIDA	<p>Prevención y atención de las infecciones por VIH y otras ITS.</p> <p>Promoción del uso de preservativos.</p> <p>Prevención positiva.</p> <p>Asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH.</p> <p>Vigilancia de segunda generación con indicadores de ITS.</p> <p>Seguimiento y evaluación.</p> <p>Investigaciones operacionales.</p>	<p>Salud sexual.</p> <p>Intervenciones específicas para la prevención y atención del VIH y las ITS.</p> <p>Promoción de la gestión sindrómica de las ITS.</p>
Programa de ITS	<p>Directrices, elaboración e integración de planes de estudios, capacitación, garantía de la calidad.</p> <p>Tratamiento sindrómico de las ITS en los centros de atención de las ITS.</p> <p>Guía de tratamiento y plan para las parejas sexuales.</p> <p>Promoción del uso de preservativos.</p> <p>Vigilancia de las ITS.</p> <p>Intervenciones específicas para la prevención y el control de las ITS.</p> <p>Seguimiento y evaluación.</p>	<p>Prevención de ITS entre personas con VIH</p> <p>Detección sistemática de la sífilis antes del parto.</p> <p>Vigilancia de segunda generación.</p> <p>Asesoramiento y pruebas voluntarias de detección de infecciones por VIH en los servicios de ITS.</p>
Salud sexual y reproductiva	<p>Prevención y atención de la sífilis prenatal.</p> <p>Promoción del uso de preservativos como medio de protección dual.</p> <p>Directrices de salud sexual adaptadas a la edad de los destinatarios.</p> <p>Tratamiento contra las ITS en centros de atención de salud reproductiva.</p> <p>Seguimiento y evaluación</p>	<p>Vigilancia de segunda generación</p>

Programa	Actividades básicas primarias, por orden de prioridad	Actividades en colaboración
Ministerios de educación y ministerios de la juventud	Educación y servicios completos y apropiados para este grupo de edad en materia de salud sexual, incluida la producción de material informativo en idiomas locales.	Centros de salud en las escuelas, cuando sea posible.
Ministerios de trabajo, turismo y otros	Intervenciones en el lugar de trabajo con educación e información entre compañeros. Consultorios para la detección sistemática y el tratamiento de las ITS.	Dispensarios de salud con capacidad para detectar y tratar las ITS.

Nota: Elaboración propia.

Prevalencia de uso de los métodos anticonceptivos.

La ENDS (2015) evidencia que Bogotá tiene la prevalencia más alta (80,0 %) de uso actual de métodos anticonceptivos y Atlántico la más baja (69,0 %). Así mismo, muestra que el mayor uso de la píldora se da en la región Central (9,0 %), dispositivo intrauterino – DIU en Bogotá (11,0 %), inyección mensual en la Orinoquía y Amazonía (12,0 %) y del condón masculino en la región Oriental (8,0 %). La esterilización femenina sigue siendo uno de los métodos más usados por las mujeres unidas (35,0 %), seguido de la inyección (14,0 %), (mensual 9,0 % y trimestral 5,0 %) y píldora (7,0 %). Y en las mujeres no unidas sexualmente activas, los métodos de uso actual son condón masculino (16,0 %), inyección (18,0 %) y píldora (13,0 %). (ENDS, 2015).

El uso de anticonceptivos ha aumentado en muchas partes del mundo, especialmente en Asia y América Latina, pero sigue siendo bajo en África. A escala mundial, el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente, de un 54% en 1990 a un 57,4% en 2015. A escala regional, la proporción de mujeres de entre 15 y 49 años de edad que usan algún método anticonceptivo ha aumentado mínimamente o se ha estabilizado entre 2008 y 2015. En África pasó de 23,6% a 28,5%; en Asia el uso de anticonceptivos modernos ha aumentado ligeramente

de un 60,9% a un 61,8%, y en América Latina y el Caribe el porcentaje ha permanecido en 66,7%. (OMS, 2018b).

Programas que existen a nivel mundial sobre planificación familiar.

Los programas nacionales de planificación familiar sólidos tienen ciertas características clave, como la provisión de una variedad de servicios de planificación familiar de alta calidad, opciones de consejería y anticoncepción (Kuang & Brodsky 2016).

Las políticas nacionales cuando son claras ayudan a proporcionar una estructura para los programas de planificación familiar, los que deben ser apoyados mediante monitoreo y evaluación, capacitación, supervisión y apoyo logístico realizados con regularidad. Debido a que los servicios y métodos deben ser accesibles a toda la población, los programas efectivos tienen amplias estrategias de alcance comunitario para servir a la población en general y cuentan con enfoques dirigidos para llegar a las poblaciones insuficientemente atendidas a través de programas de medios masivos de comunicación, mercadeo social o distribución basada en la comunidad. Así mismo, los programas exitosos tienen en operación medidas de aseguramiento de la calidad basadas en derechos para asegurar la aceptación voluntaria y bien informada de la planificación familiar (Kuang & Brodsky, 2016).

Situación de las madres con sus hijos en las reclusiones de Colombia.

Otro punto importante y que ha sido poco estudiado, es la situación que viven las madres con sus hijos en las reclusiones y el impacto psicológico que esto tiene en los niños, pues aunque hay muchos embarazos que fueron planificados, muchos otros no, por lo que los niños independientemente de la decisión de su madre de planearlo o no planearlo, tienen que vivir y experimentar situaciones como la separación de su madre, luego de cumplir los tres años de edad y el vivir en el centro de reclusión, entre otras, como se describen a continuación.

Los niños que viven con sus madres en las reclusiones representan un tema importante, pues uno de los problemas principales es la separación de las madres de sus hijos al cumplir los tres años, de acuerdo con las normas vigentes, sin contar con el apoyo psicológico adecuado para manejar esta situación.

Según Sánchez- Mejía et al. (2018) las cifras del INPEC hacia el mes de agosto de 2018 se encontraban recluidas en los Centros Penitenciarios del país cerca de 15 madres lactantes y 86 madres gestantes, así como 67 niños menores de tres años se encontraban viviendo con sus madres en los centros de reclusión.

La privación de la libertad de la madre puede tener efectos nocivos en los hijos debido a que ellos vivencian la separación de sus madres, el estigma y/o las presiones sociales y económicas.

Efectos psicosociales para una madre PPL.

Las mujeres encarceladas sufren una doble condena: la del encierro y la social. Las mujeres tienen un papel central en el mantenimiento de la familia, ello les lleva a trabajar, tanto fuera como dentro de casa, combinando y haciendo compatibles las tareas del hogar, la crianza de los hijos e hijas y el trabajo fuera de casa. En el momento de ser encarceladas suelen desempeñar un papel de gran responsabilidad en el ámbito familiar, por lo que el cumplimiento de largas condenas por parte de estas mujeres está teniendo, además, consecuencias para muchas más personas (Herrera & Expósito, 2010).

Según Lagarde (como se cita en Herrera & Expósito, 2010) el ingreso a prisión de una mujer conlleva el estigma familiar, alteración de los roles y problemas de apego que se ven agravados en el caso de tener hijos e hijas pequeños en prisión. Para estas madres, resulta muy necesaria una red social que las provea de apoyo emocional, para así prevenir situaciones estresantes, inevitables en gran medida, a las que han de enfrentarse.

Las madres que permanecen en un contexto privativo de libertad se ven eventualmente imposibilitadas de fijar límites, ya sea para la seguridad física del hijo/a o para lograr una cierta estabilidad emocional (Pavez, Mena & Lobos, 2009). Además, las internas desarrollan un grado de culpabilidad por su ausencia física al interior de la familia de origen, no deja de ser importante que la relación que mantienen con sus hijos/as constituye un elemento crucial para sobrellevar la cotidianidad de la prisión (Pavez et al., 2009).

Para un niño, hijo de una PPL

Frente a las consecuencias que afrontan los niños están los problemas psicosociales existen la depresión, hiperactividad, comportamiento agresivo o dependiente, retraimiento, regresión, problemas de alimentación, entre otros (Rueda, 2014).

Los adolescentes que se desarrollan en un contexto determinado y en condiciones poco favorables a nivel familiar y social estarían más susceptibles a cometer actividades de riesgo, producto de la ausencia de la madre encarcelada. Esto, a su vez condiciona un medio con escasas normas y límites en el hogar, lo que conlleva a los adolescentes a un eventual involucramiento en actos delictivos. (Pavez et al., 2009). Murray (como se citó en Colorado & Vergara, 2015) refiere que pueden existir riesgos de comportamiento antisocial en la adultez para los niños que vivieron sus primeros años en prisión, al parecer tienden a volver a la cárcel como delincuentes.

Antony (como se citó en Colorado & Vergara, 2015) argumenta que la cárcel puede representar para los niños una socialización negativa, dada las situaciones de violencia que allí se viven, pues afirman que las peleas, gritos, golpes y violencia, comunes en el ambiente carcelario son negativas para los niños(as) pues producen dificultades en las relaciones con los demás.

En cuanto a factores asociados al desarrollo de los niños y de las niñas Colorado y Vergara (2015) refieren que la cárcel produce en los niños y niñas lentitud en su desarrollo y

retardo en su proceso de aprendizaje: “los niños comienzan a hablar más tarde porque en la cárcel tienen un vocabulario reducido, son solitarios y no intentan llamar la atención” (p.7).

Los mismos autores argumentan que el INPEC se manifiesta ante esta situación diciendo que separar al hijo de la madre es “destrutivo y lesivo de la armonía y unidad que debe existir con su vínculo maternal y familiar; que es violatorio del derecho del niño(a) a ser reconocido, querido, cuidado, por su madre, quien tiene el deber moral, la obligación legal y el vínculo natural de educarlo en sus primeros tres (3) años de vida” (p.10).

Tipos de estrategias psicoeducativas.

Estrategias de Salud en centros de privación de libertad.

Aristizábal, et al., (2016) refiere que un estudio realizado solo con mujeres en la Cárcel Distrital de Manizales (Colombia) se encontró que 28,9% de la población consumía alcohol y 18,2% otras sustancias psicoactivas, por esto, se implementó un proyecto en salud mental para las reclusas titulado *Proyecto socioeducativo de investigación-acción diferencial de género de las mujeres reclusas en Colombia y sus familias: Modelo y acción de tratamiento para la política pública y la atención igualitaria para la reinserción.*

Este proyecto es un programa integral e interdisciplinar socioeducativo que ha estado compuesto por diversas actuaciones prioritarias que se han desarrollado durante la fase de acción del proyecto, tiene como objetivo identificar las características principales de las mujeres reclusas y sus hijos (as) actuando desde un programa integral con enfoque diferencial de género, con diversas actuaciones en cuanto a salud física, mental y educación social de las internas. (Aristizábal et al., 2016).

También se encuentra el programa de Desarrollo de Relaciones entre Madres e Hijos (MOLD) el cual ayuda a las reclusas a mantener relaciones con sus hijos durante la separación y

de la importancia de mantener y fortalecer los vínculos, mientras se está en prisión (Rueda, 2014).

Entrega de preservativos.

Los preservativos deben estar disponibles de forma fácil y discreta, idealmente en las áreas de baños, duchas, salas de espera, talleres, o salas de día donde los reclusos puedan tomarlos sin ser vistos. La distribución puede ser realizada por el personal sanitario, por máquinas expendedoras, por reclusos capacitados (pares) o combinando estas formas. Cada prisión debe decidir cuál es la mejor manera de poner los preservativos a disposición de los privados de libertad para que estén al alcance en una forma fácil y discreta (UNODC, 2012).

El apoyo de los reclusos y del personal penitenciario es importante, y tanto los privados de libertad como el personal deben recibir información y educación sobre programas y los beneficios esperados e involucrarse en su diseño y ejecución (UNODC, 2012).

Protección al personal.

Es esencial que el personal reciba capacitación inicial y continua que le permita cumplir brindar a los reclusos la orientación y el apoyo apropiados. Esta capacitación debe permitirles anticipar y manejar situaciones en las que ellos pueden quedar expuestos a ITS.

Según UNODC (2012) para el manejo de estos casos se deben tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Deben participar en su lugar de trabajo en programas de capacitación sobre VIH, hepatitis y tuberculosis y de las formas de transmisión de estas infecciones dentro de las cárceles. Cuando el personal penitenciario no recibe la capacitación adecuada, es más probable que reaccione con temor ante personas con ITS y esto puede llevar a una estigmatización y discriminación contra las personas que viven con ellas y contra aquellas que se perciben como en riesgo de tenerlas o contraerlas.

- Deben tomar precauciones para reducir el riesgo de contraer infecciones.
- Finalmente, deben brindar un apoyo activo a los programas de prevención para privados de libertad.

En la siguiente tabla (tabla 6) también se plantean ciertas técnicas o métodos para trabajar en la prevención de ITS y en la promoción de la salud sexual y reproductiva saludable, detallándose el objetivo principal o el fin de cada actividad y el procedimiento para garantizar una mayor eficacia al momento de replicar cualquiera de las estrategias.

Tabla 6.

Técnicas o estrategias psicoeducativas para trabajar la salud sexual

Concepto	Objetivo	Procedimiento
Concepto de sexualidad	Conocer las concepciones que tiene el grupo acerca de la sexualidad.	Se realiza una tormenta de ideas con el grupo sobre la siguiente frase Para mí la sexualidad significa... Se anotan todas las expresiones y se hace una definición que las englobe.
El lenguaje sexual	Reflexionar sobre el lenguaje habitualmente empleado para referirse a la sexualidad.	Se escriben en la pizarra algunas palabras como: vulva, pene, vagina, testículos, clítoris, coito, homosexualidad... Se pide al grupo que escriba debajo de cada palabra un sinónimo coloquial. Después se debate con el grupo las siguientes cuestiones: ¿Por qué hay tantas denominaciones? • ¿Qué connotaciones tienen? ¿Todas las palabras tienen muchos sinónimos? ¿Por qué algunas tienen menos?
Cómo aprendimos acerca de la sexualidad	Revisar los aprendizajes recibidos en torno a la sexualidad. Debatir en qué medida ha variado la vivencia de la sexualidad para las mujeres de diferentes generaciones	Se pide a las mujeres del grupo que hagan una reflexión personal sobre las siguientes cuestiones: ¿Cómo aprendieron ellas sobre la sexualidad?, ¿Cómo les hubiera gustado aprender? • ¿En qué momentos hubieran necesitado tener más información sobre su cuerpo, o

Concepto	Objetivo	Procedimiento
		sobre la sexualidad? • ¿Cómo aprendieron nuestras madres? ¿Y nuestras hijas? Tras la reflexión individual se comparte en parejas o tríos y se debate finalmente en el grupo.
Métodos anticonceptivos	Proporcionar información acerca de los métodos anticonceptivos actuales.	Se divide el grupo en varios subgrupos, se les reparte folletos y documentación acerca de los métodos anticonceptivos. Cada subgrupo elaborará un resumen y expondrá al resto la información básica (modo de utilización, ventajas, inconvenientes) sobre el tipo de grupos que se les ha asignado (Hormonales, químicos, de barrera, etc.)
Interrupción voluntaria del embarazo	• Ofrecer información acerca de los aspectos técnicos y legales necesarios para interrumpir voluntariamente un embarazo	•Exposición acerca de en qué consiste una interrupción voluntaria del embarazo: técnicas, requisitos legales. •Si en el grupo hay mujeres extranjeras se propone al grupo hacer investigación de cuál es la situación legal en esos países y se debate sobre la comparación.
Infecciones de transmisión sexual	• Promover actitudes de prevención de las ITS. • Proporcionar información básica sobre los principales signos y síntomas para detectar y actuar ante una ETS.	• Se propone una tormenta de ideas sobre las ETS. Se reparte folletos sobre las mismas y en subgrupos preparan una pequeña exposición sobre ellas.

Nota: Elaboración propia.

Programa de Intervención en Salud desde un enfoque de Género con Mujeres Privadas de Libertad.

Mediante talleres en las cárceles las mujeres pueden encontrar en su grupo un espacio de complicidad donde pueden compartir las experiencias, las dudas y los temores vividos y también aquellas cosas que les causan placer y diversión. Esto con el fin de abordar temáticas sobre su sexualidad, siempre teniéndose en cuenta las diferencias de cada una por esto son pilares importantes el conocer su nivel formativo, la edad, etnia, discapacidades, si han sido víctimas de algún hecho, entre otras. (Migallón & Voria, 2007). En estos talleres se abordan conceptos como: Definición de sexualidad, el lenguaje sexual, anatomía sexual masculina y femenina, la sexualidad en las relaciones, mitos en torno a la sexualidad, la imagen corporal y la sexualidad, los métodos anticonceptivos, la interrupción voluntaria del embarazo, prevención de ITS y prevención del VIH/SIDA.

Colectivo de trabajo por las mujeres privadas de la libertad, Bogotá.

Este colectivo de mujeres jóvenes se organiza para que, desde un enfoque de género, se desarrolle el trabajo en cárceles y el análisis diferencial de los impactos que tiene el sistema carcelario en las mujeres y donde las internas conozcan y reconozcan sus derechos, en especial, los consagrados en las Reglas de Bangkok de las Naciones Unidas. A través de su iniciativa “*defendamos los derechos sexuales y reproductivos desde adentro*” fortalecerán las habilidades y capacidades de las mujeres privadas de la libertad para la exigencia de sus derechos sexuales y reproductivos al interior de la Reclusión de Mujeres Buen Pastor en Bogotá (Fondo Lunaria Mujer, 2013).

Objetivos

Objetivo General

Promover el autocuidado y la prevención de ITS y embarazos no planeados en mujeres en edades comprendidas entre los 18 y 35 años privadas de la libertad de la reclusión de mujeres de la ciudad de Bogotá.

Objetivos Específicos

1. Diseñar una cartilla con temas que contribuyan a la promoción de conductas de autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados, dirigido a mujeres privadas de la libertad en El Buen Pastor de Bogotá.
2. Validar la cartilla con PPL del Buen Pastor
3. Socializar el producto final con los funcionarios pertenecientes al grupo psicosocial de la RMB, para que haya un manejo adecuado de la cartilla hacia la población a la que vaya dirigida.
4. Compartir la cartilla al INPEC, en el contexto de la Responsabilidad Social Universitaria.

Estudio del mercado

Objetivos

Objetivo general del estudio de mercadeo.

Evaluar la necesidad de diseñar e implementar un programa para desarrollar prevención en embarazo no planeado e ITS para población privada de la libertad en un centro penitenciario.

El estudio de mercadeo presentado a continuación se realiza con el fin de identificar la necesidad de tratar dos temas de salud pública como los son las ITS y los embarazos no planeados en población vulnerable, como lo es la población carcelaria, esto mediante la búsqueda, análisis y estudio de los programas existentes a nivel nacional e internacional sobre autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados en mujeres privadas de la libertad y de estrategias como una encuesta para poder determinar las opiniones y percepciones que tienen los funcionarios sobre la importancia de manejar estos temas al interior de la reclusión.

Objetivos específicos del estudio de mercadeo.

1. Indagar si existen actualmente a nivel nacional programas de la misma línea para población privada de la libertad (PPL)
2. Elaborar un análisis DOFA, el cual permita identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de cada programa de este tipo sobre prevención en PPL.
3. Contar con una noción clara de la población beneficiada y sus expectativas, necesidades y posibilidades con respecto al programa de prevención que se ofrecerá.
4. Obtener, analizar y comunicar la información necesaria acerca del cliente del programa de prevención a PPL.

Descripción del producto

Nombre del producto.

“YO DECIDO” Proyecto de autocuidado y prevención de embarazo no planeado e ITS para mujeres PPL de la reclusión de mujeres de Bogotá.

YO DECIDO Proyecto de autocuidado y prevención de embarazo no planeado e ITS para mujeres PPL es una iniciativa de psicoeducación dirigida a las mujeres PPL de la RMB entre las edades de 18 a 35 años. Con el fin de generar un aporte significativo desde el marco de la responsabilidad social universitaria mediante una cartilla con información y actividades psicoeducativas dinámicas que fortalezcan la toma de decisiones, la reflexión y la concientización, sobre temáticas como: prevención de embarazo no planeado e ITS, planificación familiar, relaciones, conducta sexual responsable, conocimiento de sus derechos, entre otras.

Logo- símbolo y slogan del producto.



Figura 4. Logo-símbolo del proyecto YO DECIDO.

