

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LAS INTERNAS DEL RECLUSORIO DE MUJERES DE MANIZALES

*Claudia Patricia Jaramillo Ángel**
*María Victoria Benjumea Rincón***

Recibido en junio 25 de 2007, aceptado en septiembre 10 de 2007

Resumen

Objetivo: diagnosticar la situación de las internas del Reclusorio de Mujeres del municipio de Manizales en las áreas de atención primaria, saneamiento ambiental, salud mental, salud sexual y reproductiva, educación, situación judicial y comportamiento organizacional durante el primer semestre del año 2006. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo. **Población de estudio:** 39 internas del Reclusorio de mujeres del municipio de Manizales. **Variables:** características socioeconómicas y demográficas, necesidades básicas, atención primaria, salud sexual y reproductiva, educación, saneamiento ambiental, salud mental y comportamiento organizacional. Las variables se describieron con media y desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas. El procesamiento estadístico de los datos se hizo con el programa SPSS v.14.0. **Resultados:** la edad promedio fue $34,1 \pm 11,1$ años. El estado civil predominante fue soltera y el promedio de hijos fue de $2,86 \pm 2,0$. La escolaridad que primó fue la secundaria incompleta y el analfabetismo se encontró en 10,3%. En la mayoría, la ocupación previa fue la de ama de casa. En el estado nutricional no se encontró bajo peso en las internas. El 97,3% estaba condenada y 2,7% sindicada. Las internas encarceladas por primera vez correspondieron a 78,4%. Durante la reclusión, la mayoría tenía acceso a educación; más de la mitad ocupaba su tiempo en trabajos manuales. La evaluación de las necesidades básicas en el reclusorio fue en su mayoría buena. El uso del tiempo libre se destinaba en su mayoría a trabajos manuales. Las actividades físicas practicadas preferentemente fueron aeróbicas y baloncesto. Durante la reclusión 5 internas consumieron sustancias psicoactivas. La mayoría de ellas tenía problemas de salud oral. Las consultas médicas periódicas, el apoyo psicológico y de trabajo social y el acceso a métodos de planificación familiar fueron los servicios más deficitarios. Las enfermedades reportadas durante la reclusión fueron en su mayoría infecciosas. El 89,7% consideró buena la educación sexual recibida. Los motivos de mayor consulta fueron la cefalea, el lumbago y la epigastralgia. Ninguna de las internas reportó abuso sexual dentro del reclusorio. Las condiciones de saneamiento ambiental percibidas fueron en su mayoría buenas. Las internas manifestaron tener la oportunidad de expresarle sus inquietudes a las directivas de la institución. En la evaluación de la salud mental de las reclusas se encontró normalidad en el 44,4%, deterioro alto en 33,3%, y bajo deterioro, en 22,2%.

* Médica, Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: claudia.jaramillo_a@ucaldas.edu.co

** Nutricionista, Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Caldas. Manizales, Colombia. E-mail: maria.benjumea@ucaldas.edu.co

Palabras clave

Cárcel de mujeres, situación de salud.

SITUATIONAL DIAGNOSIS OF THE FEMALE INMATES OF THE MANIZALES PRISON**Abstract**

Objective: to diagnose the situation of inmates of the Female Prison of the municipality of Manizales in the areas of primary attention, environmental sanitation, mental health, sexual and reproductive health, education, legal situation and organizational behavior during the first semester of 2006. Materials and methods: descriptive study. Population of the study: 39 inmates of the Female Prison of the municipality of Manizales. Variables: socioeconomic and demographic characteristics, basic necessities, primary attention, sexual and reproductive health, education, environmental sanitation, mental health and organizational behavior. The variables were described using average and standard deviation, absolute and relative frequencies. The statistical processing of the data was carried out with the SPSS v.14.0 program. Results: the average age was 34,1±11,1 years. The predominant social status was unmarried and the average number of children was 2,86±2,0. The most common schooling level was incomplete secondary studies and the illiteracy was of 10,3%. The previous occupation of the majority was as a housewife. In the nutritional state, low weight was not seen in the inmates. 97.3% were sentenced and 2.7% syndicated. The first time inmates corresponded to 78.4%. During the imprisonment, the majority had access to education; more than half occupied their time with manual work. The evaluation of the basic necessities in the prison was mainly optimum. The use of free time was mainly used in manual works. The preferred physical activities were aerobics and basketball. During imprisonment 5 inmates consumed psychoactive substances. The periodic medical consultations, the psychological support and social work and the access to contraceptive methods were the most deficit services. Most of them had oral health problems. The majority of diseases reported during the imprisonment were infectious. 89.7% considered that the sexual education they received was satisfactory. The reasons for consultation were migraine, lumbago and epigastric pain. None of the inmates reported sexual abuse within the reclusion center. The perceived environmental sanitation conditions were in their majority satisfactory. The inmates declared having the opportunity to express their inquiries to the directors of the institution. In the mental health evaluation of the inmates 44.4% showed normality, 33,3% high deterioration, and 22,2% low deterioration.