En el logo se proyectan dos manos que están intentado unirse enmarcados en un corazón, esta imagen se diseñó con el objetivo de transmitir unión del conocimiento, ya que aunque es una decisión que cada mujer debe tomar en cuanto a las prácticas de autocuidado y conductas de prevención que desea desarrollar, también es un proceso que debe visualizarse de manera conjunta, pues como psicólogos en formación y teniendo también en cuenta los profesionales del grupo psicosocial quienes serán los encargados de poner en práctica el material de la cartilla al interior de la reclusión, debemos aportar conocimiento, pautas, brindar estrategias para que por medio del aprendizaje de estas, ellas logren decidir mediante su autonomía cuales son las prácticas que ellas

desean adquirir en su vida, pero todo mediante un previo aprendizaje en donde ellas conozcan los beneficios y las consecuencias, entre otras.

Esto también nos lleva al siguiente aspecto que es la palabra yo decido y posteriormente libertad sexual y reproductiva, porque lo que se pretende con esto es que ellas conozcan y tengan un aprendizaje sobre estos temas, para que después ellas mismas como se decía anteriormente escojan y decidan libremente sobre su sexualidad. En cuanto a los colores utilizados en el logo, son colores cálidos y se eligieron de manera intencional ya que los colores “son un medio atractivo que consciente o subconscientemente actúan sobre el observador” (Disseny, s.f., p. 3) específicamente los colores cálidos generan un efecto de apertura en el observador, cuanto más rojo o amarillo más llama la atención, pues producen vivacidad, alegría, entusiasmo, pasión, fuerza, revolución y es el color utilizado en aspectos relacionados con la sexualidad. El naranja simboliza entusiasmo y acción, según Arnheim (2008) significa algo incandescente, ardiente, brillante, el cual es tomado como un color sociable y amable.

“Si me protejo: aporto cuidado al prójimo y a mi familia, para una mejor sociedad”

Este slogan se escogió, queriendo transmitir que el autocuidado y la prevención de estas dos temáticas, son aspectos que actúan de manera macro, pues la elección es individual, pero impacta a la mayoría de áreas de la persona, pues si se realizan prácticas de autocuidado y de prevención de embarazos no planeados, se extraen previniendo consecuencias como daños en el sistema reproductor femenino, aspectos psicológicos en cuanto a la madre y el niño, calidad de vida, y de igual manera con las ITS pues se disminuye el impacto psicológico, físico, económico y social que se genera en la persona y en sus áreas de ajuste.

Producto básico.

Es un producto psicoeducativo que genera espacios de aprendizaje al interior del centro carcelario, está conformado por una cartilla didáctica, teniendo como ejes fundamentales la

prevención del embarazo no planeado y la prevención de ITS. Donde según los elementos encontrados en la encuesta de mercadeo se facilitará de manera física y virtual.

Producto real.

Proyecto que posibilita a las mujeres privadas de la libertad conocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, estrategias de prevención, estrategias de autocuidado, información relevante sobre ITS (temas sobre cómo se transmiten, como no se transmiten, que pasa con el organismo cuando tenemos alguna ITS, pruebas de detección) información relevante sobre embarazos no planeados, métodos de planificación familiar, cuidados entre sexo entre mujeres, pautas para mantener relaciones saludables, entre otros temas mediante una cartilla con herramientas enriquecedoras que fue socializada al grupo psicosocial de la reclusión, con la intención de que la tengan en cuenta como herramienta pedagógica para las PPL, como estrategia para realizar prevención primaria e impactar con calidez humana proyectando tener efectos en el bienestar y la salud sexual y reproductiva.

Producto ampliado.

Es importante que los funcionarios psicosociales tengan conocimiento sobre la cartilla “YO DECIDO”, sus temas y actividades expuestos en está antes de desarrollarla con las mujeres privadas de la libertad, por ende se les brindará el servicio de capacitación frente a los diferentes temas implementados en la cartilla, como lo son autocuidado, ITS, embarazos no planeados, entre otros, en estas capacitaciones se abordarán y se explicarán el paso a paso de la implementación de los talleres y/o actividades, también se expondrán los temas anteriormente mencionados y por último se aclararán dudas, esto con el fin de que las PPL reciban una buena calidad de servicio; en estas capacitaciones se ofrecerá información concreta, entendible y acertada para que los funcionarios psicosociales tengan plena confianza de instaurar o desarrollar la cartilla con las PPL con total

confiabilidad. Además, se realizarán visitas continuas para confirmar o ratificar que el cliente este haciendo un buen uso del material otorgado como lo es la cartilla.

Por otro lado, la cartilla tendrá un código QR el cual será de fácil acceso mediante su celular, este código le llevará directamente a la cartilla en formato digital.

El factor diferenciador es que es un proyecto actualizado en las temáticas a desarrollar, que brinda la oportunidad de realizar psicoeducación para el desarrollo de una sexualidad plena en el ámbito penitenciario recurriendo a actividades de sensibilización frente a ITS y embarazo no planeado, con la expectativa de mejorar la calidad de vida en la población carcelaria.

Variables psicológicas que lo componen

Autocuidado: El autocuidado ubica el cuidado referenciado a sí mismo, teniendo en cuenta que la responsabilidad de proporcionarse una vida saludable se centra en cada persona a partir de su formación durante toda la vida (Escobar, Franco & Duque, 2011).

Bienestar: “Se centra en la experiencia de satisfacción con la propia vida (factor cognitivo), nivel elevado de afecto positivo y nivel bajo de afecto negativo (factores afectivos)” (García-Alandete, 2014, p.17).

Psicosocial. Por un lado, el prefijo “psico” se refiere al aspecto subjetivo de la persona y, por otro, la palabra “social” hace relación a esa persona dentro de un mundo con el cual se relaciona y que le da sentido de pertenencia e identidad. (Montañez, Bernal, Heredia & Lozada, 2007).

Calidad de vida. Ferrans (como se citó en Urzúa & Caqueo-Urizar, 2012) define la calidad de vida como el bienestar personal que se puede percibir a través de la satisfacción o insatisfacción con ciertos aspectos de la vida que son importantes para cada persona. Con este proyecto queremos que, por medio de la información y las estrategias brindadas en la cartilla, las mujeres de la reclusión las pongan en práctica como medidas de autocuidado, contribuyendo esto al bienestar

físico y psicológico de cada una de ellas, lográndose así percibir satisfacción en áreas de su vida como la física, psicológica, afectiva, social y por tanto una mejora en su calidad de vida.

Toma de decisiones. Para Taylor (como se citó en Cabeza de Vergara, Muñoz & Vivero, 2004) una decisión es el proceso por el cual se llega a una opción, pero una opción supuestamente aclarada, informada y motivada. Se trata de elegir entre varias formas posibles de actuar con miras a lograr una meta, en condiciones y circunstancias dadas, por esto lo que se desea lograr con nuestro producto final es que por medio de la orientación y la información brindada sobre estos dos temas, las mujeres conozcan las herramientas necesarias para poder tomar decisiones y tengan la capacidad de elegir sobre temas relacionados con su sexualidad entre ellas las prácticas de autocuidado y prevención que deseen realizar para vivir su sexualidad con bienestar.

Reflexión. De acuerdo con Roma (2007) la reflexión resulta el proceso de estar en constante revisión hacia nosotros mismos con el fin de realizar acción hacia un proceso continuo de aprendizaje y de mejora en varios aspectos de la vida. Por medio de la cartilla se pretende que las mujeres privadas de la libertad logren a través de la información reconocer las prácticas que llevan a cabo en su sexualidad, las seguras, las inadecuadas y revisen las estrategias de autocuidado y prevención que desean mejorar o desarrollar para poder ejercer su sexualidad de manera saludable.

Concientización. Este proceso “en el que se retoma al individuo como ser pensante que puede accionar cognitivamente sobre su entorno y actuar sobre él de tal manera que logre transformar la realidad de acuerdo a sus necesidades de desarrollo vital” (Prada, 2013, p. 237). Pues lo que se quiere lograr con el producto final es que las mujeres privadas de la libertad que reciban la orientación sobre estos temas por medio del grupo psicosocial de la RMB realicen acciones relacionadas con prácticas seguras, de autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados, es decir al recibir la información lleguen a un momento de reflexión que las movilice a actuar sobre su entorno, sobre sus prácticas y medidas de protección.

Los clientes

La cartilla se direcciona hacia todos los profesionales que desempeñan su laboran en el Instituto Penitenciario y Carcelario (INPEC), esta institución está encargada de la vigilancia de las personas privadas de la libertad (PPL), el INPEC cuenta con seis Direcciones Regionales, localizadas en Bogotá, (Central), Cali (Occidente), Barranquilla (Norte), Bucaramanga (Oriente), Medellín (Noroeste) y Pereira (Viejo Caldas) y 143 Establecimientos de Reclusión a nivel Nacional, clasificados y distribuidos en las diferentes Direcciones Regionales dentro del área Colombiana.

Uno de los establecimientos que hace parte del INPEC es la Reclusión de Mujeres el Buen Pastor, que recoge la mayor parte de mujeres PPL, esta se encuentra ubicada en la ciudad de Bogotá, que según las anteriores cifras está habitada, aproximadamente por 2.100 mujeres, la planta física está compuesta por 9 patios, cada patio tiene aproximadamente 4 tramos o pisos, donde las reclusas están divididas de acuerdo al grado del delito.

El establecimiento del Buen Pastor está ubicado en la Carrera 47. No. 84 -25 barrio Entre Ríos, Bogotá, Colombia, donde se encuentran aproximadamente 2.100 mujeres privadas de la libertad, a partir de 18 años de edad en adelante.

Sexo. Se tendrá en cuenta la población femenina privada de la libertad de diferentes patios y tramos, puesto que la presente investigación está interesada sobre el autocuidado, en prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planeados.

Edad. Está dirigido a la población con un rango de edades desde los 18 a 35 años de edad, puesto que son la población más vulnerable, debido a las estadísticas a nivel mundial que indican que en el 2018 37,9 millones de personas vivían con el VIH, así mismo se presentaron 1,6 millones de casos de nueva infecciones por VIH (a partir de los 15 años), para el caso de América Latina en el 2018 1,9 millones de personas viven con el VIH de esta población solo 1,2 millones tenían acceso

al tratamiento (ONUSIDA, 2019). Por otro lado, en los centros carcelarios, esta infección ha tomado gran fuerza y se ha convertido en una amenaza para las personas privadas de la libertad, según los datos suministrados por la International Association of Providers of AIDS Care, IAPAC, quienes reportan una tasa de VIH de 5 a 7 veces mayor entre los internos que en la población general. (Calonje & Norella, 2018).

Mercado potencial

Instituciones penitenciarias para mujeres a nivel internacional y nacional, que dentro de sus líneas de trabajo tengan un modelo educativo dentro del sistema carcelario con enfoque psicosocial.

Mercado objetivo

Nuestro mercado objetivo va dirigido a la Institución Carcelaria y Penitenciaria INPEC, y sus seis centros de reclusión para mujeres en el país, los cuales se ubican en Bogotá, Bucaramanga, Pereira, Armenia, Popayán y Manizales. Esto debido a las cifras de prevalencia de infección por VIH en las cárceles de mujeres como la de Jamundí y el Buen Pastor en Bogotá de 0,5% y 0,6 % PPL respectivamente, y las cifras de mortalidad por sexo según el Plan Nacional de Respuesta a ITS y VIH 2018-2021 las cuales ubican un aumento en las cifras de mortalidad, alcanzando el 2,4% de muertes en mujeres hasta el año 2015 en Colombia por estas infecciones.

Debido a que los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra el VIH no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema de ITS en las cárceles y no se abordan necesidades específicas por cada género, además cabe agregar un componente psicosocial adicional y es el hecho de que algunas mujeres privadas de libertad provienen de grupos socialmente marginados y tienen mayores probabilidades de haber estado involucradas en el trabajo sexual o el consumo de drogas.

En cuanto a las consecuencias del embarazo no deseado, de acuerdo con Morales et al. (2013) se ha encontrado el aumento en el aborto provocado en condiciones no seguras, retraso en el

inicio del control prenatal y por ende un peor resultado perinatal. Las mujeres que están en la cárcel pertenecen a un grupo social con escasas condiciones de solventar las necesidades sociales, educativas y laborales. (ONUSIDA, UNODC, 2009; Palma, 2016).

El INPEC y sus instituciones podrían adquirir el producto, y por medio de la cartilla se brinda información sobre estas infecciones y sobre los embarazos no deseados, pero sobretodo se orienta con estrategias de prevención para este tipo de problemáticas, de modo que se logre una reflexión y concientización de las mujeres sobre los métodos y estrategias de autocuidado para la prevención, logrando con esto como institución una meta a mediano o largo plazo de la disminución de estas cifras y consecuencias en población vulnerable.

Mercado meta

Cualitativa. Es una cartilla para la prevención de ITS y embarazos no planeados. Este proyecto irá dirigido a las mujeres privadas de la libertad entre las edades de dieciocho (18), a treinta y cinco (35), años dentro del Buen Pastor (RMB), centro de reclusión INPEC, este programa se llevará a cabo mediante la promulgación y colaboración de personal idóneo en este caso por funcionarios de psicosocial, trabajo social, y funcionarios de la salud, ellos serán los encargados de aplicarla y orientar a la población, después de haber socializado con los creadores del producto, es decir deben tener total conocimiento del tema.

Cuantitativa: Teniendo en cuenta que la incidencia del VIH en mujeres, en la ciudad de Bogotá “se incrementó en 2018 a 1,6%, esta cifra representa cada vez mayor vulnerabilidad en mujeres, y teniendo en cuenta la población PPL crece la vulnerabilidad puesto que son menos las condiciones de protección y programas de sensibilización educacional” (Alcaldía Mayor de Bogotá, & Secretaría Distrital de Salud, 2018, p, 7).

Competencia

Competencia directa y sucedánea.

En la competencia directa se encuentran todas las personas y entidades públicas o privadas que estén interesadas en abordar temas como prevención de ITS, embarazos no planeados y promoción de la salud con mujeres privadas de la libertad (PPL).

En cuanto a la competencia sucedánea a nivel nacional se encuentra La Guía de Prevención VIH/ SIDA dirigida la población privada de la libertad.

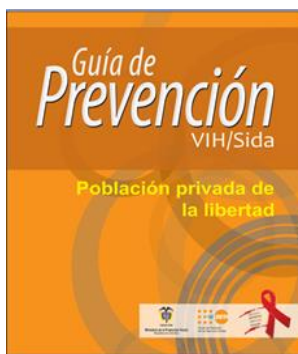


Figura 5. Guía de prevención VIH/Sida, Población privada de la libertad

Esta guía fue realizada por el Ministerio de Protección Social y el Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA (2011) diseñada a modo de cartilla en la que se tratan diversos temas asociados a los derechos sexuales y reproductivos, al estigma, discriminación, se realiza una contextualización de la población privada de la libertad y se resaltan algunos aspectos básicos de la infección por VIH. Además, cuenta con unos módulos de formación y actividades de sensibilización que pueden ser aplicados por los diferentes profesionales de áreas afines con la salud.

Esta guía es muy completa por los temas que abarca en torno a esta infección y a la población, además que en su creación participó un mecanismo internacional, sin embargo, se centra solo en una infección de transmisión sexual como lo es el VIH, además fue creada en el 2011 y con respecto a la época actual hay muchas cifras que sustentan el producto que están desactualizadas, así

como las percepciones o concepciones de la infección que puedan tener las reclusas en este momento. Además, no trata directamente el tema de embarazo no deseado e IVE en PPL.

A nivel internacional se encuentran programas de promoción de la salud en Argentina y Uruguay que incluyen dentro de su contenido información sobre ITS específicamente en los centros de reclusiones, estos son los siguientes:

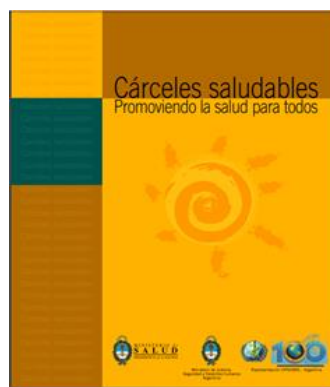


Figura 6. Cárceles saludables, promoviendo la salud para todos.

Bajo la Coordinación de Wainstein (2003) el Ministerio de Salud y Justicia de Argentina junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS diseñaron y validaron esta publicación con el fin de facilitar a los funcionarios integrantes del programa “Cárceles saludables” información sobre ITS, curables y no curables, con el objetivo de promover la salud en las reclusiones de este país. Sin embargo, al tener el programa un título tan amplio no incluye información o estrategias para prevenir los embarazos no planeados en esta población, tema que también sería interesante incluir, pues incide en temas de salud pública.



Figura 7. Programa de capacitación en prevención y atención de salud en centro de privación de libertad.

La OPS, OMS y la Presidencia de Uruguay (s.f.) ha diseñado este programa como una guía para brindar datos e información idónea sobre prevención y atención en salud de las ITS, al personal del área de la salud en los centros de reclusión del país. En esta guía, aunque se hablen de ITS curables y no curables y su temática este centrada en la promoción de la salud en los centros carcelarios, su estructura está basada o se hace bastante énfasis en VIH, dejando un poco de lado las demás ITS, pues, aunque muestra cifras de la prevalencia de estas en las reclusiones, la información sobre estas es un poco limitada.

En cuanto a programas que traten temas como la prevención de embarazos no planeados en mujeres privadas de la libertad se realizó una exhaustiva búsqueda de estos, sin embargo no se encontraron proyectos que traten esta temática con esta población, es por esto que se destaca la importancia de trabajar en estos temas en las reclusiones desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos, ya que es una variable que ha tenido un notable aumento en las cárceles del país por la falta de información a la que tienen acceso las mujeres sobre métodos de planificación familiar, sobre la situación que viven los niños en las prisiones y los efectos psicosociales que pueden relucir en la madre y el hijo al estar inmersos en esta situación en prisión y aún más cuando no se tenía el

deseo de ser madre. Es por esto que se resalta la importancia de proyectos como nuestra cartilla YO DECIDO, en donde se abordan estos dos temas, con el fin de que por medio de la información que allí se incluya y desde la coordinación del grupo psicosocial de la RMB las reclusas reconozcan sus derechos sexuales y reproductivos dentro y fuera del centro penitenciario, al tener conocimiento de los métodos de prevención que existen en cuanto a las ITS y embarazos no deseados para que puedan desde prácticas de autocuidado disfrutar plenamente su sexualidad.

Productos de la competencia

a) Guía de Prevención VIH/SIDA, población privada de la libertad: Esta guía está dirigida a los funcionarios de las reclusiones del país, para que por medio de la información allí brindada les sirva como insumo para orientar a las PPL. Tiene como objetivo principal empoderar a las personas privadas de la libertad para que sean capaces de responder en consecuencia a las realidades de la epidemia, de forma coherente y solidaria y para que identifiquen los contextos de vulnerabilidad, facilitando la construcción de ciudadanos y ciudadanas de derechos, capaces de ejercerlos.

En la primera parte de la cartilla se realiza una contextualización teórica sobre conceptos básicos del VIH, en donde se tratan temas como la perspectiva de derechos y de género, el estigma y la discriminación hacia las personas que tienen esta infección y se enfatiza en los factores sociales que consolidan la vulnerabilidad en el contexto carcelario frente al VIH. Después se proponen unas actividades de formación complementarias para desarrollar con la población sobre estas temáticas.

Su diseño es bastante llamativo, pues se proponen secciones dentro de las páginas como ¿sabías qué?, situaciones para reflexionar, diagramas y esquemas que posibilitan un poco más la comprensión del lector.

b) Cárceles saludables promoviendo la salud para todos es un programa de promoción de la salud en las cárceles de Argentina diseñado por la OPS, OMS y el Ministerio de Salud de este país,

dirigido al personal que trabaja en las reclusiones y a la población privada de la libertad, este programa aborda temas como: información general básica de promoción y prevención en salud, ITS, tuberculosis, adicciones, prevención del cáncer genitomamario y violencia intrafamiliar.

Se diseñó a modo de portafolio educativo, sin embargo, la primera fase del programa estuvo dirigida en una serie de capacitaciones al personal de las reclusiones para que comprendieran el diseño y la información del portafolio y después sirviera como guía educativa para consolidar la información brindada en los talleres y para que dicho personal cuente con un material para la replicación de los mismos con las personas privadas de libertad.

En cuanto al diseño y estructura de la guía educativa, es bastante informativa y visual pues por medio de imágenes, gráficos y colores llamativos se brinda bastante información sobre las ITS, como sus síntomas, la forma de transmisión, las formas en que no se transmite, las pruebas que se deben realizar para la detección, prevención, preservativos masculinos y femeninos la forma de colocarlos, medidas de bioseguridad y algunas estrategias y consejos para mantenerse saludables, otro aspecto importante es que brinda números de teléfono para obtener más información sobre estas infecciones y bibliografía para conocer más detalles de tema.

c) El programa de capacitación en prevención y atención de salud en centro de privación de libertad fue diseñado por la OPS, OMS y la presidencia de Uruguay (s.f.) con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las personas privadas de la libertad, está dirigido a los equipos de salud que atienden en los centros de reclusiones de este país, abordando temas como los derechos sexuales y reproductivos, perspectiva de género y vulnerabilidades.