Key words

Female prison, INPEC, Manizales, health situation.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DAS INTERNAS DA CADEIA DE MULHERES DE MANIZALES**Resumo**

Objetivo: diagnosticar a situação das internas da cadeia de mulheres do município de Manizales nas áreas de atenção primária, saneamento ambiental, saúde mental, saúde sexual e reprodutiva, educação,

situacional judicial e comportamento organizacional o primeiro semestre do ano 2006. Materiais e métodos: estudo descritivo. Povoação de estudo: 39 internas da Cadeia de mulheres do município de Manizales. Variáveis: características socioeconômicas e demográficas, necessidades básicas, atenção primária, saúde sexual e reprodutiva, educação, saneamento ambiental, saúde mental e comportamento organizacional. As variáveis descreveram se com média e desvio Standard, freqüências absolutas e relativas. O processamento estatístico dos dados fez se com o programa SPSS v. 14.0. Resultados: A idade média foi 34,1±11,1 anos. O estado civil predominante foi solteiro e médio de filhos foi de 2,86±2,0. a escolaridade que predominou foi a secundaria incompleta e o analfabetismo encontro se em 10,3%. Em a maioria, a ocupação prévia foi a de dona de casa. Em o estado nutricional não encontro se baixo peso nas internas. O 97, % estavam condenadas e 2,7% sindicadas. As internas que estavam por primeira vez corresponderam a 78,4%. Durante a reclusão, a maioria tinha a possibilidade de estudar, mais da metade ocupava seu tempo em artesanato. A evacuação das necessidades básicas na cadeia foi em sua maioria boa. O uso do tempo livre destinava se em sua maioria ao artesanato. As atividades físicas praticadas preferentemente foram aeróbicas e basquete. Durante a reclusão Cinco internas consumiram substâncias psicoativas. A maioria delas tinham problemas de saúde oral. A consulta medica periódico, o apoio psicológico e de trabalho social e a possibilidade de ter métodos de planificação familiar foram os serviços mais deficientes. As enfermidades reportadas durante a reclusão foram em sua maioria infecciosas. O 89,7% considerou boa a educação sexual recebida. Os motivos de maior consulta foram cefaléia, os lumbagos e a epigastralgia. Nenhuma das internas refreou abuso sexual dentro da cadeia. As condições de saneamento ambiental percebidas foram em sua maioria boas. As internas manifestaram ter a oportunidade de expressar-lé suas inquietações as diretivas da instituição. Na avaliação da saúde mental das internas encontro-se normalidade no 44,4%, deterioração alta em 33,3%, e baixa deterioração em 22,2%.

Palavras chave

Cadeia de mulheres, INPEC, Manizales, situação de saúde.

INTRODUCCIÓN

“Las cárceles colombianas se caracterizan por el hacinamiento, las graves deficiencias en materia de servicios públicos y asistenciales, el imperio de la violencia, la extorsión y la corrupción, y la carencia de oportunidades y medios para la resocialización de los reclusos” (1)

Los problemas que afectan al sistema carcelario y penitenciario en Colombia son consecuencia de una serie de omisiones en las que el Estado ha incurrido dando lugar a un “estado de cosas inconstitucional” (Sentencia T-153 de 1998,

Corte Constitucional). La salud es un derecho de los internos que se traduce en la posibilidad real y efectiva de recibir la atención médica, psicológica o psiquiátrica que requieran (1). Los instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos, la Constitución Política de Colombia, las normas que conforman el sistema penitenciario conceden a los reclusos, en materia de salud, los siguientes derechos (1):

- Atención médica con la prontitud debida, de acuerdo con lo preceptuado en el Artículo 24 de las Reglas Mínimas, el Artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los artículos 105, 61 y 62, ordinal 2°, del Código Penitenciario.