Esta guía está dividida en unidades, cada unidad tiene un tema que se divide en subtemas, al finalizar cada unidad hay una estrategia didáctica para poner en práctica al momento de brindar la capacitación al personal de salud. En cuanto a la estructura y el diseño de esta guía se encuentra que

es un poco plana, pues hay mucha información, sin embargo, queda solo en texto y no se brindan descripciones en diagramas o imágenes que ilustren un poco más la información.

Otra desventaja que se presenta es que, aunque se brindan ciertos datos y cifras de otras ITS, estos quedan muy limitados, pues la mayoría de información de esta guía está centrada en VIH.

Tabla 7.

Comparativo de competencia directa.

GUÍA DE PREVENCIÓN VIH/SIDA PPL UNFPA (2011)				
Descripción (en qué consiste)	Fortalezas	Debilidades	Vacíos	Aspectos Emergentes
<p>En la primera parte de la cartilla se realiza una contextualización teórica sobre conceptos básicos del VIH, en donde se tratan temas como la perspectiva de derechos y de género, el estigma y la discriminación hacia las personas que tienen esta infección y se enfatiza en los factores sociales que consolidan la vulnerabilidad en el contexto carcelario frente al VIH. Después se proponen unas actividades de formación complementarias para desarrollar con la población sobre estas temáticas anteriormente expuestas.</p>	<p>-Profundiza en temas relevantes como prevención de ITS, el VIH, sexualidad y reproducción.</p> <p>-Otra fortaleza tiene que ver con la publicidad para llegar al público de interés, debido a que el diseño es llamativo, ya que se proponen secciones dentro de las páginas como ¿sabías qué?, situaciones para reflexionar, diagramas y esquemas que posibilitan la comprensión del lector.</p> <p>-Contribuye de la mano con las entidades públicas como lo pueden ser los centros penitenciarios al mejoramiento de condiciones de vida.</p> <p>-La distribución del material de trabajo va acorde al entorno.</p> <p>-Fácil accesibilidad y entendimiento del tema contenido en cada uno de los talleres.</p>	<p>-Las personas que no cuentan con servicio de internet no pueden acceder a la cartilla.</p> <p>-No se encuentra adaptada a todas las plataformas digitales.</p>	<p>-Se observa que no incluyen información acerca de los embarazos no deseados e IVE en PPL.</p> <p>-Se evidencia que la guía no cuenta con información acerca de los efectos psicológicos que puede provocar una ITS, como lo puede ser el VIH.</p>	<p>Al momento de aplicar las actividades expuestas en la cartilla, en el proceso de aplicar estas actividades se pueden enriquecer con otras herramientas y acciones, para el trabajo con el equipo de promotores de salud, el equipo de salud ocupacional, educación, el equipo de profesionales de la salud y el grupo de instructores e instructoras de los establecimientos.</p>

Cárceles saludables: Promoviendo salud para todos.
OPS/OMS- Argentina (2003).

Descripción (en qué consiste)	Fortalezas	Debilidades	Vacíos	Aspectos Emergentes
<p>Los temas abordados en la primera etapa del programa corresponden a aquellos considerados urgentes por las condiciones de salud identificadas en las cárceles fueron: información general básica de promoción y prevención en salud, enfermedades infectocontagiosas, el SIDA/VIH, enfermedades transmitidas sexualmente, tuberculosis, adicciones, procreación responsable, prevención del cáncer genitomamario y violencia intrafamiliar</p>	<p>Es una guía educativa que brinda información a PPL tocando aspectos relevantes que fueron identificados se trabaja en conjunto con el ministerio de Salud y de Justicia, OPS Y OMS</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cuenta con un portafolio educativo conceptual útil para cárceles nacionales e internacionales - se evidencia medidas de bioseguridad para la prevención de VIH/SIDA - Cuenta con consejos prácticos para PPL - Existe un apartado dirigido a mujeres para promover la salud en el contexto penitenciario. 	<p>Abarca diversos temas los toca superficialmente le hace falta profundizar en las temáticas</p> <ul style="list-style-type: none"> -No se evidencia estrategias psicoeducativas más allá de lo conceptual 	<p>Es una herramienta muy conceptual faltan herramientas y metodologías pedagógicas dinámicas</p> <ul style="list-style-type: none"> No explica cómo acceder a los métodos de protección dentro del contexto carcelario -No cuenta con la explicación de los métodos de planificación familiar - No habla específicamente de los embarazos no planeados 	<p>-Es interesante la distinción que hacen de las ETS y la distinción entre las acciones de prevención y promoción hacia la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hace uso de actividades prácticas que se pueden realizar en el contexto carcelario para favorecerá las PPL - Es importante que se profundice en la metodología pedagógica para el aprendizaje de estas temáticas, como valor agregado se podrían fomentar actividades lúdicas por temas abordados por la cartilla como por ejemplo mapas mentales, gráficos que expresen con mayor claridad la temática, juegos o herramientas donde se pueda tener mayor acercamiento a las temáticas trabajadas.

 Programa de capacitación y atención en centros de privación de libertad.

Descripción (en qué consiste)	Fortalezas	Debilidades	Vacíos	Aspectos Emergentes
<p>La parte inicial de la cartilla hace referencia al orden que se debe tener en cuenta para el manejo del programa de prevención de ITS, el programa indica que los encargados son: entidad de salud de la RMB, en este caso las enfermeras jefes, profesionales en psicoeducación es decir el equipo psicosocial conformado por psicólogos , Trabajadoras sociales de la RMB y finalmente las mujeres privadas de la libertad (MPL), en la reclusión en Buen Pastor de Bogotá que serán las beneficiadas del programa.</p>	<p>Los derechos a la salud siguen vigentes y deben ser respetados, por el personal de salud, igualmente en el entorno penitenciario, es obligación del estado brindar pertinente atención a la salud a de personas privadas de la libertad. ES así que debe existir formación profesional en el ámbito de salud como educadores, operadores y autoridades penitenciarias.</p>	<p>En relación con términos de promoción de la salud la respuesta al programa de prevención es débil puesto que en situaciones emergentes de (VIH, y tuberculosis entre otras), no existe suficiente formación y orientación, así mismo no hay suficiente fomento al autocuidado, y mutuo cuidado de salud de las PPL, debido a que una minoría reciben orientación de primeros auxilios de las entidades de salud</p>	<p>Falta de orientación desde temprana edad por personal idóneo para la prevención de las enfermedades transmisibles y embarazos no planeados.</p>	<p>Es necesario construir un programa de capacitación, que contribuya al fortalecimiento de proceso en curso desde la mirada del sector salud, el personal penitenciario, psicosocial, educadores y autoridades en general, la población PPL debe recibir información adecuada y específica incluyendo las normas legales nacionales e internacionales en función con los derechos humanos</p>

Nota: Elaboración propia. Quién propone estas tablas ustedes?

Análisis DOFA

En la siguiente tabla (tabla 8) se describen los principales factores encontrados que pueden interferir ya sea de manera positiva o negativa en el desarrollo y consolidación del proyecto.

Tabla 8.

Análisis DOFA

Factores Internos		Factores externos	
Debilidades		Oportunidades	
<p>El producto está diseñado para que lo apliquen los funcionarios del grupo psicosocial, con las PPL en edades comprendidas entre 18 y 35 años, dejando de lado de lado al resto de la población.</p> <p>Material nuevo en estos temas y poca experiencia en el mercado.</p> <p>Presentar dificultades con la adquisición de éste, por parte de los clientes del producto, pues puede considerar las temáticas poco llamativas para los programas que ellos implementan en las reclusiones</p>	<p>Expansión del proyecto a otros centros carcelarios.</p> <p>Pocos proyectos a nivel nacional que aborden temas sobre prevención de ITS y embarazos no planeados en esta población.</p> <p>Concientizar sobre la importancia de desarrollar prácticas de autocuidado para el disfrute pleno de la sexualidad desde el marco de los derechos sexuales y reproductivos.</p>		
Fortalezas		Amenazas	
<p>Acceso a la población privada de libertad</p> <p>Profesionales idóneos que apoyan la creación del proyecto.</p> <p>Primer proyecto de prevención a nivel nacional con estas características (incluye dos variables: ITS, embarazos no planeados) diseñado para las Mujeres privadas de la libertad.</p> <p>Socialización del producto (en cuanto a la estructura de la cartilla, la forma de aplicarlo en las actividades) con los funcionarios del grupo Psicosocial.</p>	<p>Falta de apoyo y/o participación por parte de los funcionarios al aplicar el instrumento para definir los temas que se van a incluir en producto final.</p> <p>Ingreso al mercado de competencia directa Posible rechazo de la propuesta</p> <p>Que los funcionarios no encuentren útil las temáticas de la cartilla y por lo tanto no la usen con las PPL.</p> <p>Inadecuada orientación del proyecto por parte de los funcionarios del INPEC a las PPL</p>		

Nota: Elaboración propia.

Estrategias

Debido a la seguridad implementada por el INPEC, Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario de Colombia, existen situaciones en pro y en contra del bienestar físico y psicológico de las reclusas, dentro de ellas está el hacinamiento. Esta problemática afecta a la población desde la infraestructura hasta programas destinados a tener mejor estadía y salud para ellas. Por otro lado, la institución provee programas educacionales, pero la forma de involucrarlas quizás no es la mejor, algunas veces ingresan, pero desertan más adelante, afectando el estado emocional, la autoestima el cual desinteresa la participación, como es asistir a los talleres donde les asignan información educativa de diferentes temáticas entre ellas, salud sexual y reproductiva.

Para esta población existen diferentes tipos de actividades de entretenimiento, dependiendo la fase de la pena que se encuentre, existen tres fases, alta, mediana y baja, el cual la primera están las recién condenadas, ellas tienen pocos privilegios, la segunda son las que han pagado la mitad de la pena y la última son las que se están preparando para la libertad, son las de fase baja las que les dan empleos, acceso a talleres manuales, gimnasio, (aeróbicos), también gozan de libertad por 72 horas, deben tener excelente comportamiento, para todas las fases hay un programa general denominado “educativa” donde les dan oportunidad para estudiar primaria y bachillerato, ingresan solo las condenadas.

Por lo tanto, nuestro mercado actual será el grupo psicosocial de la reclusión de mujeres el Buen Pastor que está conformado por profesionales en el área de psicología y trabajo social, además de ellos el producto se socializa con el área de salud en este caso con la profesional de enfermería Jefe quienes en sus funciones tienen a su cargo los programas de prevención y promoción de ITS, esto con el fin de que el proyecto a futuro se pueda convertir en un programa que sea impartido por los profesionales mencionados anteriormente.

Canales de distribución.

¿Dónde comprarían el producto?

Al ser pioneros en la creación del proyecto de autocuidado y prevención sobre ITS y embarazos no planeados en mujeres privadas de la libertad, titulado YO DECIDO: Derechos sexuales y reproductivos. Nuestro principal cliente sería el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) ya que es la entidad rectora de las instituciones carcelarias del país, así el instituto se encargaría de facilitárselo a las diferentes reclusiones de mujeres del país.

¿Qué medios se usarán para promover el producto?

Convenios interinstitucionales, promoción de las actividades que se desarrollen a través de la página web de la Universidad Católica de Colombia y redes personales.

Análisis de costos y gastos

Para el desarrollo del proyecto se invirtieron los siguientes recursos:

Tiempo

-9 meses de mano de obra para estructurar el proyecto, crear la cartilla y socializarla con los funcionarios del INPEC.

-1 mes concretando a funcionarios de la Cárcel Modelo para lograr la validación de nuestro instrumento.

-15 días para encontrar funcionarios de la RMB que nos colaboraran con la aplicación de la encuesta de mercado y con las entrevistas.

-1 mes para acceder a permisos y protocolos que nos permitiera la entrada la RMB para socializar nuestro producto.

Dinero

-Transporte hacia la RMB 2 veces. Ida y vuelta para 4 personas= 38.400

-Impresiones y fotocopias de instrumentos (cada impresión \$100 y cada fotocopia \$50)
=\$4000

-Impresión de la cartilla 124 hojas* 2 cartillas (cada impresión en opalina \$1000) =
\$248.000

-Impresión y proceso de portada de la cartilla en tapa dura (cada tapa \$10.000) =\$20.000

Resultados

Según el Informe de Colombia Diversa (2015) la intermitencia de los programas de promoción y prevención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva es uno de los problemas más graves de los centros penitenciarios del país, pues de acuerdo con el Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA (2011) la poca información o el poco conocimiento de estrategias o métodos de prevención hace más vulnerable a la PPL a problemáticas como ITS, y embarazos no planeados. Es por esto que desde YO DECIDO se tuvieron en cuenta las pautas de ONUSIDA (2012) sobre asesoramiento y enfoque conductual, en donde se propone que se deben plantear intervenciones o estrategias de educación sexual adaptadas a la PPL, asesoramiento sobre prácticas sexuales seguras, promover el uso del condón, formas de transmisión y no transmisión para evitar los prejuicios y estigmatización de las personas que viven con alguna infección ya que representan la prevención primaria contra las ITS.

Teniendo en cuenta estas características surge la iniciativa de crear nuestro producto final dirigido a esta población que es denominada dentro del contexto como vulnerable y poniendo como ejes claves en la cartilla dos problemas de salud pública que inciden en los factores físicos, psicológicos, sociales y económicos de la persona y de la comunidad, esto, con el fin de que por medio del conocimiento de formas de transmisión, de no transmisión, de pruebas de detección, de mecanismos de doble protección, de métodos de planificación y de sus derechos sexuales y reproductivos, siguiendo las recomendaciones que brinda la UNODC (2012) sobre programas de información y educación, las mujeres PPL logren un aprendizaje significativo que contribuya a la construcción de su dignidad pues como seres sujetos de derechos, deben tener conocimiento y

acceso a estos, para que sean capaces de defenderlos y de identificar como influye el ejercicio de sus derechos sobre las decisiones que pueden tomar sobre su sexualidad y vida reproductiva.

Como parte de nuestro proyecto estaba planteada la socialización de este con los funcionarios del grupo psicosocial de la RMB, quienes a su vez por medio de su opinión y valoración cuantitativa (*ver apéndice D*) efectivamente corroboraron que los temas trabajados dentro de la cartilla son relevantes dentro de la reclusión pues el 100% de las participantes puntuaron con 2 puntos (cumple) este factor y el 50 % (es decir una funcionaria) concluyó que tiene material que aporta a un aprendizaje significativo en las mujeres PPL, pues según manifestaban el material que tenían para manejar ciertas problemáticas dentro del centro penitenciario ya estaba desactualizado y en su mayoría no abarcaban toda la cantidad de información que se encuentra en YO DECIDO, opiniones que también se pueden relacionar con las entrevistas realizadas pues decían que si habían programas dentro de la reclusión para la prevención de ITS, pero no se tenía en cuenta el autocuidado o la prevención de embarazos no planeados, pilares importantes a trabajar, pues según el Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA (2011) debido al estilo de vida vulnerable de la población privada de la libertad, también se desencadenan múltiples comportamientos relacionados con el deterioro de la parte física es decir la salud y la parte emocional induciendo la pérdida de interés del bienestar propio o de su autocuidado.

Otra de las situaciones en las que se hace énfasis es en el poco reconocimiento de un enfoque diferencial en las estrategias que se manejan con la población, pues argumentan que a todas las personas privadas de la libertad (PPL), de los diferentes centros penitenciarios se les brinda la atención en estos temas de la misma manera, sin tener en cuenta su género, identidad sexual, edad, o etnia y no existe atención especializada a poblaciones específicas, es por esto que desde YO DECIDO se apostó por brindar un enfoque de género, en donde las temáticas y las

actividades estuvieran enmarcadas en este aspecto, pues Garaycochea, et al. (2013 como se citó en Díaz, Soto, Papazoglou & Muñoz, 2018) argumenta que en los centros carcelarios los sentimientos o cariño son reflejados a las personas cercanas, en este caso las otras internas, llegándose así a formar relaciones duraderas, íntimas, o amistades profundas, es decir relaciones homosexuales temporales incluso en personas heterosexuales y también se encuentran mujeres que desde antes de estar reclusas tenían una orientación sexual homosexual y están en el pleno derecho de vivir su sexualidad con seguridad, con dignidad y con cuidados que les permitan prevenir también este tipo de infecciones, en el análisis cualitativo se pudo evidenciar que los funcionarios también tenían esto muy presente, pues afirman “*las mujeres tienen relaciones con otras internas también*”.

Según la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (s.f.) las PPL deben tener acceso a información sobre métodos anticonceptivos, incluyendo materiales educativos y sesiones educativas grupales, bajo el acompañamiento del equipo de salud para ayudarlas a identificar sus necesidades anticonceptivas, y puedan escoger aquella que mejor responda a sus preferencias y necesidades actuales, y permita satisfacer sus intenciones reproductivas. Desde YO DECIDO se dedicó gran parte de información a este aspecto, se describieron cada uno de los métodos temporales, definitivos, hormonales, de barrera y se enfatizó en el mecanismo de doble protección como lo es el condón o preservativo pues este protege de ITS y de embarazos no planeados, se brindaron pautas y recomendaciones sobre cómo usarse y de igual forma con el condón femenino, tal y como lo propone la OPS y la OMS se postularon varias actividades psicoeducativas que facilitan la toma de decisiones, concientización y reflexión en cuanto al método de anticoncepción que desee y se ajuste a las necesidades de cada mujer, en relación con la información de las entrevistas los funcionarios

reconocen *"Se les informa cuáles son los métodos anticonceptivos las consecuencias que conlleva quedar embarazada", "cuando tienen visita íntima se les hace entrega el preservativo"*.

En cuanto a los programas, proyectos, estrategias o material que promueva la información y educación en aspectos de prevención, la UNODC (2012) propone que este debe ajustarse al nivel educativo de la PPL, según la valoración de los funcionarios el 100% brindo una puntuación de 2 puntos (cumple) en este aspecto, indicando que en YO DECIDO se utilizó un lenguaje comprensible, con un tipo de letra acorde y visible lo que hace la cartilla práctica y didáctica pues según los resultados obtenidos en la encuesta de satisfacción con el producto el 100% de las participantes concordaron una puntuación de dos puntos a este ítem, evidenciándose que el lenguaje, actividades y metodología trabajados son acordes a las características de las mujeres PPL y están enmarcadas desde un enfoque diferencial. En esta misma idea UNODC también propone que los internos y el personal deben participar en el desarrollo del material educativo, por esto la idea que desde el grupo psicosocial en sus talleres y/o actividades se transmita la información consignada y por medio de las actividades propuestas para las PPL que interactúen e intercambien conocimientos y experiencias entre compañeras. Este apartado se relaciona con otra propuesta de la UNODC (2012) en donde invitan a que las capacitaciones sobre los temas a tratarse incluyan una variedad de enfoques pedagógicos, utilizándose por ejemplo folletos, videos, entre otras. En la valoración cualitativa el 100% de los funcionarios puntuaron con 2 puntos este factor, pudiéndose evidenciar que las actividades son comprensibles y fáciles de aplicar.

Por esta misma línea, también recomiendan que se contenga información precisa, objetiva, accesible y pertinente, de acuerdo con la valoración del producto se evidenció que el 50% (es decir una funcionaria, de dos) brindo una puntuación de 2 puntos (cumple) y el otro 50% (una funcionaria) puntuó este aspecto con un punto (puede mejorar) lo que indica que la

calidad de la información suministrada en el producto es organizada y comprensible, pero puede mejorar según el argumento de la funcionaria en cuanto a añadir información sobre sexualidad desde un enfoque de derechos.

La cartilla del proyecto se puede visualizar a través del siguiente enlace:

https://issuu.com/anabernal51/docs/ilovepdf_merged_1

Para la validación de la cartilla la población escogida corresponde a 2 funcionarios del área psicosocial de la RMB, la participación fue voluntaria y se realizó en el horario escogido por las participantes para realizarse debido a la poca disponibilidad de tiempo que tenían. Se aclara que se hace con dos funcionarias de la institución pues eran quienes tenían disponibilidad de tiempo y esa cantidad es justificable teniendo en cuenta que el grupo psicosocial es pequeño no sobrepasa los 4 integrantes.