- Recibir primeros auxilios a la mayor brevedad posible y, en caso necesario, ser hospitalizados y recibir atención médica especializada.
 - Ser provistos de los medicamentos necesarios para la atención de sus padecimientos durante el tiempo que sea necesario, según lo establecido en el principio 24 del Conjunto de Principios para la protección de todas las personas sometidas a cualquier forma de detención o prisión.
 - Recibir en forma oportuna atención especializada, inclusive quirúrgica, ya sea en el mismo establecimiento o en las instituciones con las que tenga convenio para estos fines, según el numeral 22 de las Reglas Mínimas y el Artículo 105 de la Ley 65 de 1993.
 - Que los servicios médicos dispongan todas las medidas necesarias para la información, prevención y atención de las enfermedades y su tratamiento, principalmente de aquellas que pueden transmitirse entre los internos, pero con estricto apego a sus derechos humanos. Todo lo anterior, fundamentado en los numerales 25 y 26 de las Reglas Mínimas y en la Ley 65 de 1993.
 - Que no se les someta a la prueba de detección del VIH, como lo establece el Decreto 1543 de 1997 en su Artículo 38.
 - Recibir ayuda psicológica y psiquiátrica en el momento en que así lo requieran, como lo indican los artículos 61, 105 y 107 del Código Penitenciario y Carcelario vigente.
 - Que en caso de padecer de enfermedad mental, se les den todos los cuidados que exija su tratamiento y que se les ubique en un dormitorio donde no se les moleste o en un área destinada a enfermos mentales, si esto es necesario.
 - Que en caso de padecer enfermedades infectocontagiosas, se tomen las medidas necesarias para evitar su propagación, siempre que se justifique plenamente y que no sean causa de violación de sus derechos. Artículo 61 y 105, ordinal 2º, del Código Penitenciario y Carcelario.
 - Que en caso de padecer una enfermedad en su fase terminal, se adopten todas las medidas necesarias a fin de evitar, en lo posible, su avance, y para garantizarles el derecho a una muerte digna.
 - Que se evite en todo momento cualquier medida o tratamiento que ponga en riesgo su vida o que pueda provocarles daño o sufrimiento innecesario (1).
- No obstante lo anterior, la mayoría de los centros carcelarios y penitenciarios carecen de programas de salud preventiva, de prevención y tratamiento de adicciones, de primeros auxilios, de seguridad industrial, de salud ocupacional y de saneamiento ambiental. Por ejemplo, en la mayoría de los reclusorios femeninos no existen servicios de ginecología ni de pediatría (1).
- A pesar de lo solicitado por la Corte Constitucional y según lo estipulado por la Defensoría del Pueblo en su informe del año 2003, en el informe sobre la Persistencia de la Crisis del Sistema de Seguridad Social en Salud para Personas Privadas de la Libertad -2005- (2), *“no existen indicadores consolidados para valorar la real cobertura y calidad de la atención sanitaria que se presta a las personas privadas de la libertad. Sin embargo, numerosos indicios permiten concluir que el proceso de tercerización implementado por el INPEC para atender las necesidades de salud de la población reclusa, está lejos de superar las fallas que llevaron a la Corte Constitucional a declarar el estado de cosas inconstitucional en materia de salud, asistencia médica y suministro de medicamentos al personal recluso en las cárceles del país y que, por lo tanto, persiste el cuadro de violaciones al derecho a la salud de los reclusos”* (2).

Entre las situaciones que vulneran los derechos de los internos en el área de la salud que debieron haber sido intervenidas se mencionan: deficiente número de personal de planta que trabaje en atención en salud para los internos intramuros, interrupción que sufre el tratamiento de muchas personas reclusas cuando se agotan los recursos del contrato, y la deficiencia en oportunidad, cantidad y calidad en la provisión de medicamentos (2).

En el sistema penitenciario y carcelario colombiano, el trabajo y la educación de los internos, tienen una doble función: son un componente fundamental para la rehabilitación y reinserción social del interno, al final de la pena privativa de libertad, tal cual lo establece la ley y brindan una oportunidad para que la persona condenada redima parte de su pena, no obstante, la realidad publicada se aleja de este propósito (1).

En la Universidad de Caldas (3), la propuesta de trabajo en las cárceles se inspiró en el proyecto adelantado por el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad Tecnológica de Pereira (4) con apoyo del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), el cual desarrolló el Proyecto “Plan Piloto de Salud Comunitaria en la Cárcel Distrito Judicial de Pereira 2001-2002”(4).

En el diagnóstico inicial de la Universidad Tecnológica de Pereira (UTP) (4) se detectaron diferentes situaciones problemáticas que ya habían sido publicadas por otros autores en contextos diferentes (2,5-21): carencia de programas estructurados de educación para la salud, hacinamiento, bajo nivel educativo, condiciones higiénico-ambientales no adecuadas para la prevención de enfermedades y promoción de la salud, enfermedades infecto-contagiosas como escabiosis, dermatomicosis, infección respiratoria aguda y enfermedades crónicas no tratadas con protocolos de programas, ni con enfoque de atención primaria. Por otro lado, también se detectó carencia de un programa de salud ocupacional,

de programas en comportamiento organizacional y de actividades que les permitieran un mejor desarrollo humano a los internos (3).

La investigación acerca de las necesidades de asistencia en las prisiones de mujeres es escasa; por ello, es necesario comenzar a hacerlo con instrumentos válidos y adaptados a las realidades de cada ciudad para obtener los mejores resultados posibles. De hecho, el derecho universal a la salud no se suspende para las personas privadas de la libertad.

Por lo anterior y dadas las condiciones descritas sobre la situación de los internos en algunas cárceles colombianas, se planteó como objetivo de este trabajo diagnosticar la situación de las internas del Reclusorio de Manizales en las áreas de atención primaria, saneamiento ambiental, salud mental, salud sexual y reproductiva, educación, situación judicial y comportamiento organizacional durante el primer semestre del año 2006.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: descriptivo. **Población de estudio:** 39 internas del Reclusorio de Mujeres del municipio de Manizales que aceptaron participar en el estudio en el primer semestre del año 2006, correspondientes al 48,8% del total recluso.

Las **variables** estudiadas fueron: a) **características socioeconómicas y demográficas:** edad, estado civil, religión, escolaridad, situación y pasado judicial, ocupación previa y actual, actividades educativas actuales; b) **necesidades básicas:** características físicas y de equipamiento de la celda y del lugar donde permanece en el día, elementos de aseo, manejo de la ropa, características de la alimentación, uso del tiempo libre, comunicación y participación, tiempo para estar con sus hijos, actividades en la institución y estímulo a la creatividad; c) **de atención primaria:** consumo de cigarrillo y de psicoactivos, índice de masa

corporal, aseo e higiene personal, conocimientos de los servicios de salud en la cárcel, salud oral, suministro de medicamentos, consultas y atención médica y antecedentes de salud o enfermedad personales y familiares; d) **salud sexual y reproductiva:** número de parejas sexuales, uso de preservativos y abuso sexual en la cárcel; e) **educación:** educación en salud; f) **saneamiento ambiental:** campañas de limpieza y reciclaje, importancia del aseo, características de los servicios sanitarios y presencia de roedores e insectos; g) **comportamiento organizacional:** visitas recibidas por las internas, relaciones de amistad con las compañeras de reclusión, trato institucional, castigos, pertenencia a grupos de internas, motivación y participación en actividades de la institución, comunicación con personal administrativo y con compañeras; y h) **salud mental:** riesgo de problemas de salud mental por deterioro.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS

Se aplicó una encuesta, teniendo como referencia el instrumento elaborado por el equipo de trabajo de la UTP, el cual había sido implementado previamente en el Primer Plan Piloto de Salud Comunitaria - Cárcel Distrito Judicial de Pereira entre el año 2001 y el 2002 (4), y se realizó previamente una prueba piloto para validar dicho instrumento. La aplicación de la encuesta se hizo de manera individual a cada una de las internas participantes y se llevó a cabo con la colaboración de los estudiantes del Programa de Medicina de la Universidad de Caldas que cursaban la asignatura Promoción y Prevención II en el primer período académico del año 2006, quienes recibieron entrenamiento previo para la aplicación de dicha encuesta. Para la evaluación del componente de salud mental se aplicó la Escala *Goldberg General Health Questionnaire* (22, 23).

ANÁLISIS

Las variables se describieron con media y desviación estándar, frecuencias absolutas y relativas. El procesamiento estadístico de los datos se hizo con el programa SPSS v.14.0.