La socialización de la cartilla se llevó a cabo en el salón de actividades de la RMB, en donde estuvieron las dos funcionarias y un grupo de practicantes de psicología y trabajo social de diferentes universidades.

Inicialmente se presentó el objetivo de la socialización y por medio de un medio audiovisual empezamos a presentar nuestro proyecto, se explicaron las cifras y los datos importantes que lo sustentan, el objetivo de la cartilla, los módulos que componen la cartilla y a modalidad en la que pueden acceder a ella, en este caso física y virtual, paralelo a esto se iba rotando el producto para que los asistentes la pudieran visualizar.

Posteriormente se respondieron algunas preguntas de los asistentes y se procedió a entregar los formatos de validación (*ver apéndice D*) a las funcionarias, explicándose el objetivo de la encuesta y la forma en cómo se debía responder. Al momento de llenar el respectivo formato las funcionarias nos hicieron una realimentación de la cartilla YO DECIDO, en donde manifiestan “*el producto está muy bueno, pues estas son problemáticas que se presentan al*

interior de la reclusión”, “los temas están muy actualizados”, “las actividades están prácticas y aportan aprendizaje”, “es muy interesante el apartado de sexo entre mujeres, porque esto se presenta acá” y así mismo nos hicieron la sugerencia de buscar más información en cuanto a cifras en específico de las mujeres de la RMB, ya que les parecía que estaba muy general.

También en ese espacio nos hicieron la invitación a participar en la socialización de proyectos de prácticas, para que expongamos nuestro producto a los demás funcionarios y asesores de práctica de la RMB.

A continuación, se presentan los resultados de la encuesta de satisfacción con el producto.

Socialización del instrumento: respuestas de dos funcionarias según 10 preguntas teniendo en cuenta ítems como: (0) no cumple, (1) Puede mejorar, (2) Se cumple.

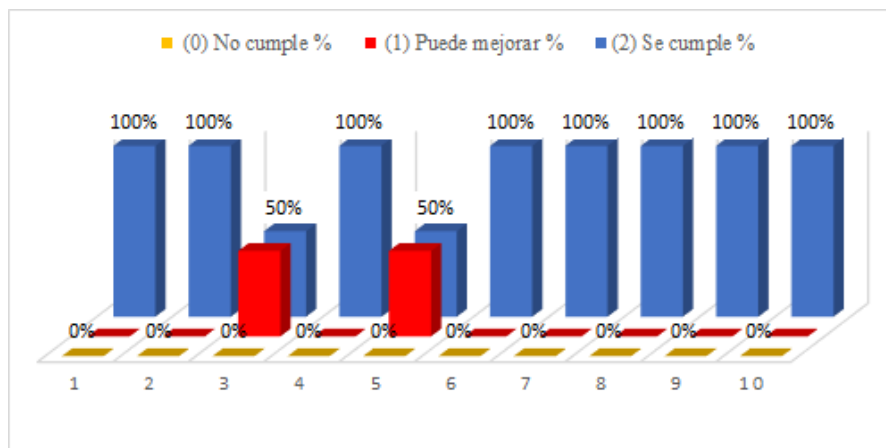


Figura 8. Resultados de la socialización del producto final

En la figura 8 por medio de la gráfica de barras se representaron los resultados de las dos encuestas aplicadas a las funcionarias. Se observa en los resultados obtenidos por parte de las funcionarias que puntuaron los ítems 1,2,4,6,7,8,9,10 con dos (2), es decir cumple con un 100% esto significa que el producto es bastante significativo, y se adecúa con las necesidades de la institución,

sólo los ítems 3 y 5 fueron calificados por el 50% de la población, es decir por un (1) funcionario, con puntuación uno (1), esto debido a que se pueden desarrollar más actividades y adicional tener en cuenta el tema de la sexualidad desde un enfoque de derechos humanos. Estos mismos ítems fueron calificados por el 50% de la población, es decir una funcionaria con un puntaje de 2 puntos (cumple), es decir que para ella la calidad de la información es suficiente, organizada y es comprensible y los temas aportan un aprendizaje bastante significativo a las mujeres PPL.

De la presentación del producto final a los funcionarios del grupo psicosocial del centro penitenciario de mujeres en Bogotá se destaca que los temas tratados dentro de la cartilla son pertinentes y coherentes, además que corresponden a las necesidades de la institución frente a la propuesta psicoeducativa de salud sexual y reproductiva. Lo que se permite evidenciar en los resultados obtenidos en el proceso de socialización del producto, sin embargo, se requiere las implementaciones de las actividades propuestas como los talleres planeados en cada módulo por parte de la institución para que el proyecto se pueda mantener a mediano y largo plazo.

Conclusiones.

En los centros carcelarios las infecciones de transmisión sexual se han presentado de manera continua y estas se han ido convirtiendo en una amenaza para las personas privadas de la libertad como para los mismos funcionarios que trabajan en estos centros. La situación de la sexualidad de las mujeres privadas de la libertad en el medio carcelario es devastadora por las malas condiciones de hacinamiento y falta de cuidado en las que se encuentran, por esto las PPL son altamente vulnerables en lo que se refiere a infecciones de transmisión sexual y embarazos no planeados. De tal modo que, ha sido de gran importancia el implementar nuestro producto.

Debido a lo planteado anteriormente consideramos importante y pertinente el acompañamiento y suministro de información clara, entendible y concisa, sobre los distintos temas de sexualidad ya trabajados anteriormente y expuestos en nuestro producto final (cartilla) a las mujeres privadas de la libertad por parte de los funcionarios psicosociales, de modo que estas mujeres obtengan una nueva perspectiva en cuánto a estos temas, para que ellas mismas decidan sobre su propio cuerpo y mantengan conductas saludables y de autocuidado que favorezcan su bienestar y calidad de vida. De acuerdo a los resultados obtenidos mediante nuestra encuesta de mercadeo se logra evidenciar que la necesidad de un proyecto de autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados es necesaria en la Reclusión de mujeres de Bogotá El Buen Pastor, debido a que temas como estos no son tratados a profundidad con las PPL, también aunque existen programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo contra infecciones de transmisión sexual, estos programas no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema (ONUSIDA & UNODC, 2009; Palma, 2016). Así mismo, el 85,7% de los encuestados coincidieron en que en la reclusión no se

implementan proyectos o herramientas que contribuyan al autocuidado y a la prevención de embarazos no planeados en las PPL.

Con base en la revisión de la literatura se pudo corroborar que los profesionales del INPEC encargados de realizar los programas sobre ITS para las personas privadas de la libertad, se han preocupado por desarrollar programas, pero estos programas no se encuentran en un nivel de desarrollo y ejecución adecuados para responder al problema. Al momento de realizar la validación de nuestro producto logramos exponer a los funcionarios del INPEC una perspectiva de posibilidad a la cual pueden llegar a través de la implementación y el buen uso de la cartilla en las PPL. Sin embargo, evidenciamos la dificultad de hacer seguimiento posterior para identificar si hubo o hay una buena ejecución de las actividades psicoeducativas y de la información de la cartilla por parte de los funcionarios. Es importante que no solamente se trabaje con sujetos que tengan una ITS o embarazo no planeado, sino que también se debe trabajar con aquellos sujetos que aún no presentan ninguna ITS o un embarazo no planeado, es decir, que se debe realizar prevención y promoción en el mantenimiento de la salud y exaltar la prioridad de obtener una buena calidad de vida.

Finalmente, este trabajo nos permitió ampliar nuestros conocimientos en los diferentes temas, como lo son autocuidado, embarazos no planeados, infecciones de transmisión sexual y relaciones saludables, temas que ya hemos venido mencionando durante el transcurso de nuestro trabajo. Además, tenemos total confianza de que el producto empleado realmente aporta excelente información y también consideramos que la cartilla es un producto de calidad.

Como recomendaciones para continuar en un futuro con el proyecto o con estrategias que aborden temas similares se encuentran: Diseñar otra estrategia más innovadora, que se trabaje de manera transversal con la cartilla, pues, aunque la cartilla está en modalidad física y virtual, desde la

opinión de los funcionarios los programas o actividades que se llevan a cabo con las mujeres PPL de otras temáticas también se encuentran en cartillas, por lo que ya no visualizan esta estrategia como moderna o innovadora, aunque reconocen que si se tratan las temáticas adecuadas si aporta un gran aprendizaje.

Establecer contactos y/o alianzas con la entidad prestadora de salud de las mujeres PPL para que puedan tener un mejor acceso a los métodos de planificación, brindándose la asesoría adecuada por medio de un profesional idóneo para que cada mujer pueda elegir el método que se adecue a sus necesidades y a su organismo y que su EPS se lo ofrezca. Así como brindar en cantidades y condiciones adecuadas preservativos y lubricantes. Como también convenios para que el proyecto se pueda adecuar en las 6 reclusiones o instituciones penitenciarias femeninas que tiene el país.

Es importante que al establecer estos contactos se haga énfasis en que se brinden de manera oportuna exámenes como citología, pruebas de detección de ITS, cultivos, frotis vaginales, exámenes de sangre, para el caso del VIH además la carga viral, entre otros. Para que las mujeres puedan conocer su estado de salud y en caso de que tengan alguna infección les ofrezcan el tratamiento adecuado, en el momento oportuno, preservando así su salud, bienestar y calidad de vida, así como acceso real y oportuno a productos de prevención como condones, lubricantes, entre otros. Así mismo, se sugiere establecer rutas de acción donde se encuentren guías estructuradas de las formas de acceder a los métodos de planificación familiar por parte de las PPL.

Referencias

- ABECÉ. (2012). *Interrupción voluntaria del embarazo, un derecho humano de las mujeres*. Bogotá D.C.: MinSalud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-maternidad-elegida.pdf>
- Alcaldía Mayor de Bogotá & Secretaría Distrital de Salud. (2018). *Situación actual del VIH en el Distrito Capital primer trimestre 2018*. Bogotá D.C. Secretaria de Salud. Recuperado http://www.saludcapital.gov.co/DSP/Ciudad%20VIH/2018/Informe_I_Trimestre_2018.pdf.
- Álvarez, M., De La Torre, L. & Domínguez, J. (2014). Las Infecciones de Transmisión Sexual: una revisión dirigida a la atención primaria de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 343-353. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v30n3/mgi08314.pdf>
- Aristizábal, E., Ríos, A. & Del Pozo, F. (2016). Salud mental, género, educación social en mujeres reclusas del Centro de Rehabilitación Femenino El Buen Pastor de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 32(2), 256-277. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v32n2/v32n2a08.pdf>
- Arnheim, R. (2008). *Arte y percepción visual*. Madrid: Akal.
- Asociación de Universidades Jesuíticas de Latinoamérica- AUSJAL. (2009). *Políticas y sistema de autoevaluación y gestión de la responsabilidad social y universitaria de AUSJAL*. Córdoba, Argentina: Alejandría Editorial. Recuperado de <https://www.ausjal.org/wp-content/uploads/Pol%C3%ADticas-y-Sistemas-de-Autoevaluaci%C3%B3n-y-Gesti%C3%B3n-de-la-RSU-en-AUSJAL.pdf>

- Barros, T., Barreto, D., Pérez, F., Santander, R., Yépez, E., Abad-Franch, F. & Aguilar, M. (2001). Un modelo de prevención primaria de las enfermedades de transmisión sexual y del VIH/sida en adolescentes. *Revista Panamericana Salud Pública*, 10(2), 86-94. Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2001.v10n2/86-94/es>
- Bastick, M. & Townhead, L. (2008). *Mujeres en la cárcel: Comentario a las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el trato de reclusos*. Ginebra, Suiza: Quaker United Nations Office.
- Benjumea, R., Tejeda, F. & Goy, I. (2011). Actualización en anticoncepción hormonal. *Del Sistema Nacional de Salud*, 35(3), 75-87. Recuperado de https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35n3Anticoncepcion.pdf
- Blanch, J., Tinoco, J., & Llull, R. (2019). El síndrome del superviviente del Sida: Aspectos psicosociales y psiquiátricos de sobrevivir al Sida. *Monográfico*, 7(17), 21-28. Recuperado de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD56197.pdf>
- Börht, M. (2000). Capacitación y desarrollo de los recursos humanos: reflexiones integradoras. *Revista Ciencia y Cultura*, 8, 123-132. Recuperado de <http://www.scielo.org.bo/pdf/rcc/n8/a15.pdf>
- Cabeza de Vergara, L., Muñoz, A. & Vivero, S. (2004). Aproximación al proceso de toma de decisiones en la empresa barranquillera. *Revista pensamiento y gestión*, 17(1), 1-38. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/646/64601701.pdf>
- Calderón, A. (2017). Anticonceptivos orales. *Revista Médica Sinergia*, 2(3), 16-21. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2017/rms173d.pdf>
- Caloje, E.T. & Norella, D. (2018). Virus de inmunodeficiencia humana: un desafío en las cárceles en Colombia. *Rev. Salud. Bosque*, 18(2), 49-61. Recuperado de

file:///C:/Users/hogar/Downloads/2493-Texto%20del%20art%C3%ADculo-5554-2-10-20190309.pdf

Chu, M., Yin, J., Hsu, Y., Yen, P., & Liang, P. (2012). Prevalence and knowledge of sexual transmitted infections, drug abuse, and AIDS among male inmates in a Taiwan prison. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 28 (12), 660-666. Recuperado de file:///C:/Users/DAVID/Downloads/1-s2.0-S1607551X12001295-main%20(3).pdf.

Colombia Diversa. (2015). Cuerpos excluidos, rostros de impunidad. *Informe de violencia hacia personas LGBT en Colombia*. Recuperado de <https://colombiadiversa.org/ddhh-lgbt/Informe-Violencia-LGBT-Colombia-DDHH-2015.pdf>

Colorado, J. & Vergara, L. (2015). Atención, cuidado y educación de los niños y niñas en contexto carcelario. (Trabajo de Grado). Licenciatura en Pedagogía Infantil. Facultad de Educación. Departamento de Educación Infantil. Universidad de Antioquía. Medellín. Colombia. Recuperado de <http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/bitstream/123456789/1848/1/CA0668.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos., & Organización de los Estados Americanos. (2011). *Informe sobre los derechos humanos de las personas privadas de libertad en las Américas*. Madrid: Gobernación de España. Recuperado de https://www.penalecontemporaneo.it/upload/1337126652comision_interamerican_presos.pdf

Cuenta de Alto Costo- CAC. (2018). *Situación del VIH SIDA en Colombia 2018*. Bogotá D.C.: Fondo Colombiano de enfermedades de Alto Costo. Recuperado de https://cuentadealtocosto.org/site/images/Libro_Situacion_del_VIH_SIDA_en_Colombia_2018.pdf

- Díaz, S. & Shiappacasse, V. (2017). *¿Qué y cuáles son los métodos anticonceptivos?* Santiago de Chile: Instituto Chileno de Medicina Reproductiva. Recuperado de https://icmer.org/wp-content/uploads/2019/Temas_destacados/Anticoncepcion/Que-y-cuales-son-los-metodos-anticonceptivos-01122017-1.pdf
- Díaz, C., Soto, A., Papazoglou, E., & Muñoz, M. (2018). Prevalencia de antecedentes sexuales, de riesgo en mujeres privadas de la libertad. Análisis exploratorios de factores asociados a comportamientos de alto riesgo. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 69, 42-52. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v69n1/2463-0225-rcog-69-01-00042.pdf>.
- Disseny. (s.f). *Psicología del Color*. Recuperado de <http://www.eartvic.net/~mbaurierc/materials/20%20Selectivitat/Psicologia%20del%20color.pdf>
- Durán, A. (2016). Prevención combinada programas integrados. Presentación de Power Point. Argentina: Ministerio de Salud. Recuperado de https://www.iasociety.org/Web/WebContent/File/EduFundArgentina_Adriana_Duran.pdf
- Escobar, J. (2007). Diversidad sexual y exclusión. *Revista Colombiana de Bioética*, 2 (2), 77-94. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/1892/189217250004.pdf>
- Escobar, M., Franco., Z. & Duque, J. (2011). El autocuidado un compromiso integral de la formación superior. *Hacia la promoción de la salud*, 16(2) ,132-146. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a10.pdf>
- Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS. (2015). *Conocimiento y uso de los métodos anticonceptivos entre los colombianos*. Recuperado de

https://www.minsalud.gov.co/Documents/General/20161212_B_ENDS%202015_Metodos_anticonceptivos.pdf

Filgueira, F. (2014). *Educación para la población privada de libertad. Diagnóstico y propuesta estratégica 2015-2025*. Montevideo: OIT. Recuperado de: http://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/OIT_4_1_1_0.pdf

Fondo Lunaria Mujer. (2013). *Colectivo de Trabajo por las Mujeres Privadas de la Libertad, Bogotá*. Recuperado de <https://fondolunaria.org/colectivo-de-trabajo-por-las-mujeres-privadas-de-la-libertad-bogota/>

Fonseca, S. & Prieto, F. (2005). Managing HIV during pregnancy and in exposed newborn children. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 56(1), 68-81). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v56n1/v56n1a08.pdf>

Font, R., Sanmarti, M., Quintana, S., Dalmau, D., & Escobar-Bravo, M. (2019). Influencia del apoyo social en la calidad de vida en pacientes mayores con VIH. *Revista multidisciplinar del SIDA*, 7(16), 7-19. Recuperado de <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/influencia-del-apoyo-social-en-la-calidad-de-vida-en-pacientes-mayores-con-vih/>

Fundación Santa Fe de Bogotá. (2018). ¿Cómo está el panorama de las infecciones de transmisión sexual? *Salud Sexual*. Recuperado de <https://mascerca.co/2018/11/15/como-esta-el-panorama-de-las-infecciones-de-transmision-sexual/>

García, J. (2015). Pagando penas y ganando el cielo. Vida cotidiana de las reclusas de la cárcel El Buen Pastor 1890-1929*. *Revista Historia y Memoria*, 10. 1-24. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/hismo/n10/n10a02.pdf>.

- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del pensamiento*, 8(16), 13-29. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/enclav/v8n16/1870-879X-enclav-8-16-00013.pdf>
- García, M. (2018). En Colombia el aborto es legal. *De justicia-derecho-justicia-sociedad*. Recuperado de <https://www.dejusticia.org/column/la-campana-de-profamilia/>
- Garaycochea, M., Pino, R., Chávez, I., Portilla, J., Miraval, M., Arguedas, E., Linares, P., Cabezudo, E., Romero, S., Espinosa, M. (2013). Infecciones de transmisión sexual en mujeres de un establecimiento penitenciario de Lima Perú. *Revista Perú Med. Exp. Salud Pública*, 3, 423-427. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n3/a08v30n3.pdf>.
- GESIDA. (2012). Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre asistencia en el plano sanitario sobre el SIDA/ GESIDA sobre la asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH SIDA. Recuperado de <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesidadcyrc2012-Documentoconsenso-asistenciaVIHMujeres.pdf>
- Grupo de Prisiones. (2019). *Informe de derechos humanos del sistema penitenciario en Colombia (2017-2018)*. Bogotá D.C. Universidad de los Andes. Recuperado de <https://grupodeprisiones.uniandes.edu.co/images/2019/GrupoPrisiones.InformeDDHH2018.pdf>
- Grupo de Trabajo Sobre Tratamientos de VIH. (2017). *¿Qué es la carga viral?* Recuperado de: http://gtt-vih.org/aprende/informacion_basica_sobre_el_vih/que_es_la_carga_viral
- Herrera, M.C. & Expósito, F. (2010). Una Vida entre Rejas: Aspectos Psicosociales de la Encarcelación y Diferencias de Género. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 235-241.

Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592010000300004&lng=es&tlng=es.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2019). *Madres Gestantes y Lactantes*. Bogotá D.C.: ICBF. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/proteccion/madres-gestantes-y-lactantes>

INFOSIDA. (s.f). *EL VIH / SIDA*. Recuperado de <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids>.

Instituto Nacional de Salud- INAS. (2018). *Boletín epidemiológico dirección de vigilancia y riesgo en la salud pública*. Recuperado de <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2018%20Bolet%20C3%ADn%20epidemiol%20B3gico%20semana%2047.pdf>

Instituto Nacional Penitenciario y carcelario-INPEC. (2014). *Cien años de construcción de un sistema carcelario y penitenciario en Colombia*. 1-285. Recuperado de <http://www.inpec.gov.co/documents/20143/64716/RESE%20C3%91A+HISTORICA+DOCUMENTAL+100+A%20C3%91OS+PRISIONES.pdf/dd03098c-a95e-4f35-50cf-ac703a1573af>.

Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario-INPEC. (2018a). *Mesa de diálogo dirección occidente*. Recuperado de <http://www.inpec.gov.co/documents/20143/383898/Contenidos+Mesa+de+Dialogo+Regional+Occidente+-+EPAMSCAS+de+Palmira.pdf/0cc2402a-70da-cc3a-a9d0-07e13315e03f>

Instituto Penitenciario y Carcelario-INPEC. (2018b). *Boletín.No.009. El INPEC apoya a los estudiantes universitarios*. Recuperado de

<http://www.inpec.gov.co/documents/20143/96254/BOLETIN+INFORMATIVO+No.+009.pdf/c8061a53-9832-3994-c477-903a9fe9442f>

Instituto Penitenciario y Carcelario-INPEC. (2019). *Informe estadístico febrero 2019. Población reclusa a cargo del INPEC. Ministerio de Justicia. Bogotá D.C.*

Kalinsky, B. & Cañete, O. (2012). *La maternidad encarcelada*. Recuperado de <https://fronterasdelmundo30coleg.files.wordpress.com/2012/10/maternidad-encarcelada-un-estudio-de-caso.pdf>

Kuang, B. & Brodsky, I. (2016). *Tendencias mundiales en los programas de planificación familiar, 1999–2014*. Recuperado de <https://www.guttmacher.org/es/journals/ipsrh/2016/03/tendencias-mundiales-en-los-programas-de-planificacion-familiar-1999-2014>

Lam, R., y Hernández, P. (2008). Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 24 (2), 1-6. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/hih/v24n2/hih09208.pdf>

Langer, A. (2002). El embarazo no deseado: impacto sobre la salud y la sociedad en América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 11(3), 192-203. Recuperado de: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S102049892002000300013&script=sci_arttext&tlng=en#

Ley 972 de 2005. (2005) Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida. Bogotá D.C. Congreso de Colombia.

Ley 1090 de 2006. (2006) Por la cual se reglamenta el ejercicio de la profesión de Psicología, se dicta el Código Deontológico y Bioético y otras disposiciones. Bogotá D.C. Congreso de Colombia.

Ley 1098 de 2006. (2006) Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. Bogotá D.C. Congreso de Colombia.

López, F., Hernando, V., y Álvarez, D. (2018). Coris en favor de la PrEP como estrategia para alcanzar el 90-90-90. *Monográfico*, 6 (14), 54-57. Recuperado de <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/coris-en-favor-de-la-prep-como-estrategia-para-alcanzar-el-90-90-90/>

López de Munain, J. (2019). Epidemiology and current control of sexually transmitted infections. The role of STI clinics. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 37(1), 45-49. Recuperado de <https://www-sciencedirect-com.ucatolica.basededatosezproxy.com/science/article/pii/S2529993X18302612>

Martínez, S. (2018). El olvido de las crisis en las cárceles de mujeres. *Diario El Espectador*. Sección *Investigación*. Recuperado de <https://www.elespectador.com/noticias/investigacion/el-olvido-de-la-crisis-en-las-carceles-de-mujeres-articulo-792191>

Martínez González C. (2008). *Desarrollo del vínculo afectivo*. Madrid. Pp. 299-301. Recuperado de: https://www.aepap.org/sites/default/files/aepap2008_libro_299-310_vinculo.pdf

Mauersberger, M. (2016) Entre rejas y murallas. Cárcel y Maternidad en Cartagena de Indias. (Tesis Magister en Trabajo Social). Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C.

McElhatton, P. (2003). Teratógenos - Primera parte*. *Revista Cubana de farmacia*, 37 (2), 1-4. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152003000200010

- Menéndez, G., Navas, I., Hidalgo, Y., & Espert, J. (2012). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 38(3), 333-342. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/gin/v38n3/gin06312.pdf>.
- Migallón, P. & Voria, A. (2007). *Guía práctica para la intervención grupal con mujeres privadas de libertad. Programa de intervención en salud desde un enfoque de género*. Madrid: Gobierno de España. Instituto de la Mujer Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/SerieSalud/PrivadasLibertad.pdf> (tal cual
- Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (2010). *Programa Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía* Bogotá D.C. Ministerio de Educación Nacional de Colombia. Comisión Nacional Intersectorial para la Promoción y Garantía de los Derechos Sexuales y Reproductivos Recuperado de <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/PESCC%20%20familias%20final.pdf>
- Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA. (2011). *Pautas para la realización de Asesoría y Prueba Voluntaria para VIH (APV), con enfoque diferencial y de vulnerabilidad*. Bogotá, D.C. Recuperado de <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Pautas-para-asesoria-y-prueba-VIH%20%281%29%20%281%29.pdf>.
- Ministerio de Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas- UNFPA. (2011b). *Guía de prevención VIH/Sida, población privada de la libertad*. Bogotá D.C. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-poblacion-privada-libertad.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia. (2015). *ABECÉ sobre la anticoncepción*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abcanticoncepcion.pdf>

Ministerio de la Salud Argentina., Presidencia de la Nación., y Cobertura Universal de la Salud. (2017). *Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contexto de encierro en unidades del servicio penitenciario federal*. Argentina. Buenos Aires. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001084cnt-2017-12-29_carceles-vih.pdf.

Ministerio de Salud Brasil. (2008). *Consulta Regional para América Latina y el Caribe sobre VIH/ SIDA en el medio carcelario*. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/lpobrazil/Topics_aids/Publicacoes/Consulta_Regional_mayo_2008.pdf

Ministerio de Salud., FONADE y MCP. (2014). *Asesoría para la prueba voluntaria de VIH. Rotafolio digital*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/rotafolio-vih-2014.pdf>.

Ministerio de Salud., Profamilia., OIM y UNFPA. (2014). *Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos*. Recuperado de [https://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/2019/images/16Politica%20SSR%20\(2014\).pdf](https://sinergiasong.org/cajasdeherramientas/2019/images/16Politica%20SSR%20(2014).pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Guía de prevención VIH/sida, población privada Libertad*. Recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-poblacion-privada-libertad.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Guía de prevención secundaria y ruta de derechos, para personas que viven con VIH/SIDA*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Guia-prevencion-secundaria-personas-con-VIH.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021*. Bogotá D.C. Minsalud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobaci%C3%B3n.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Atención integral de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) en el primer nivel de complejidad*. Documento técnico para prestadores de servicios de salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SM-IVE-Atencion-baja-complejidad.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*. Bogotá, D.C. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>

Montoya, C., Moreno, M., & Rúgeles, M. (2006). Reacciones y alteraciones del sistema inmune durante la infección por el VIH-1, 10(4) 250-265. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/inf/v10n4/v10n4a08.pdf>.

- Montañez, V., Bernal, B., Heredia, M. & Lozada, C. (2007). Lo psicosocial desde una perspectiva holística. *Revista tendencias y retos*. 12 (1)177-189. Recuperado de <https://studylib.es › doc › lo-psicosocial-desde-una-perspectiva-holística>
- Morales, E., Solanelles, AN., Mora, S.R., & Miranda, O. (2013). Embarazo no deseado en alumnas universitarias. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 42(2), 153-163. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S013865572013000200004&lng=es&tlng=es.
- Morán, A. (2019). Abordando la prevención de la infección por VIH: “Desde la educación sexual a la PrEP”. *Monográfico*, 7 (17), 9-20. Recuperado de <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/abordando-la-prevencion-de-la-infeccion-por-vih-desde-la-educacion-sexual-a-la-prep/>
- Naciones Unidas., Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. (s.f.). *Manual del participante. Programa de capacitación en prevención y atención de salud*. Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=506-orden-g-manual-partic-eq-salud-6&category_slug=publications&Itemid=307
- National Institute on Aging. (2017). *El VIH, el SIDA y las personas mayores*. Recuperado de <https://www.nia.nih.gov/health/vih-sida-personas-mayores>
- Navas, A. (2017). *La interrupción voluntaria del embarazo hasta las 19 semanas de gestación*. (Artículo de Reflexión) Trabajo de Grado. Facultad de Derecho. Universidad Católica de Colombia. Bogotá D.C.: Recuperado de <https://repository.ucatolica.edu.co/>
- ONUSIDA. (2007). *VIH/SIDA: Prevención, Atención, Tratamiento y Apoyo en el Medio Carcelario*. Recuperado de

<https://observatoriovihcarceles.org/customMods/archive/20224c6a55c0196c0a3e214fab40fa53edf0884.pdf>

ONUSIDA. (2008). *Información básica sobre el VIH*. Recuperado de http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

ONUSIDA. (2009). *Proyecto sobre estrategias nacionales y diagnóstico rápido sobre VIH y SIDA en medios penitenciarios de Centroamérica*. Recuperado de <https://observatoriovihcarceles.org/customMods/archive/98cf46386d47ba5a79115dfb582787037e938b5d.pdf>

ONUSIDA. (2012). *Diversidad Sexual, Derechos Humanos y VIH en el Sistema Penitenciario de Costa Rica*. Recuperado de <https://costarica.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/diversidad-sexual%2C-dh-y-vih-en-sistema-penitenciario-de-cr.pdf>

ONUSIDA. (2015). *Profilaxis pre-exposición oral, preguntas y respuestas*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_JC2765_es.pdf

ONUSIDA. (2019). *Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA*. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf

ONUSIDA & UNODC. (2009). *Las mujeres y el VIH en el entorno carcelario*. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/hiv/aids/UNODC_UNAIDS_2008_Women_and_HIV_in_prison_settings-SP.pdf

ONUSIDA &, UNODC. (2011). *Diagnóstico sobre el VIH SIDA en el sistema penitenciario en Colombia*. Recuperado de <https://observatoriovihcarceles.org/customMods/archive/911b08f440b5df2de5f92c4e89857b1cb5fb0609.pdf>

- Organización Mundial De La Salud. (2006). *Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual: proyecto de estrategia mundial*. 59ª Asamblea Mundial De La Salud. Documento A59/11, 1-72. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_11-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *VIH/Sida y salud mental. Informe de consejo ejecutivo*. Recuperado de http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB124/B124_6-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Guía de planificación familiar para agentes de salud comunitarios y sus clientes*. Recuperado de <https://www.fphandbook.org/sites/default/files/es003-guidetofpforchws.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2018a). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf?ua=1>.
- Organización Mundial de la Salud. (2018b). *Planificación familiar*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Recuperado de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Organización Mundial de la Salud. (s.f.). Factores de riesgo. Recuperado de https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
- Organización Mundial de la Salud., & ONUSIDA. (2012). *El VIH y el Sida en los lugares de detención*. Recuperado de <file:///C:/Users/DAVID/Downloads/2012toolkitspanishcompleted.pdf>.

Organización Mundial de la Salud., & UNODC. (2013). *Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión: conjunto completo de intervenciones.*

Recuperado de https://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf?ua=1

Organización Panamericana de la Salud., & Organización Mundial de la Salud. (2016). *Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021.* Washington, D.C. OPS & OMS. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34079/DC552017-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud., Organización Mundial de la Salud., y Presidencia de Uruguay. (s.f.). *Programa de capacitación en prevención y atención de salud en centros de privación de libertad. Uruguay.* Recuperado de https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=508-orden-guia-docente-eq-salud-anexos-8&category_slug=publications&Itemid=307

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Situación de las infecciones de transmisión sexual diferentes al VIH. Colombia 2009 - 2011.* Recuperado de <file:///C:/Users/PC%20HP%2011.6/Downloads/Documents/SITUACION%20DE%20LAS%20INFECCIONES%20DE%20TRANSMISION1.pdf>

Orozco, J. (2016). *El Clown una ventana a la subjetividad en la Cárcel.* (Tesis de pregrado). Licenciado en Artes Escénicas. Facultad de Bellas Artes. Universidad Pedagógica Nacional. Bogotá-Colombia. Recuperado de <http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/1293/TE-11511.pdf?sequence=1&isAllowed>.

Ortiz, K. (2018). *Aborto legal en Colombia ¿en qué va el debate?* Recuperado de <https://www.rcnradio.com/politica/aborto-legal-en-colombia-en-que-va-el>

debate?fbclid=IwAR2wVhXDz2EQeIg2F4mdC03BZHBnis9e5rpfUnokduxI01JmMCRQDDfx5t8

- Palma, C. (2016). Mujeres, tráfico de drogas y cárcel en Costa Rica: Una etnografía interseccional. (Tesis Doctoral). Departamento de Antropología., Cultural, Historia de América y de África. Universidad de Barcelona. Barcelona. España. Recuperado de http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/104970/8/CPC_PARTE_III.pdf
- Paredes, F & Roca, J. (2004). Enfermedades de transmisión sexual tipos diagnóstico y tratamiento. *Ámbito farmacéutico y microbiología*. 23 (7), 100-106. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13064298>
- Pavez, N., Mena, P. & Lobos, N. (2009). Madres Privadas de libertad. Percepción frente a un eventual ingreso al ciclo delictivo de hijos/as adolescentes. *Revista Estudios Criminológicos y Penitenciarios*, 14, 13-34 Recuperado de <http://www.corteidh.or.cr/tablas/R22847.pdf>
- Prada, E. (2013). Conciencia, concientización y educación ambiental: conceptos y relaciones. *Revista Temas* 1(1), 231-244. Recuperado de <http://revistas.ustabuca.edu.co/index.php/TEMAS/article/view/585/476>
- Prada, E., Singh, S., Remez, L. & Villareal, C. (2011). *Embarazo no deseado y aborto inducido en Colombia: Causas y Consecuencias*. Recuperado de <https://www.gutmacher.org/es/report/embarazo-no-deseado-y-aborto-inducido-en-colombia-causas-y-consecuencias>
- Profamilia. (2019). *Métodos anticonceptivos*. Recuperado de <https://profamilia.org.co/servicios/metodos-anticonceptivos/que-son/>

Rada, C. & Gómez, J. (2010). Manejo integral de la gestante con virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*. 61(3), 239-246. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v61n3/v61n3a08.pdf>.

Reforma Penal Internacional (2013). *Mujeres privadas de libertad: una guía para el monitoreo con perspectiva de género*. Recuperado de https://www.apt.ch/content/files_res/women-in-detention-es.pdf

Resolución No. 8430 (1993). *Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Robertson, O. (2008). *Niños y Niñas Presos de las circunstancias*. Ginebra, Suiza: Quaker United Nations

Rodríguez, G. (2017). *Tras las rejas del Buen Pastor: Reclusión carcelaria y transformaciones familiares desde la perspectiva de género*. (Tesis de pregrado). Facultad de Ciencias Sociales y Humanas Programa Trabajo Social. Universidad Externado de Colombia, Bogotá. Recuperado de https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/001/632/1/DAA-spa-2017Tras_las_rejas_del_Buen_Pastor_reclusi%C3%B3n_carcelaria_y_transformaciones_familiares.pdf.

Roma, J. (2007). La reflexión como eje central del desarrollo profesional. *Revista educación médica*, 9 (3), 32-38. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/edu/v10n1/formacion.pdf>

Rueda, C. (2014). *Apoyo al proceso de formación de agentes penitenciarios educativos en la reclusión de mujeres de Bogotá “El buen pastor”*. (Trabajo de grado) Universidad Pedagógica Nacional. Recuperado de

<http://repositorio.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/2291/TE-17625.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sánchez, J. & Martínez, J. (2016). Pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV infection: a new prevention paradigm? *Farm Hosp*, 40(3), 219-224. Recuperado de https://www.sefh.es/fh/153_10439.pdf

Sánchez-Mejía, A., Rodríguez-Fondevila, G., & Morad, J. (2018). *Mujeres y prisión en Colombia. Desafíos para la política criminal desde un enfoque de género*. Bogotá, Colombia. Casa Editorial Pontificia Universidad Javeriana. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/41010>

Sandoval, S. (2017). *Comportamiento sexual de mujeres privadas de la libertad del centro penitenciario de concepción*. (Tesis de Maestría). Magister en Salud Reproductiva Facultad de Medicina. Universidad de Concepción, Concepción. Chile, Recuperado de http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2578/Tesis_Comportamiento_Sexual.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Santín, C., Torrico, E., López, M. & Revilla, C. (2003). Conocimiento y utilización de los métodos anticonceptivos y su relación con la prevención de enfermedades de transmisión sexual en jóvenes. *Anuales de Psicología*, 19(1), 81-90. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27871/27001>

Sillas, D., y Jordán, M. (2011). Autocuidado, Elemento Esencial en la Práctica de Enfermería. *Desarrollo científico enfermería*, 19 (2), 67-70. Recuperado de <http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-067.pdf>

UNODC. (2012). *El VIH y el sida en los lugares de detención*. Recuperado de file:///C:/Users/PC%20HP%2011.6/Downloads/Documents/2012toolkit_spanish_completed.pdf

- UNFPA (2012). *Programas de salud sexual y reproductiva para adolescentes en entornos humanitarios: una mirada profunda a los servicios de planificación familiar*. Recuperado https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/ASRH_good_practice_documentation_1-25-2013_SPANISH_FINAL_4_logos.pdf
- Urzúa, A., & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71. Recuperado de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
- Valero, P., Rausell, D., Pacheco., Caridad., & García, J. (s.f). Planificación familiar: información general y seguimiento de anticonceptivos orales. *Guía de Actuación Clínica en A. P.* Recuperado de <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap029planfam.pdf>
- Vargas, C., & Boza, R. (2012). Immune status of patients with HIV/AIDS at the time of diagnosis in the Hospital San Juan de Dios. *Acta Médica Costarricense*, 54(3), 159-164. Recuperado de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022012000300006&lng=en&tlng=es.
- Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 11-14. Recuperado http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&nrm=iso
- Wainstein, C. (2003). *Cárceles saludables: promoviendo la salud para todos. (1ª ed.)*. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos humanos, (OPS) y (OMS). Recuperado de <http://www.pensamientopenal.com.ar/system/files/2015/01/doctrina38380.pdf>
- Winkler, Pérez, P., & López, L. (2005). ¿Embarazo Deseado o No Deseado?: Representaciones Sociales del Embarazo Adolescente, en Adolescentes Hombres y Mujeres Habitantes de

- la Comuna de Talagante, Región Metropolitana. *Terapia Psicológica*. 23 (2), 1-12.
Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=785/78523203>
- Workowski., K. & Bolan., G. (2015). Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. *Recommendations and Reports*, 64, 1-137. Recuperado de <https://www.cdc.gov/mmwr/pdf/rr/rr6403.pdf>.
- Yarcia., L. (2018). Examining the policy for people living with HIV/AIDS and hepatitis C in Philippine prisons. *International Drug Policy Consortium*, 1(8). Recuperado de https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/publication/IDPC_Examining_the_policy_for_PLHIV_and_hepatitis_C_in_Philippine_prisons_2018.pdf

Apéndices

Apéndice A.

Entrevista semiestructurada.

Universidad Católica De Colombia

Facultad De Psicología

Curso De Especial Interés Psicología Y Sexualidad

Estudiantes: Paula Navarro, Natalia Ramos, Leidy Quintero & Ana Bernal

Profesor: Fernando González

El objetivo de este instrumento es conocer la perspectiva del proyecto en los funcionarios del grupo psicosocial (psicólogos y trabajadores sociales, enfermeros (as)) de la reclusión de mujeres El Buen Pastor.

Nombre:

Cargo dentro de la institución:

Profesión:

Cuántos años lleva vinculado a la institución:

Edad:

Último nivel educativo alcanzado:

1. ¿Considera importante la realización del proyecto de autocuidado y prevención de ITS en mujeres jóvenes (PPL)? Sí__ No__ ¿Cuál es la razón?

2. ¿Existe en el INPEC, un programa en educación sexual? si la respuesta es sí, ¿nómbrela y explique cuál?

3. ¿Cree usted que el grupo psicosocial estaría interesado en manejar estas temáticas en su mesa de trabajo y actividades? en caso de aprobación ¿quiénes integrarían el equipo de trabajo?

4. ¿Qué temáticas considera importante trabajar sobre educación sexual con las PPL?

5. ¿Qué dificultades o problemáticas identifica usted en la población que se puedan trabajar con el proyecto?

6. ¿Es posible que se abra un espacio para trabajar sobre educación sexual en la institución?

7. ¿Usted considera que una herramienta psicoeducativa como cartilla puede ser un elemento que aporte aprendizaje significativo para la prevención de ITS y embarazo no deseado?

8. ¿Qué ventajas o fortalezas observa usted que se pueden obtener en la implementación de este proyecto?

9. ¿Qué desventajas o debilidades usted considera que podría darse en el desarrollo del proyecto?

10. Desde su experiencia qué recomendaciones nos brindaría en cuanto a la parte metodológica de la cartilla?

11. ¿Qué temáticas considera pertinentes para incluir en la cartilla, con relación a los dos temas en los que se basa nuestro proyecto autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados?