RESULTADOS

Del total de internas estudiadas, 79,5% (n=31) pertenecía al patio número 2 y el 20,5% (n=8) restante al 1. La edad promedio fue de 34,1±11,1 años. El estado civil predominante fue soltera (41,0%, n=16) y le siguieron en orden de proporción unión libre (38,5%, n=15), separada (10,3%, n=4), casada (7,7%, n=3) y viuda (2,6%, n=1). El promedio de hijos entre las internas fue de 2,86±2,0.

Con respecto a la escolaridad se destacaron la secundaria incompleta (28,2%, n=11) y la primaria incompleta (23,1%, n=9). El analfabetismo se encontró en 10,3% (n=4), las internas con secundaria completa fueron 6 (15,4%) y las internas con estudios universitarios representaron el 12,8% (n=5).

La ocupación previa a la reclusión mostró mayor proporción en amas de casa (23,1%, n=9), trabajadoras independientes (20,5%, n=8), empleadas (17,9%, n=7) y otros oficios (17,9%, n=7). La religión que practicaban las reclusas fue en su mayoría la católica (74,4%, n=29) y le siguió en proporción ninguna práctica religiosa (12,8%, n=5).

En la clasificación antropométrica del estado nutricional no se encontró bajo peso en las internas. El sobrepeso (50%) y la obesidad (21%) fueron las categorías de estado nutricional predominantes. El promedio de la talla fue 153,6±6,7 cm (Mín 142 cm y Máx 170 cm).

Con respecto a la situación y pasado judicial de las internas, el 97,3% (n=36) se encontraba

condenada y el 2,7% estaba sindicada; al 56,3% le faltaban 36 meses o menos para completar su condena y al 43,7%, 41 meses o más. Una quinta parte de las internas llevaba 120 meses o menos encarcelada y el 7,7% (n=3) estaba sindicada. Las internas que estaban encarceladas por primera vez correspondieron al 78,4% (n=29). El número de encarcelaciones que predominó fue de 2 (12,8%, n=5), y más de una de cada cinco internas era reincidente (21,6%, n=8). Las internas con familiares reclusos en distintas cárceles fueron 15 (38,5%).

Durante la reclusión, la mayoría de las internas (71,1%, n=27) tenía acceso a educación, 16 internas (42,1%) estudiaban en el momento de la encuesta y el deseo expresado por estudiar fue de 70,6% (n=24). Las actividades educativas se distribuyeron principalmente en: 17,9% para completar la básica primaria, 18,0% en sistemas e inglés, 2,6% en matemáticas y 2,6% en modistería. Más de la mitad de las internas (51,3%, n=21) ocupaba su tiempo en el reclusorio en trabajos manuales (pirograbado, arte *country*, plastigoma, entre otros), una de cada cuatro (20,5%, n=8) en confecciones, y casi una de cada cinco (17,9%, n=8) estudiaba. Sólo dos internas no tenían ninguna ocupación (5,1%).

La evaluación de las necesidades básicas en el Reclusorio de Mujeres mostró: a) *para el lugar donde duermen las reclusas*: buenas condiciones 71,8% (n=28), disponibilidad de cama 71,8% (n=28), buena ventilación 84,6% (n=33), adecuada iluminación 92,3% (n=36) y adecuado espacio 51,3% (n=20); y b) *para el lugar donde permanecen durante el día*: buen aseo 84,6% (n=33), suficiente espacio 76,9% (n=30), y malos olores 23,1% (n=9).

Los elementos de aseo se obtenían de la familia en el 71,2% (n=28) y de la institución en 7,7% (n=3). Para el 76,9% (n=30) de las reclusas los elementos de aseo fueron suficientes.

La mayoría de las internas (84,6%, n=33) era responsable del aseo de su ropa y la alimentación recibida fue considerada como buena (87,2%, n=34). Para la mayoría de las reclusas (89,7%, n=35) el total de comidas suministradas al día fue de 3, y entre 4 y 5 lo fue para el 10,3% (n=4) de ellas. Casi la cuarta parte de las internas tenía dieta prescrita (24,3%, n=9) y sólo a la mitad (n=4) de ellas se le suministraba en estas condiciones.

El uso del tiempo libre se destinaba en su mayoría a tejer (20,5%, n=8), coser (12,8%, n=5), leer (10,3%, n=4), hacer ejercicios (7,7%, n=3), ver TV (5,1%, n=2), bordar (5,1%, n=2) y dibujar el 5,1% (n=2). Las actividades físicas practicadas preferentemente fueron los aeróbicos (35,9%, n=14) y el baloncesto (10,3%, n=4). Casi la totalidad de las internas (92,3%, n=36) consideró que las actividades que realizaba estimulaban su creatividad.