12. ¿Qué factores considera usted que no se deberían tratar en este proyecto de autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados con mujeres PPL?

13. ¿Desde el área psicosocial se tiene conocimiento sobre las estrategias y asesoramiento que se deben brindar como prevención de estas problemáticas?

14. ¿Tiene usted conocimiento de si las mujeres PPL tienen acceso a métodos de doble protección como lo es el condón pues previene ITS y embarazos no planeados, dentro de la reclusión?

15. ¿Qué estrategias o proyectos se llevan a cabo al interior de la reclusión para prevenir ITS y embarazos no planeados?

16. ¿Quién diseña y dirige estos proyectos?

17. En una escala de 1 a 10 donde 1 es poco importante y 10 es Muy importante qué valoración le daría usted al desarrollo e implementación del proyecto y cuál es la razón de esa puntuación?

¡Agradecemos su colaboración!

Apéndice B.

Encuesta sobre necesidades del cliente

Universidad Católica de Colombia

Facultad de Psicología

Curso de especial interés en Psicología y Sexualidad.

Esta encuesta fue diseñada por las estudiantes Paula Daniela Navarro Oviedo, Laura Natalia Ramos Cepeda, Leidy Gregoria Quintero Martínez y Ana María Bernal Acevedo, estudiantes de noveno semestre de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, con la asesoría del docente Fernando Germán González. Con el fin de diseñar nuestro producto final sobre el tema “Proyecto de autocuidado y prevención de embarazo no planeado e ITS para mujeres jóvenes (PPL), en la reclusión de mujeres de Bogotá” sobre temas innovadores, pertinentes y con la estructura adecuada de acuerdo al contexto y necesidades de la población.

Se ha realizado esta encuesta para que por medio de su conocimiento y experiencia dentro de la reclusión nos colabore con su opinión sobre unas preguntas relacionadas con el autocuidado y la prevención de embarazos no planeados en el centro penitenciario, marcando con un círculo la respuesta que considere pertinente, así mismo hay preguntas abiertas, por tanto, le pedimos que las conteste de la manera más sincera posible.

De antemano le agradecemos su participación al realizar esta encuesta. Recuerde no dejar preguntas sin resolver o espacios en blanco.

Género: F ___ M ___ Profesión: _____

Entidad en la que labora: _____

Cargo: _____ Tiempo laborando en la entidad: _____

Principal (es) actividades (es) que desarrolla en la entidad:

1. ¿Cree necesario un proyecto que trate sobre temas como prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y embarazos no planeados en la reclusión?

- a) Si
- b) No

¿Porqué?

2. ¿Desde la institución se han implementado proyectos o herramientas de autocuidado y prevención de ITS?

- a) Si
- b) No

Si la respuesta es afirmativa conteste las preguntas 3 y 4, de lo contrario continúe con la pregunta 5:

3. ¿Con qué frecuencia la institución adquiere y desarrolla este tipo de proyectos?

- a) Mensual
- b) Cada tres meses
- c) Cada seis meses
- d) Una vez al año

e) Otra ¿Cuál? _____

4. ¿Cuál es la estrategia que más utilizan en la institución para proyectos con esta temática?

- a) Cartillas
- b) Protocolos
- c) Videos
- d) Aplicativos web
- e) Invitados expertos
- f) Otra ¿Cuál? _____

5. ¿Desde la institución se han implementado proyectos o herramientas sobre prevención de embarazos no planeados?

- a) Si
- b) No

Si la respuesta es afirmativa conteste las preguntas 6 y 7, de lo contrario continúe con la pregunta 8:

6. ¿Con qué frecuencia la institución adquiere y desarrolla este tipo de proyectos?

- f) Mensual
- g) Cada tres meses
- h) Cada seis meses
- i) Una vez al año
- j) Otra ¿Cuál? _____

7. ¿Cuál es la estrategia que más utilizan en la institución para proyectos con esta temática?

- a) Cartillas
- b) Protocolos
- c) Videos
- d) Aplicativos web

e) Invitados expertos

f) Otra ¿Cuál? _____

8. ¿Por qué cree que se deben tener en cuenta en la institución proyectos con estos temas?

9. ¿Cuánto estaría dispuesta a pagar la institución por una cartilla sobre autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados?

a) \$100.000

b) \$150.000

c) \$180.000

d) Otra ¿Cuál? _____

10. ¿Desde qué área de trabajo de la institución cree que acogerían e implementarían este proyecto, teniendo en cuenta las dos temáticas que lo componen?

a) Área psicosocial

b) Área de promoción y prevención

c) Otra ¿Cuál? _____

11. De acuerdo con las dos temáticas que aborda el proyecto ¿cuáles cree que serían los aspectos positivos que llevaría a la institución a adquirir el producto?

a) Innovación

b) Pocos proyectos en el mercado que aborden las dos temáticas

c) Lograr un mayor control de estas problemáticas al interior de la reclusión

d) Otra(s) ¿Cuál?(es)

12. De acuerdo con las dos temáticas que aborda el proyecto ¿cuáles cree que serían los aspectos negativos o limitaciones que llevaría a que la institución no adquiriera el producto?

- a) Producto nuevo en el mercado
- b) Temas poco interesantes
- c) Baja prevalencia de estas problemáticas en la reclusión
- d) Otra(s) ¿Cuál?(es)

13. ¿De qué manera les gustaría acceder a la cartilla?

- a) Física
- b) Electrónica
- c) En las dos versiones (física y electrónica)

14. ¿Cuál le gustaría que fuera el resultado del producto?

Apéndice C.

Resultados encuesta de mercadeo.

Para saber la viabilidad del producto se diseñó una encuesta que consta de 14 preguntas (*ver Apéndice B*) con el fin de conocer las necesidades de los clientes y con estos resultados poder puntualizar en algunos aspectos del diseño, información y estructura de nuestro producto final.

Con el fin de diseñar nuestro producto final sobre el tema “Proyecto de autocuidado y prevención de embarazo no planeado e ITS para mujeres jóvenes (PPL), en la Reclusión de Mujeres de Bogotá” sobre temas innovadores, pertinentes y con la estructura adecuada de acuerdo al contexto y necesidades de la población, se realizaron 7 encuestas a funcionarios de la Reclusión de Mujeres El Buen Pastor, entre ellos jefes de enfermería y psicólogos quienes pertenecen al grupo psicosocial del centro penitenciario, que será según el diseño de nuestro proyecto el área encargada en recibir la capacitación sobre nuestro producto para implementarlo como estrategia de trabajo con la PPL. A continuación, se mostrarán los resultados obtenidos de las encuestas realizadas.

Es relevante agradecer a los funcionarios que nos colaboraron con las encuestas ya que debido al difícil acceso a los mismos y las altas normas de seguridad de la reclusión solo se pudo tener contacto con siete de ellos, también se destaca que el grupo que conforma el departamento en la RMB es pequeño.

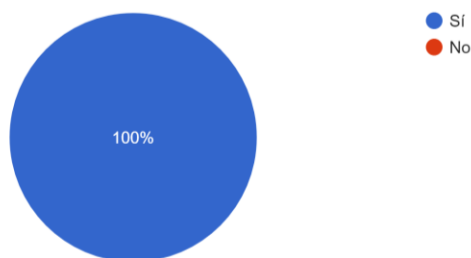


Figura 9. Necesidad de un proyecto de autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados.

En esta gráfica se puede evidenciar que el total, es decir el 100% de las personas encuestadas, consideran que es necesario la implementación de un proyecto el cual tenga como ejes la prevención de ITS y los embarazos no deseado dentro de la reclusión. Lo cual es un buen indicador para desarrollar nuestro producto, validarlo e implementarlo. Las razones que desde la encuesta justifican la realización del proyecto destacan en que se brinden espacios de información y concientización, a su vez que se realice procesos de resocialización en las PPL, además de que según los funcionarios el embarazo en PPL no ha disminuido y las ITS siguen ocurriendo.

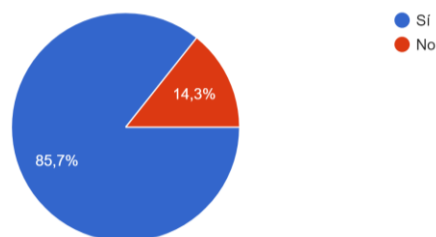


Figura 10. Implementación de proyectos de prevención de ITS dentro de la RMB

Como se muestra en la figura 10 los resultados arrojan que el 85, 7 % de los participantes reconocen que en la RMB se han implementado proyectos de prevención de ITS, cifras que se relacionan con la teoría, ya que según las referencias consultadas, dentro de las cárceles se han venido implementando programas para la prevención, tratamiento y manejo de estas infecciones dentro de las reclusiones, por las vulnerabilidades a las que está expuesta la PPL, estos son impartidos desde el Ministerio de Salud y organizaciones internacionales como la OMS, la OPS, el programa del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA ONUSIDA y la guía de prevención en PPL.

El otro 14, 3% afirma que en la reclusión no se han realizado aún proyectos que estén relacionados con el autocuidado y prevención de estas infecciones de transmisión sexual.

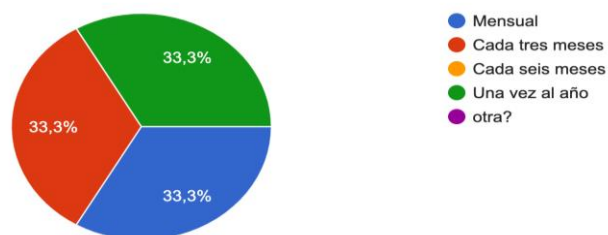


Figura 11. Frecuencia de adquisición de proyectos sobre ITS.

En la figura 11 se puede observar que, por porcentajes iguales del 33,3 en los tres casos, los participantes concluyeron en sus respuestas que la institución adquiere e implementa proyectos sobre temas relacionados con prevención de ITS de forma mensual, trimestral y anual.

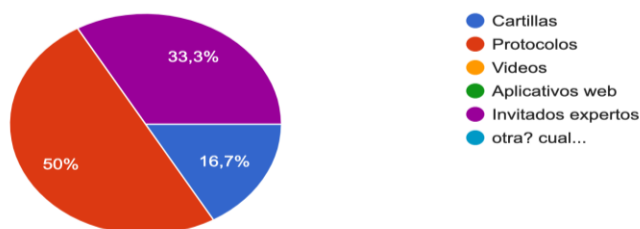


Figura 12. Estrategia más utilizada para la implementación de proyectos sobre ITS.

Como se evidencia en la figura 12 el 50% de los participantes argumentan que la estrategia que más utilizan en la RMB para implementar proyectos sobre ITS es por medio de protocolos, el 33,3% de los funcionarios concuerdan en que se realiza por medio de invitados expertos y el 16,7% coinciden en que la estrategia que se utiliza son las cartillas.

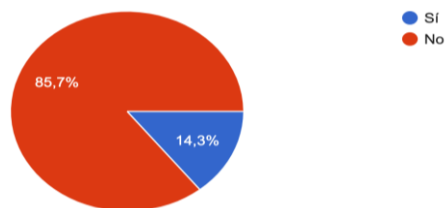


Figura 13. Proyectos sobre prevención de embarazos no planeados en la reclusión.

En la figura 13 se puede observar que el 85,7% de los encuestados coinciden en que en la reclusión no se han implementado hasta el momento proyectos o herramientas que contribuyan al autocuidado y a la prevención de embarazos no planeados en la PPL. El 14,3% afirman que si se han manejado estos temas al interior del centro penitenciario.



Figura 14. Frecuencia con la que se adquieren o desarrollan este tipo de proyectos.

En el gráfico se observa que en la RMB los programas de prevención o de esta línea son desarrollados anualmente una vez. Este dato es relevante para llevar a cabo nuestro proyecto pues hay un margen de tiempo para llevar temáticas actualizadas y así mismo poder dar un valor agregado a nuestro producto en términos de que se podría ofrecer un servicio que se esté actualizando al menos cada 6 meses.



Figura 15. Estrategias utilizadas dentro de la institución

Dentro de los datos recolectados en la encuesta se evidencia que es predominante el uso de invitados expertos como estrategia para socializar los programas de prevención. Lo que permite identificar que podemos ser pioneros en estrategias psicopedagógicas lúdicas y dinámicas que permitan otros espacios desde el área educativa en la promoción de la mejora de calidad de vida para PPL.

Percepción de valor de adquisición de una cartilla.

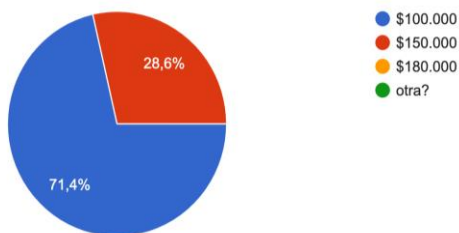


Figura 16. Percepción de valor de adquisición de una cartilla

Como se observa en la figura 16, el 71,4% de los encuestados reconocen que la institución estaría dispuesta a pagar \$100.000 por una cartilla y el 28,6% concuerdan en que pagarían \$150.000 por adquirir una cartilla que incluya las dos temáticas.

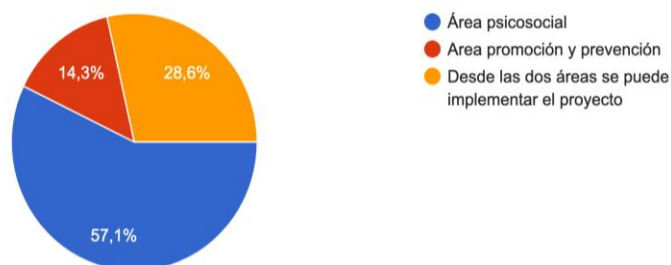


Figura 17. Área encargada de implementar el proyecto

En la figura 17 se evidencia que el 57,1% de los funcionarios encuestados afirman que el área que podrían encargarse de implementar este proyecto en la reclusión con la PPL es el área psicosocial, aspecto que concuerda con el diseño de nuestro proyecto, puesto que aunque el producto final va dirigido hacia el autocuidado y prevención de estas dos variables en la PPL, el departamento que se va a capacitar en el uso de la cartilla para que sea utilizada como estrategia en los talleres de la reclusión es el departamento psicosocial.

El 28,6% de los participantes argumentan que desde las dos áreas es decir desde el área de promoción y prevención y desde psicosocial se podría implementar el proyecto y el 14,3% coincide en que debe manejarse desde el departamento de promoción y prevención.

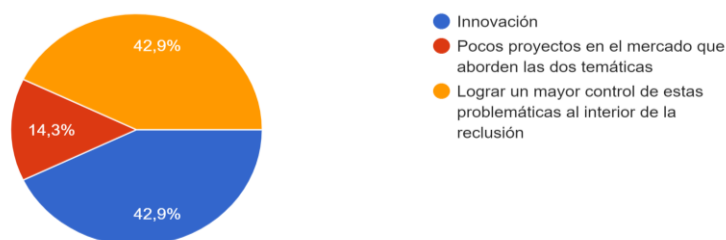


Figura 18. Aspectos positivos del producto.

Dentro de los aspectos positivos evaluados en la encuesta se destacan con un 42,8 % el valor agregado del proyecto en los ejes de innovación y que dentro de la institución se generen medidas preventivas o de control sobre las temáticas abordadas en la cartilla.

Aspectos Negativos o limitaciones del producto.

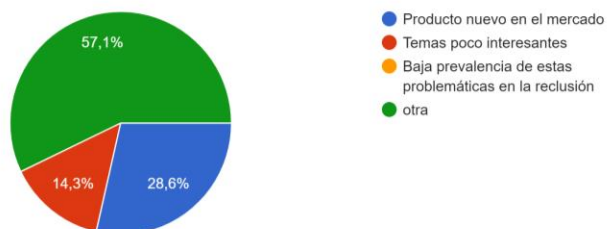


Figura 19. Aspectos Negativos o limitaciones del producto

Dentro de la encuesta como aspectos negativos se muestran que el producto como debilidad con un porcentaje de 28,6 % es que es nuevo en el mercado y con un menor porcentaje 14,3% según los funcionarios encuestados es que los temas que se plantean son poco interesantes, sin embargo, en un 57% encontramos otros aspectos negativos en los cuales se plantean: la poca adherencia o percepción de consecuencias por parte de la PPL, el costo del proyecto y las limitaciones legales y presupuestales.

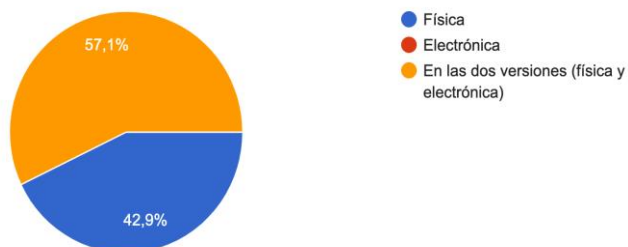


Figura 20. Acceso a la cartilla.

En la figura 20 se observa que el 57,1% de los participantes reconocen que les gustaría tener acceso a la cartilla por medio de las dos versiones (física y electrónica) y el 42,9% la prefieren de manera física.

¿Cuánto y con qué frecuencia compran mis clientes?

Como se evidencia en los resultados arrojados en la figura 10, la institución y otras entidades externas se han interesado por utilizar con la PPL programas y herramientas de prevención de ITS y los adquieren según los resultados de la figura 11 mensualmente, trimestralmente y anualmente.

En cuanto a los resultados de la otra pregunta relacionada con la adquisición de proyectos dentro de la institución, que tiene que ver con los embarazos no planeados, se ve reflejado en la figura 13 que, aunque el porcentaje de utilización de proyectos sobre este tema es muy poco y que este sería el plus de nuestro proyecto, también se identifica que ya hay un cierto interés en la institución por este tema y que los adquieren anualmente.

¿Qué los lleva a preferir el producto?

De acuerdo con los resultados evidenciados en la figura 18 los funcionarios reconocen en igualdad de porcentaje (42,9%) que lo que los llevaría a preferir el producto sería la innovación en el mercado del proyecto y el hecho de lograr mediante el producto un mayor control y prevención de las problemáticas dentro de la reclusión.

¿Dónde comprarían el producto?

Nuestro cliente sería la Reclusión de Mujeres el Buen Pastor, sin embargo, como se observa en la figura 16, el 57,1% de los funcionarios afirman que el área encargada de implementar el proyecto con la PPL sería el departamento psicosocial por las variables que recoge el proyecto.

¿Qué factores facilitarían la decisión de compra?

La necesidad de utilizar como estrategia en la reclusión un proyecto con estas variables ya que se incluye el autocuidado, la prevención y dos problemáticas a las que son vulnerables la PPL,

observándose en la figura 10 que el 100% de los funcionarios perciben la necesidad del proyecto dentro de la reclusión.

Así mismo como se observa en los resultados de la figura 13, el 85,7% de los participantes afirman que en la RMB no se llevan a cabo proyectos relacionados con el autocuidado y prevención de embarazos no planeados, por esto, teniendo en cuenta los factores sociales, familiares, psicológicos, físicos y económicos que inciden en esta problemática sería mucho más fácil la decisión de compra, puesto que nuestro proyecto incluye este tema que es percibido como una problemática de salud pública en la que la PPL tiene un alto nivel de vulnerabilidad.

¿Qué factores inhibirían la decisión de compra?

Como se evidencia en la figura número 19, los resultados de la encuesta tienen en cuenta que como limitantes del proyecto con un porcentaje de 28,6 % es que es nuevo en el mercado y con un menor porcentaje 14,3% según los funcionarios encuestados es que los temas que se plantean son poco interesantes, sin embargo, en un 57% encontramos otros aspectos negativos en los cuales se plantean. La poca adherencia o percepción de consecuencias por parte de la PPL, Costo del proyecto y las limitaciones legales y presupuestales. Factores que se tienen que tener en cuenta pues el manejo presupuestal de la cartilla y las condiciones legales que pueden impedir la decisión de adquirir e implementar la cartilla desde la institución.

¿Cómo sé si están satisfechos con el producto ofrecido?

Según lo evaluado a los funcionarios en la encuesta el análisis de este aspecto se describen los criterios obtenidos a continuación:

a) Disminución en las tasas de ITS y embarazos no planeados; b) Minimizar la tasa de índice en la problemática social que se presenta al interior del establecimiento; c) Indicadores de impacto testimonios de PPL después de la implementación del proyecto; d) Concientización y puesta en práctica de las estrategias para generar autocuidado; e) Poder identificar el impacto de la

socialización del producto en la población de PPL; f) Bajar el índice de la falta de información respecto al tema.

¿Cuánto estarían dispuestos a pagar por el producto?

Según las percepciones valoradas en la encuesta los funcionarios de la institución indican que es posible que el producto sea asumido si tiene un costo que oscile entre los \$100.000 y \$150.000 pesos aproximadamente.

Sin embargo, se debe tener en cuenta que este es un proyecto de responsabilidad social en el que la primera versión de la cartilla será donada a la institución y socializada para que se analice si es una estrategia viable de ser utilizada a mediano plazo. Además, se debe tener en cuenta que la cartilla va tener dos modalidades de acceso virtual y digital esta última podría influir en reducir los costos y garantizar el acceso tanto a funcionarios como PPL que deseen trabajar estas temáticas.

Apéndice D.

Resultados de la revisión por pares

Para la concreción de la propuesta de revisión por pares, en este caso con los funcionarios del área psicosocial de la Cárcel la Modelo se realizó por medio de estos métodos: Que cada participante contestará las preguntas para verificar la comprensión de las mismas y que evaluará cada una de forma cualitativa cumpliendo con los siguientes criterios:

- Pertinencia: Si corresponde o no al tema.
- Suficiencia: Si basta para el tema y el objetivo que se pretende evaluar
- Coherencia: Si tiene conexión lógica con el tema y el objetivo
- Semántica: Si las palabras utilizadas son adecuadas.

Desde un primer momento se definieron los siguientes criterios para evaluar cuando es necesario eliminar alguna pregunta o cuando se debe mantener la pregunta en la entrevista. Estos son:

a) Cuando la mitad más uno de los funcionarios (pares) argumenten en las observaciones de la pregunta, que esta, no es adecuada en cuanto a uno de los criterios de evaluación de cada enunciado (suficiencia, coherencia, pertinencia, semántica).

b) Cuando la mitad más uno de los pares argumente en las observaciones de la pregunta que el enunciado no se entendió, por lo cual no pudo ser respondido.

La revisión por pares de nuestro instrumento se llevó a cabo con cuatro participantes pertenecientes al grupo psicosocial de la Cárcel la Modelo, en cuanto su nivel de formación estaba distribuido de la siguiente forma: dos psicólogos con posgrados, una trabajadora social y un psicólogo con estudios de pregrado.

En cuanto al instrumento, es decir a las preguntas de la entrevista, se construyeron 17 preguntas abiertas, seis de ellas abordan temas generales sobre proyectos que se han implementado

en la reclusión y las once restantes son preguntas más específicas relacionadas con nuestro proyecto, en relación con el método de evaluación los participantes debían argumentar en un apartado debajo de cada pregunta, si cumplían con los criterios enunciados anteriormente o tenían la posibilidad de no responder a la pregunta al momento de no haberla entendido y en el apartado de evaluación argumentar porque no se respondió.

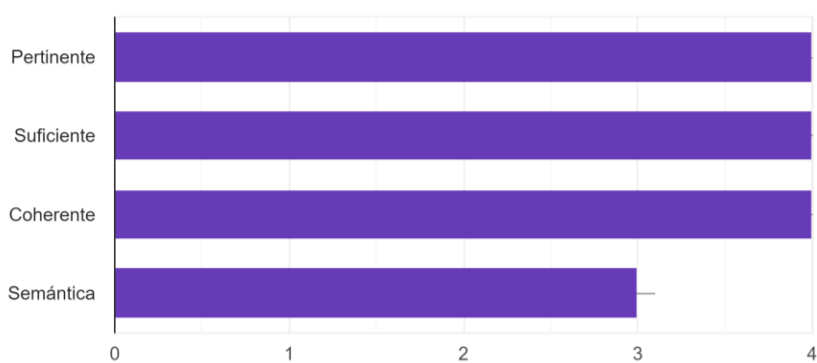


Figura 21. Resultados pregunta 1

Como se muestra en la figura 21 el 100% de los participantes evaluaron que la primera pregunta en cuanto a pertinencia, suficiencia y coherencia es adecuada y el 75% concordaron en que la pregunta tiene una buena semántica, siendo así solo un funcionario argumentó que la pregunta no tenía una adecuada semántica o las palabras utilizadas no fueron las adecuadas para redactarla.

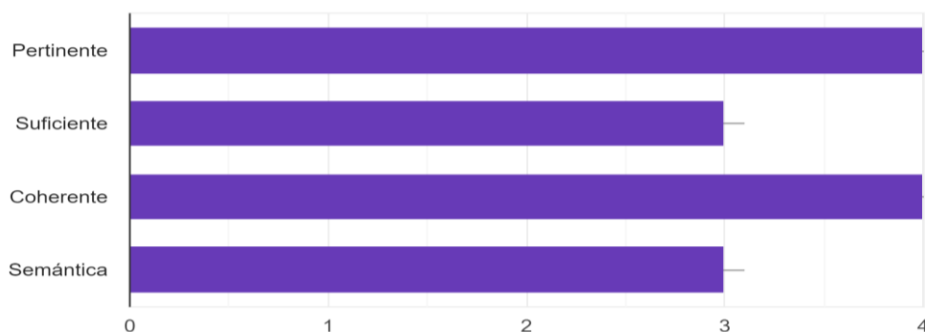


Figura 22. Resultados pregunta 2

Como se evidencia en la figura 22, el 100% de los funcionarios coincidieron en que la pregunta cumple con una adecuada pertinencia y coherencia, en cuanto a suficiencia y semántica en los dos casos el 25% de los participantes (es decir 1 persona para cada caso) concluyó que la pregunta no era suficiente para abordar la temática y el objetivo a evaluar y no se utilizó una adecuada semántica para redactar el enunciado.

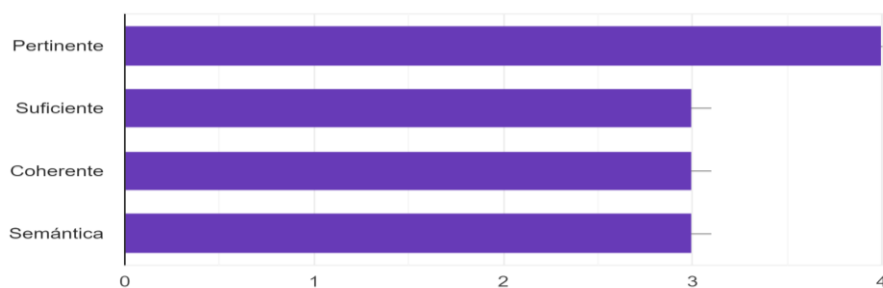


Figura 23. Resultados pregunta 3.

En la figura 23 se muestra que el 100% de los participantes argumentaron que la pregunta era pertinente con relación al tema que se estaba trabajando y el 25% (es decir 1 persona, para cada

caso) concordaron en que no tenía una adecuada semántica, faltaba coherencia con el tema y era insuficiente para evaluar el tema y el objetivo del instrumento.

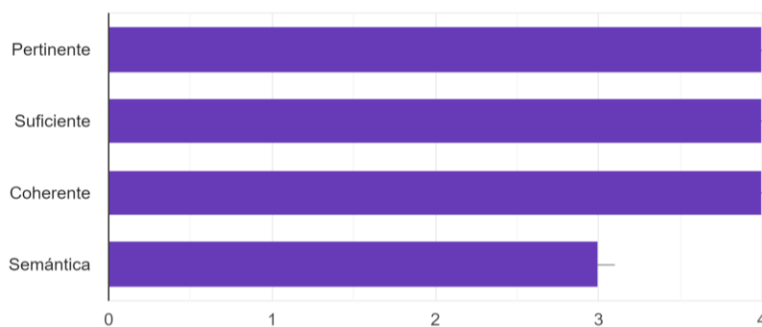


Figura 24. Resultados pregunta 4.

En la figura 24 se evidencia que el 100% de los funcionarios evaluaron la pregunta 4 argumentando que era pertinente, suficiente y coherente con el tema y el objetivo a tratar en el proyecto, para este caso el 25% concluyó que la semántica no era la adecuada, es decir las palabras utilizadas para redactar la pregunta no fueron las más apropiadas.



Figura 25. Resultados pregunta 5.

En la figura 25 se evidencia que el 100% de los participantes coincidieron en que la pregunta era pertinente y suficiente, y el 25% concluyó que la coherencia y la semántica de la pregunta no fueron adecuadas.



Figura 26. Resultados pregunta 6.

Como se muestra en la figura 26, el 100% de los participantes coincidieron en que la pertinencia, suficiencia y semántica de la pregunta fue adecuada y el 25%, es decir una persona, concluyó que la pregunta no era coherente con la temática a tratar en el proyecto.

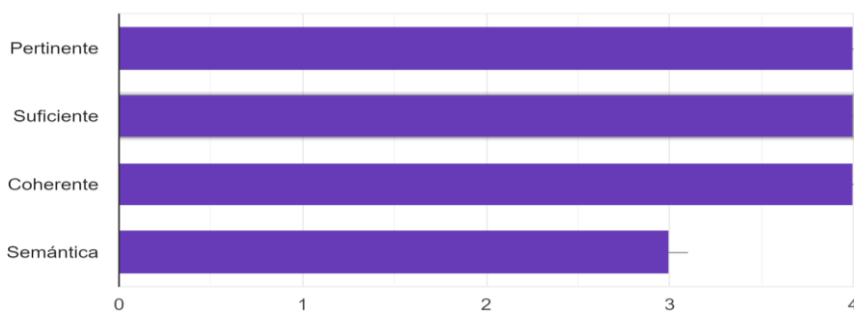


Figura 27. Resultados pregunta 7

En la figura 27 se evidencia que el 100% de los funcionarios evaluaron la pregunta 7, con una adecuada pertinencia, coherencia y suficiencia con el tema a trabajar y el 25% argumentó que no tenía una adecuada semántica la pregunta.

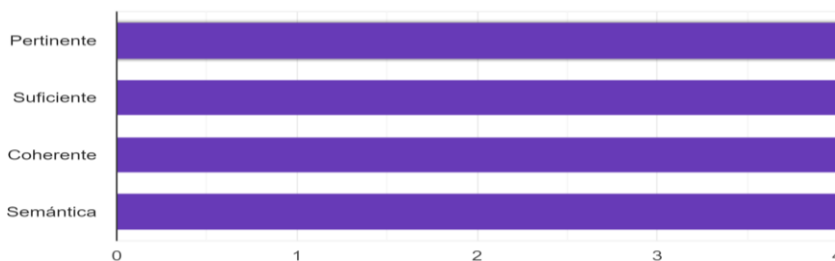


Figura 28. Resultados pregunta 8.

Como se muestra en la figura 28, el 100% de los encuestados coincidió en que la pregunta cumple con una adecuada pertinencia, coherencia, suficiencia y semántica.



Figura 29. Resultados pregunta 9

En la figura 29 se evidencia que el 100% de los funcionarios coincidieron en que la pregunta cumplía los cuatro criterios de forma adecuada, pertinencia, suficiencia, coherencia y semántica.

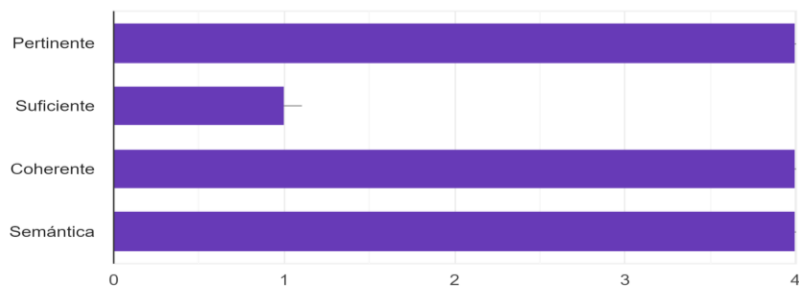


Figura 30. Resultados pregunta 10.

En cuanto a la figura 30 se muestra que el 100% de los participantes argumentaron que la pregunta cumplía de manera correcta con la pertinencia, coherencia y semántica, sin embargo, el 75% coincidió en que la pregunta no era suficiente para el tema y el objetivo de nuestro proyecto.



Figura 31. Resultados pregunta 11

En la figura 31 se evidencia que el 100% de los funcionarios que evaluaron la pregunta coincidieron en que la pregunta es pertinente y coherente con el tema, y el 25% para los dos casos, argumentaron que la pregunta no era suficiente para indagar sobre nuestra temática del proyecto y que la semántica que se utilizó no fue la adecuada.



Figura 32. Resultados pregunta 12

En la figura 32 se muestra que el 100% de los funcionarios concordaron al evaluar la pregunta que es pertinente, suficiente y coherente, y 25% concluyeron que la pregunta no presenta una adecuada semántica, por las palabras que se utilizaron para su redacción.

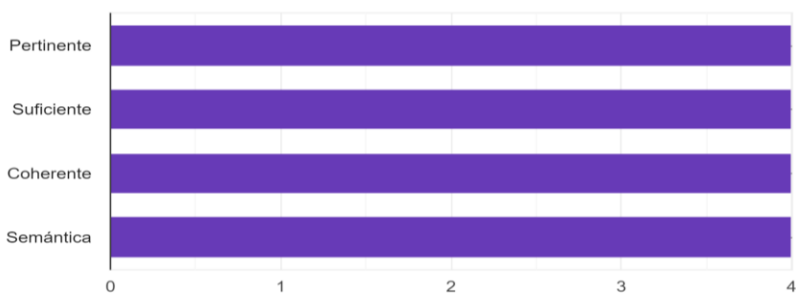


Figura 33. Resultados pregunta 13.

Los resultados arrojados en la figura 33 reflejan que el 100% de los funcionarios evaluó que la pregunta cumplía adecuadamente con todos los criterios, es decir pertinencia, coherencia, suficiencia y semántica.



Figura 34. Resultados pregunta 14

Como se observa en la figura 34, el 100% de los participantes argumentaron que la pregunta 14 cumplía correctamente con los criterios de pertinencia y coherencia, el 50% coincidió en que la pregunta no era suficiente para indagar sobre nuestros temas del proyecto y el 25% concluyó en que la pregunta no manejaba una adecuada semántica, es decir no se utilizaron las palabras correctas para la redacción.

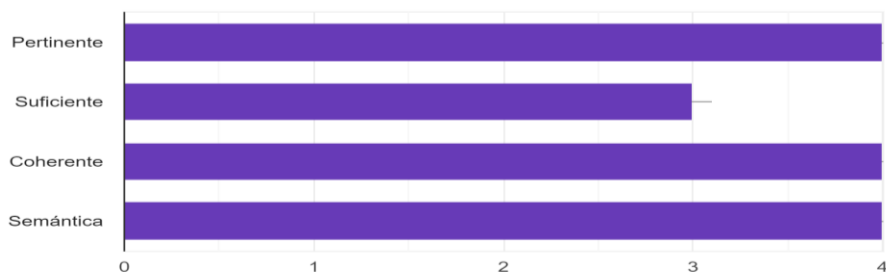


Figura 35. Resultados pregunta 15

Como se evidencia en la figura 35 los funcionarios evaluaron la pregunta coincidiendo en que se manejaba una correcta pertinencia, coherencia y semántica, sin embargo, el 25% evaluó que esta pregunta no era suficiente para indagar sobre el tema y objetivo del proyecto.



Figura 36. Resultados pregunta 16

En la figura 36 podemos evidenciar en cuanto a los resultados arrojados que el 100% de los funcionarios concordaron en que la pregunta era pertinente, suficiente y manejaba una adecuada semántica en su redacción y el 25% concluyó que no era coherente con el tema y objetivo del proyecto.

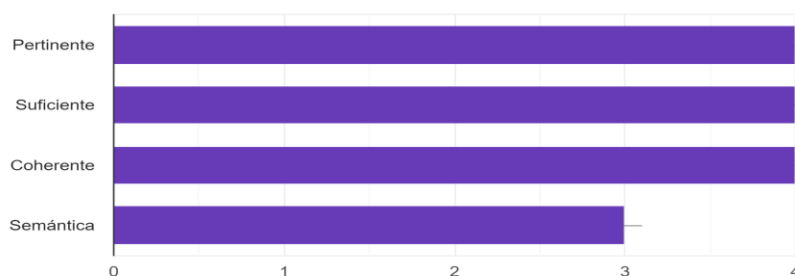


Figura 37. Resultados pregunta 17.

En cuanto a los resultados de la pregunta 17, como se observa en la figura 37, el 100% de los participantes coincidieron en que la pregunta cumplía de manera exitosa con tres criterios: pertinencia, suficiencia y coherencia y el 25%, es decir una persona concluyó que la pregunta no manejaba una correcta semántica al utilizar palabras no tan adecuadas para redactar la pregunta.

Conclusiones

En cuanto al primer método, de que los participantes respondieran las preguntas para evaluar la comprensión de cada una ellas, se observó que todos los funcionarios respondieron a las preguntas, sin embargo en preguntas relacionadas directamente con la RMB, argumentaron no tener conocimiento sobre las estrategias, herramientas o métodos que se trabajan al interior de la reclusión sobre prevención y en cuanto a observaciones realizadas proponen que se utilicen estrategias didácticas para ambientar la cartilla.

Con relación a la evaluación de las preguntas algunos participantes concluían que ciertas preguntas presentaban deficiencias en algún aspecto de evaluación (pertinencia, suficiencia, coherencia y semántica) por esto, y considerando los criterios para determinar eliminar las preguntas, se encontró que en la pregunta 10 ¿Desde su experiencia qué recomendaciones nos brindaría en cuanto a la parte metodológica de la cartilla? el 75% de los funcionarios coincidieron en que la pregunta no era suficiente para indagar sobre nuestros temas y sobre el objetivo del proyecto, por tanto la pregunta fue eliminada de nuestro instrumento, pues cumpliendo con el criterio de evaluación A, la mitad más uno de los funcionarios (es decir 3 personas) encontraron esta deficiencia en la pregunta. En cuanto a las preguntas restantes en los resultados se evidenció que, aunque algunas fueron evaluadas con algunas inconsistencias en los aspectos de evaluación, los resultados no fueron altamente significativos como para considerar eliminarlas, pues no cumplieron con algunos de los criterios de eliminación, pues el porcentaje de funcionarios que presentaba la inconsistencia de la pregunta eran muy pocos (en la mayoría de los casos 1 persona). Sin embargo, teniendo en cuenta las recomendaciones en esos aspectos, se realizaron algunos ajustes en cuanto a semántica de las preguntas, ya que fue el aspecto que más se evidencio como inconsistente en la mayoría de preguntas.

Apéndice E

Universidad Católica De Colombia

Facultad De Psicología

Curso De Especial Interés Psicología y Sexualidad

Estudiantes: Paula Navarro, Natalia Ramos, Leidy Quintero & Ana Bernal

Profesor: Fernando González

Encuesta de satisfacción con el producto.

El objetivo de este instrumento es validar el producto final del proyecto *de autocuidado y prevención de embarazo no planeado e ITS para mujeres PPL de la reclusión de mujeres de Bogotá*, conociendo la opinión y el nivel de satisfacción con el producto de los funcionarios del grupo psicosocial en la reclusión de mujeres.

Nombre:

Cargo dentro de la institución:

Profesión:

Cuántos años lleva vinculado a la institución:

Edad:

Último nivel educativo alcanzado:

Después de la socialización del producto y de observar la cartilla sobre nuestro proyecto de autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados para mujeres PPL; por favor indique con una X el recuadro que mejor se adecue a su respuesta, de acuerdo al criterio solicitado, donde 0 es no cumple, 1 puede mejorar y 2 cumple.

CRITERIO	0 PUNTOS <i>no cumple</i>	1 PUNTO <i>puede mejorar</i>	2 PUNTOS <i>cumple</i>
1. ¿Los temas abordados en la cartilla son relevantes dentro de la reclusión?			
2. ¿La cartilla utiliza un diseño llamativo y creativo?			
3. ¿La calidad de la información suministrada en la cartilla es suficiente, organizada y comprensible?			
4. ¿Las imágenes de la cartilla son acordes a las temáticas abordadas?			
5. ¿La cartilla tiene material suficiente que aporte aprendizaje significativo a las mujeres privadas de la libertad?			
6. ¿Las actividades son comprensibles y/o fáciles de entender y de aplicar por parte de funcionarios o personas encargadas de transmitir la información?			
7. ¿La metodología utilizada en la cartilla es innovadora?			
8. ¿El lenguaje utilizado es comprensible?			
9. ¿La cartilla es práctica y didáctica?			
10. ¿El tipo de letra y tamaño utilizada en la cartilla es acorde,			

entendible y visible?			
¿Qué otros temas en sexualidad sugieren para la cartilla?			
Calificación total		/20	

Apéndice F.

Análisis cualitativo de las entrevistas.