Con respecto a la evaluación de la atención primaria percibida o a factores de riesgo reportados por las internas: 50,0% (n=19) fumaba, la cantidad más representativa fue menos de medio paquete de cigarrillos al día, fumaron en el pasado 33,3% (n=13) de las reclusas. Consumieron sustancias psicoactivas como: alcohol (28,9%, n=11), marihuana (10,5%, n=4), bazuco (5,1%, n=2) y cocaína (2,6%, n=1). Durante la reclusión, 5 internas (12,8%) consumieron sustancias psicoactivas como marihuana, bazuco, heroína u otras.

La mayoría de las internas reportó que diariamente se bañaba (94,9%, n=37) y se cepillaba los dientes (97,4%, n=38); más de la mitad se cepillaba los dientes 3 ó más veces al día (89,2%, n=33). La mayoría de ellas manifestó tener problemas de salud oral (abscesos 51,3%, pus o sangrado 43,6%, caries 28,2%, otros 2,6%) y casi todas (84,6%, n=33) habían recibido tratamiento odontológico en el reclusorio.

Los servicios de salud que ofrecía el reclusorio eran conocidos por casi todas las internas (92,3%, n=36); con relación a su estado de salud durante el tiempo que habían permanecido en reclusión, las internas expresaron mejoría en el 25,6%, no sentir cambios el 28,2%, y casi la mitad (46,2%) empeorar su estado de salud.

En la Tabla 1 se presenta la distribución porcentual de las distintas actividades y servicios de salud que han utilizado las internas en el reclusorio. Las consultas médicas periódicas, el apoyo psicológico y de trabajo social y el acceso a métodos de planificación familiar fueron los más deficitarios.

Tabla 1. Distribución porcentual de las distintas actividades y servicios de salud que se ofrecen en el reclusorio.

Servicio o actividad de atención en salud	Sí		No	
	n	%	n	%
Suministro de medicamentos	32	82,1	6	15,4
Acceso a consulta médica en el reclusorio	38	97,4	1	2,6
Consultas médicas periódicas	10	25,6	29	74,4
Vacunación	30	78,9	8	21,1
Terapia psicológica	6	15,8	32	84,2
Apoyo de trabajo social	0	0,0	38	100,0
Atención oportuna en caso de emergencia	10	25,6	3	7,7
Enfermedades adquiridas en prisión	11	28,9	27	71,1
Diagnóstico actual de enfermedad	14	35,9	25	64,1
Cirugías	24	61,5	15	38,5
Hospitalizaciones	29	74,4	10	25,6
Educación sobre planificación familiar	22	56,4	17	43,6
Educación sobre enfermedades de transmisión sexual -ETS-	35	89,7	4	10,3
Recibe métodos de planificación familiar	8	23,5	26	76,5

La vacuna antitetánica fue reportada por las internas como la de mayor uso en el reclusorio. Las enfermedades adquiridas y reportadas durante la reclusión fueron en su mayoría infecciosas, y las enfermedades presentes durante el estudio (35,9%, n=14) fueron en la mayor parte de los casos, crónicas, con excepción de la gastritis y de la rinitis. El 89,7% (n=35) de las internas consideró buena la educación sexual recibida.

Entre las 24 internas sometidas a cirugía sólo dos tuvieron como motivo el trauma. Los motivos de mayor consulta entre las internas fueron la cefalea,

el lumbago y la epigastralgia. Las hospitalizaciones se presentaron especialmente por: partos y abortos (15,5%, n=5), traumas y quemaduras (15,5%, n=5), problemas gastrointestinales (12,8%, n=4), problemas cardiovasculares o respiratorios (7,8%, n=3) e intento de suicidio (2,6%, n=1).

Los antecedentes familiares de enfermedad más importantes fueron los cardiovasculares en los padres (20,5%, n=8) y en las madres (30,8%, n=12), y la diabetes (7,7%, n=3) y los trastornos mentales (7,7%, n=3), en los hermanos. La presencia de limitaciones físicas se observó en 2 internas; una con fractura de clavícula y costillas, y otra, con problemas visuales.