El análisis cualitativo de las entrevistas se realizó por medio de categorías (categorías a priori y categorías emergentes) teniendo en cuenta la entrevista semiestructurada (ver apéndice A) con los funcionarios, en donde participaron jefes de enfermería y psicólogas.

Tabla 9.

Análisis cualitativo entrevista al grupo psicosocial

Tema	Textos	Código	Categoría	Definición
Importancia del proyecto.	<i>"si claro que si, en la reclusión de mujeres es muy frecuente que hayan embarazos no deseados Incluso se tiene pabellón especial en la que se están moviendo Todas las gestantes y lactantes"</i>	P1	<i>EMBARAZO NO DESEADO</i>	"Se caracteriza por la ausencia de una intención consciente de tener un(a) hijo(a) en la no adquisición y/o no utilización de métodos anticonceptivos, así como algunas condiciones personales de estos(as) explicarían la ocurrencia de la fecundación no planificada" (Winkler, Pérez y López, 2015).
	<i>"SI, el programa ayuda a reducir embarazos no deseados, adicionalmente es una población que temas está dentro de la categoría fértil lo que genera un factor de riesgo al tener embarazos no deseados adicionalmente el nacimiento de niños que complica su situación tanto psicológica emocional por el contexto en que se encuentran".</i>	P3		
	<i>"todas las mujeres tienen el derecho a tener esas visitas conyugales y eso también</i>	P1	<i>INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL</i>	

genera un riesgo a que puedan contraer alguna enfermedad de transmisión sexual"

"Ayuda a reducción de la tasa de enfermedades de transmisión sexual que es muy importante en la dentro de la salud y en los temas de la salud pública" **P3**

"Nosotros tenemos jornadas de sensibilización y de formación frente a diferentes temas entre esos están los temas de enfermedades de transmisión sexual, embarazo no deseado, autocuidados" **P1**

"Es enfocarle eso ya que desde que ellas se autoreconozcan desde que ellas sepan qué deben hacer para sentirse bien y quererse tanto en lo mental psicológicamente y de la importancia que es cuidarse al tener una relación sexual desde niños" **P2**

"yo tengo un niño de 10 años y desde este momento le estoy trabajando eso, de saber si le gusta el niño o la niña y de empezar que así sea con niño o niña o el mismo debe cuidarse con los métodos de planificación familiar, debe tener relaciones responsables debe quererse a sí mismo y no con todo mundo irse a tener una relación sexual, con

heterogéneo de infecciones transmisibles que han adquirido una extrema importancia para la salud pública en todo el mundo, dada su magnitud, trascendencia y repercusión para el paciente, la familia y la sociedad. Afectan todos los niveles sociales y económicos, a casi todos los grupos de edades, con mayor frecuencia a los adultos jóvenes. (Álvarez, De La Torre & Domínguez, 2014).

SENSIBILIZACIÓN Concienciación e influencia sobre una persona para que recapacite y perciba el valor o la importancia de algo.

cualquiera”

“concientizar a la gente sobre las buenas prácticas sexuales” **P2**

“Se les informa cuáles son los métodos anticonceptivos las consecuencias que conlleva quedar embarazada” **P1**

“con salud las campañas que se hacen, que se tienen de prevención en salud, cada vez que tienen sus visitas conyugales antes de eso se les entrega a ellas mismas y con los comités se les entregan los preservativos” **P2**

“Ellas manejan el programa de la planificación familiar pues ellas escogen su método adicionalmente se les hace entrega de elementos de protección como lo es el condón” **P2**

¿Existe en el INPEC, un programa en educación sexual?

“Programa educación sexual como tal no, Digamos que un programa que te dé señal únicamente para esos dos temas no, si programa programas tratamiento penitenciario, con programa esos mismos incluimos módulos o temas sobre los cuales trabajamos sobre sus aspectos preparación para la libertad” **P1**

“convenios o alianzas con las secretarías en este caso ahora en la reclusión de mujeres con la secretaría de salud y la secretaría de salud” **P2**

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

Son los métodos o procedimientos que previenen un embarazo en mujeres sexualmente activas, ya sean ellas o sus parejas quienes los usen. Pueden ser hormonales o no hormonales, transitorios o definitivos, basados en tecnología o en conductas

PROGRAMAS DE TRATAMIENTO PENITENCIARIO

Consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados dirigido a hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la Ley penal, así como de subvenir a sus necesidades.

continuamente viene dictando charlas y campañas acerca de las enfermedades de transmisión sexual y todo lo que son métodos de planificación familiar.”

“Tenemos unos programas psicosociales con fines de tratamiento, en el programa cadena de vida inclusive en el otro que se llama preservación de la vida hay un capítulo donde se trabaja todo lo que es autocuidado tanto en cadena de vida y preservación de la vida se tiene que fomentar toda la práctica de autocuidado, de buenas prácticas en cuanto a todo lo de educación sexual y reproductiva”

“Si, el INPEC tiene desde el área de salud, tiene un programa de p&p prevención primaria en esta temática.”

“En si un programa no existe, se tiene en el área de sanidad que está a cargo de la Fiduprevisora la atención pyp (prevención y promoción) y ahí en las actividades que desarrollan ellas hablan desde los derechos sexuales y reproductivos hasta la consulta de planificación.”

¿Cree usted que el grupo psicosocial estaría interesado en manejar estas temáticas en su mesa de trabajo y actividades?

“Sí claro que sí nosotros no sirve un montón estar recibiendo actualizaciones en temas en actividades efectivas para poder llevar a cabo dentro de la reclusión ya que son temas que nos generan bastantes problemas dentro de la institución.”

EFFECTIVIDAD

“Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales, expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población” (Lam y Hernández, 2008).

“no tengo que inventarme más programas si no los programas que puedo tener o mejorármelos con otras cosas que vengan de afuera que nos puedan orientar, pero si se tienen porque dada la carencia de trabajo que tenemos en los establecimientos de reclusión pues es muy difícil que yo le vaya a decir a usted hágame y hágame póngame más programas cuando no tengo gente entonces es mejorar los programas que tenemos, que ya están establecidos y revisar que podemos profundizar con cartillas, con investigaciones que estén adelantando ustedes y todo y que dejen documentos para poderlo hacer porque están los programas”

P2

sí hace parte dentro del tema de salud del establecimiento y donde tengamos enfermedad de transmisión sexual con los problemas que tenemos en ocasiones de remisión y lo demás si no se brinda un espacio de prevención y autocuidado vamos a tener muchas remisiones por el tema de salud y es difícil poderla enfrentar porque a pesar de que hay un área de sanidad nosotros no somos IPS, nosotros hacemos atenciones inmediatas pero si es de tratar eso nos implica más riesgos

P2**PREVENCIÓN**

La promoción de la **salud** y la **prevención** de la enfermedad son todas aquellas acciones, procedimientos e intervenciones integrales, orientadas a que la población, como individuos y como familias, mejore sus condiciones para vivir y disfrutar de una vida saludable.

"Sí estamos interesados porque el trabajo se tiene que hacer en equipo y obviamente

P4

	<p><i>sería una parte complementaria a lo que hace la parte de salud."</i></p>			
	<p><i>"Claro que sí, el grupo psicosocial le interesa además que es un derecho de la población a la que nosotros tenemos"</i></p>	<p>P3</p>		
	<p><i>"Es un programa dentro de la formación educativa de ellas en las actividades de derechos y actividades de reproducción que se lleven de una manera más controlada evitando la transmisión de las enfermedades Igualmente el embarazo no deseado"</i></p>	<p>P2</p>	<p>FORMACIÓN</p>	<p>Hace referencia al proceso educativo o de enseñanza-aprendizaje. Se identifica también con un conjunto de conocimientos</p>
<p>¿Qué temáticas considera importante trabajar sobre educación sexual con las PPL?</p>	<p><i>"Si es en educación sexual específicamente hablando Yo creo que el tema de autocuidado es sumamente importante, el autocuidado una vez entran a los establecimientos suele caer un montón"</i></p>	<p>P1</p>	<p>AUTOCUIDADO</p>	<p>"Son las acciones que asumen las personas en beneficio de su propia salud, sin supervisión médica formal, son las prácticas de personas y familias a través de las cuales se promueven conductas positivas de salud para prevenir enfermedades"</p>
	<p><i>"es muy importante todo lo que sea prevención y autocuidado, especialmente para esa parte que es adulto joven que por las condiciones socioeconómicas, sociales y todo lo que vive la sociedad, el ambiente o la comunidad actualmente se ha dejado un poco de lado toda esa parte de autocuidado de quererse a sí mismo, de reconocerse como individuo, de un auto reconocimiento"</i></p>	<p>P2</p>		<p>(Sillas y Jordán, 2011).</p>
	<p><i>"no hay un autocuidado y el respeto a sí mismo entonces no les importa"</i></p>	<p>P2</p>		

	<p><i>“conocerse ellas por dentro y por fuera desde que ellas se reconozcan a sí mismas, reconozcan cómo están dentro de su medio ambiente en el que lo rodea y el respeto que tiene que tenerse a sí mismo y hacia los demás.”</i></p>	<p>P2</p>		
	<p><i>"Principalmente el autocuidado generalmente una de las situaciones en las que más riesgo tenemos"</i></p>	<p>P3</p>		
	<p><i>"Pues aunque sea un derecho hoy en día la identidad todo lo de género el enfoque diferencial que manejamos desde la actividad derechos humanos se observa que es una problemática que afecta las relaciones del tema de pareja entre él mismo sexo"</i></p>	<p>P3</p>	<p>DIVERSIDAD SEXUAL</p>	<p>"Término que se utiliza para referirse de manera inclusiva a toda la diversidad de sexos y orientaciones sexuales" (Escobar, 2007).</p>
	<p><i>"Lo común las relaciones afectivas suelen ser muy violentas, no Suelen ser muy funcionales y terminan generando conflictos violentos dentro del establecimiento con las parejas afectivas creo que es algo muy importante para tratar en los temas de sexualidad."</i></p>	<p>P1</p>	<p>RELACIONES AFECTIVAS</p>	<p>Es el conjunto de interacción entre individuos en los que se crean vínculos. El “afecto” es un proceso interactivo que involucra a dos o más personas.</p>
<p>¿Qué dificultades o problemáticas identifica usted en la población que se puedan trabajar con el proyecto?</p>	<p><i>"hay una problemática muy fuerte y es que se presentan consumo de sustancias dentro de las mismas madres gestantes consumen sustancias y lo hacen indiscriminadamente otras que no han aceptado su embarazo o que ha sido un embarazo no deseado y generan conductas violentas en contra del feto"</i></p>	<p>P1</p>	<p>FACTORES TERATOGENOS</p>	<p>"Un agente es teratógeno si su administración a la madre embarazada causa anomalías estructurales o funcionales en forma directa o indirecta al feto o al niño después de nacer, aunque no se observen sino hasta una etapa avanzada de la edad adulta" (McElhatton, 2003).</p>

<p>¿Usted considera que una herramienta psicoeducativa como cartilla puede ser un elemento que aporte aprendizaje significativo para la prevención de ITS y embarazo no deseado?</p>	<p><i>"la capacitación creo que es lo más valioso y lo más importante mucho más con las personas con los funcionarios que están trabajando directamente con las madres."</i></p>	<p>P1</p>	<p>CAPACITACIÓN</p>	<p>Según Böhr (2000) La capacitación es entendida como un esfuerzo generalizado para mejorar los conocimientos y las destrezas disponibles en determinada institución</p>
	<p><i>Acá siempre se ha dejado las puertas abiertas para hacerlos si lo estamos haciendo es porque está abierta.</i></p>	<p>P2</p>		
	<p><i>"Lo más importante es el acompañamiento que pueda dársele a este herramienta teniendo en cuenta que mucha de la población de nosotros se encuentra en una escolaridad baja y requiere como el acompañamiento y el proceso dentro de la formación"</i></p>	<p>P3</p>		
<p>¿Qué ventajas o fortalezas observa usted que se pueden obtener en la implementación de este proyecto</p>	<p><i>"El mismo trabajo con las privadas de la Libertad, creo que darles una atención adecuada dentro de nuestras capacidades y dentro nuestros límites, nos da una ventaja muy grande."</i></p>	<p>P1</p>	<p>ATENCIÓN PPL</p>	<p>Las personas privadas de la libertad, tienen derecho a una atención integral en salud, la cual se constituye en una de las responsabilidades del Estado, desde el mismo momento en el que dicha población está en custodia de las Instituciones Penitenciarias y Carcelarias.</p>
	<p><i>Las mismas internas también, podemos conseguir líderes para que nos apoyen en esa parte de prevención y se necesita que en esa cartilla el lenguaje sea claro.</i></p>	<p>P2</p>		
	<p><i>Dentro de la implementación pues las fortalezas la reducción en la tasa que tenemos de embarazos adicionalmente en las enfermedades de transmisión sexual"</i></p>	<p>P3</p>		

<p>¿Qué temáticas considera pertinentes para incluir en la cartilla, con relación a los dos temas en los que se basa nuestro proyecto autocuidado y prevención de ITS y embarazos no planeados?</p>	<p><i>"Como ya decía aumentar la cobertura y que la información sea más específica sobre las temáticas que se quieren trabajar."</i></p> <p><i>"Todo lo que son vínculos afectivos yo creo que es necesario abordarlo a profundidad, porque muchas veces han confundido un vínculo afectivo de cuidado, de amor de cariño"</i></p>	<p>P4</p> <p>P1</p>	<p>VINCULO AFECTIVO</p>	<p>Establecer un vínculo afectivo con una persona es un privilegio, porque se participa en la configuración de su universo, dotándole de significado, pero también es una responsabilidad por la huella que se deja en su relato. El proceso de construcción de un vínculo afectivo es un proceso de dos en el que cada una de las personas aporta, aunque sea un bebé, sus características diferenciales que hacen la relación única e irreplicable (Martínez González, 2008).</p>
<p>¿Desde el área psicosocial se tiene conocimiento sobre las estrategias y asesoramiento que se</p>	<p><i>"Serían los métodos de planificación más comunes que tenemos en nuestro contexto, el del condón, que es un preservativo que nos da un alto porcentaje de seguridad en cuanto a transmisiones de enfermedades sexuales y también en cuanto a prevención de embarazos no deseados."</i></p> <p><i>"Temas de motivación ligadas al embarazo ¿por qué estoy quedando embarazada? Cuáles son los beneficios y cuáles son las desventajas que me brinda el embarazo"</i></p> <p><i>"jornadas de sensibilización y prevención con el apoyo de practicante"</i></p>	<p>P4</p> <p>P1</p> <p>P1</p>	<p>FUNCIONARIOS / PRACTICANTES</p>	

**deben brindar como
prevención de estas
problemáticas?**

eso está a cargo del consorcio de Fiduprevisora que es del grupo que integra salud, entonces, salud que es el consorcio se encarga precisamente de garantizar con las enfermeras jefes y todo el programa P y P en cuanto enfermedades de transmisión sexual y toda la parte reproductiva, de cuidado reproductivo ellos son los encargados **P2**

"Desde el área psicosocial se apoya directamente desde el área de salud pues ella es la encargada de manejar desde el área de enfermería en todo lo que tiene que ver con promoción y prevención" **P3**

"Desde el momento en que se le hace el proceso de inducción al establecimiento a las ppl, se les da indicaciones sobre esto y sobre los servicios que se prestan en el área de salud, los beneficios que ellas tienen como personas privadas de la libertad, como son la visita íntima y pues obviamente se les remite al área de salud, para que adquieran información o sean atendidas en este aspecto por los profesionales encargados o en el evento de que ellas estén embarazadas, también para seguirles el proceso de cuidado en su etapa de gestación." **P4**

12. ¿Quién diseña y dirige estos proyectos?	<i>"Líder del grupo psicosocial y practicantes quienes son parte fundamental del talento humano"</i>	P1	GRUPO PSICOSOCIAL	
	<i>"El INPEC desde la dirección general para cada uno de los programas en las diferentes áreas se han establecido lineamientos y cada uno de los profesionales encargados de desarrollar los programas teniendo en cuenta estos lineamientos."</i>	P4		
	<i>"Los chicos están desde muy jóvenes e incluso desde adolescentes ya empezando a experimentar en las relaciones sexuales y sin una buena educación sexual pues esto lleva a embarazos no deseados a enfermedades de transmisión sexual, que día a día se están elevando más."</i>	P2	FACTORES DE RIESGO	De acuerdo con la OMS (s.f) Un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o alguna dificultad en su vida.
	<i>"una cartilla es importante desde que sea lúdica y desde que tenga la posibilidad de que se pueda reproducir o que se tenga para que al menos en cada patio los comités de salud tengan esa cartilla para que nos sigan apoyando, porque los comités de internas están creados, por ejemplo: en el caso de comité de salud es para que nos ayuden a difundir también esas campañas de prevención y si sólo me dan una cartilla pues difícilmente puedo hacerlo"</i>	P2	MODALIDAD DEL PRODUCTO	

“Todo, es que inclusive todo se tiene que hablar, desde toda la temática es importante, desde que el lenguaje sea decente, claro, conciso, fácil para ellas”

P2

Como se observa en la tabla 9, dentro de las categorías establecidas en el proyecto de autocuidado prevención de ITS y embarazo no deseado en mujeres PPL, se confirman las categorías fundamentales del proyecto como lo son prevención, planificación familiar, métodos anticonceptivos (P y P) prevención y promoción, autocuidado y las categorías emergentes que surgieron del análisis de las entrevistas semiestructuradas a los funcionarios del grupo psicosocial fueron vínculos afectivos, efectividad, sensibilización, factores teratógenos y factores de riesgo de allí resultan las actividades en las que se promueven el autocuidado de las madres y el cuidado del feto al prevenir el consumo de sustancias psicoactivas en el embarazo, una problemática de alta relevancia en la reclusión como lo argumentan los entrevistados *"hay una problemática muy fuerte y es que se presentan consumo de sustancias dentro de las mismas madres gestantes consumen sustancias y lo hacen indiscriminadamente otras que no han aceptado su embarazo o que ha sido un embarazo no deseado y generan conductas violentas en contra del feto"* y el módulo 5 de relaciones de pareja saludables para sensibilizar y concientizar sobre el vínculo afectivo ya que es un aspecto importante que también por medio de las opiniones de los entrevistados se pudo evidenciar: *"Todo lo que son vínculos afectivos yo creo que es necesario abordarlo a profundidad, porque muchas veces han confundido un vínculo afectivo de cuidado, de amor de cariño"*. En general todas las actividades están diseñadas para generar sensibilización con las temáticas abordadas y a su vez promover toma de decisiones, concientización y reflexión para apuntar a la efectividad de nuestro objetivo el proyecto.

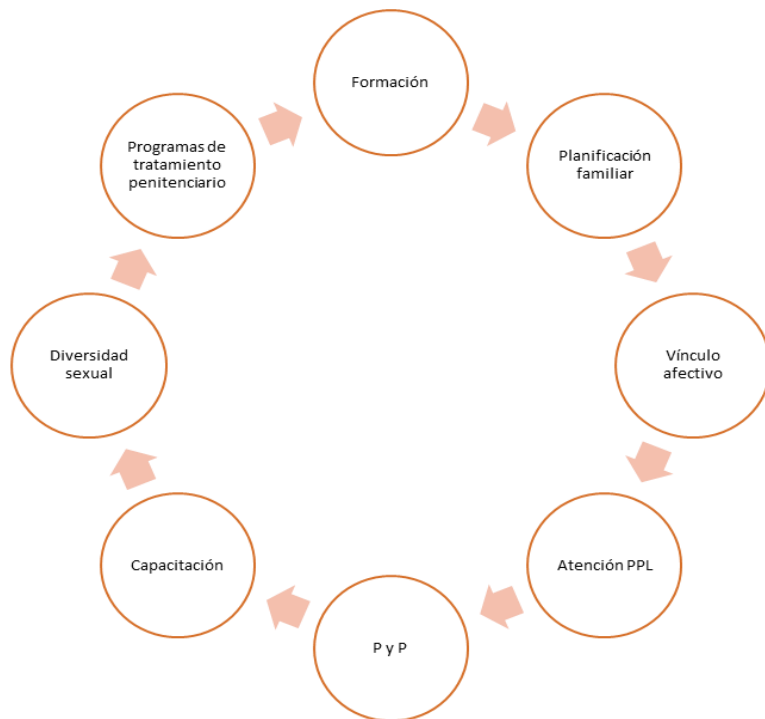


Figura 38. Categorías destacadas del proyecto “yo decido”

La figura 38 ilustra el orden en el que surgieron los temas y la relación que representan las categorías al analizar la información de las entrevistas de los cuatro funcionarios de la Reclusión de Mujeres El Buen Pastor.