Entre las características de la salud sexual y reproductiva de las internas se encontró lo siguiente: los métodos de planificación familiar de mayor disponibilidad en el reclusorio fueron el dispositivo intrauterino (7,7%, n=3), los anticonceptivos inyectables (7,7%, n=3) y los anticonceptivos orales (2,6%, n=1); el número de parejas sexuales en el último año fue de 1 en casi la mitad de las internas (44,7%, n=17), y ninguna, en el 36,8% (n=14). Dos o más parejas sexuales en el último año se encontraron en el 18,4% (n=7) de las internas. Las relaciones sexuales en el reclusorio fueron reportadas en el 10,3% (n=4) de las internas. Ninguna de las internas reportó abuso sexual dentro del reclusorio.

El uso de condón fue reportado por 32,4% (n=13) de las internas; la frecuencia de uso del condón fue: algunas veces, en tres internas, y siempre, en las 10 restantes. En el 28,2% (n=4) de las internas que lo usaban la finalidad primordial de su uso fue para prevenir las enfermedades de transmisión sexual -ETS- y evitar el embarazo.

El conocimiento correcto y completo de las ETS se encontró en la siguiente proporción: SIDA (69,2%, n=27), portador de VIH (64,1%, n=25), mecanismos de transmisión (82,1%, n=32) y de prevención (78,9%, n=31). Una de cada diez

internas (10,3%, n=4) había padecido una ETS (gardnerella, sífilis o VPH) y todas habían recibido tratamiento. Una tercera parte de las internas tenía *piercing* o se había hecho tatuaje (33,3%, n=13), y 5 de ellas, lo hicieron en el reclusorio.

Las condiciones de saneamiento ambiental percibidas por las internas en el reclusorio, mostraron que semanalmente se adelantaban campañas de limpieza en el sitio de trabajo (97,4%, n=38), en el patio al que pertenecían (97,4%, n=38), y en las celdas (97,4%, n=38). Casi una de cada cinco reclusas (15,4%, n=6) manifestó que las campañas de limpieza se realizaban diariamente. El 94,9% (n=37) manifestó que el reciclaje era promovido por el personal administrativo del reclusorio. La importancia de mantener aseada la celda para evitar problemas de salud y por higiene fue expresada por el 97,4% (n=38) de las internas.

Para casi la mitad de las internas (42,1%, n=16) los servicios sanitarios habían funcionado bien en el último semestre. La presencia de roedores e insectos fue detectada por la tercera parte de las internas (31,6%, n=12).

En la evaluación del comportamiento organizacional se encontró que más de dos terceras partes de las internas recibía visitas (76,3%, n=30); éstas eran en especial, de los hijos, de los padres, y el cónyuge. La relación interpersonal con las compañeras de patio fue percibida por ellas como: buena (40,5%, n=16), sin relación (32,4%, n=13), muy buena (16,2%, n=6) y conflictiva (10,8%, n=4). Más de la mitad de las internas (57,9%, n=23) tenía amigas en el reclusorio.

Casi una de cada cinco internas (18,4%, n=7) fue castigada en el reclusorio; entre los castigos se destacaron la permanencia en el calabozo y el traslado a otra institución. Casi todas las internas castigadas (94,6%, n=6) plantearon que el castigo recibido fue adecuado.

Las internas manifestaron en su mayoría (74,4%, n=29) tener la oportunidad de expresarle sus inquietudes a las directivas de la institución. En relación con el tiempo que tienen para estar con sus hijos, 25 reclusas (64,1%) dijeron que era insuficiente, y 10 que no recibían visitas (25,6%).

Más de la cuarta parte de las internas (26,3%, n=10) pertenecía a algún comité o grupo dentro de la institución carcelaria. Los de mayor demanda fueron los de deportes, los espirituales y los de derechos humanos. La motivación y participación de las internas en comités o grupos institucionales fue buena en la mayoría de los casos (64,9%, n=24).

Los derechos y deberes de las internas eran conocidos por la mayor parte de ellas (86,8%, n=34). La comunicación entre ellas fue considerada como buena en 48,6% (n=19), regular en 43,2% (n=17), y mala en menor proporción (8,1%, n=3). Los canales de comunicación entre las internas y el personal administrativo fueron calificados por las internas así: buenos (81,6%, n=32), regulares (13,2%, n=5), y malos (5,3%, n=2).

En la evaluación de la salud mental de las reclusas según la escala aplicada se encontró normalidad en el 44,4%, (n=17), deterioro alto en una de cada tres (33,3%, n=13), y bajo deterioro de su salud mental en más de una de cada cinco (22,2%, n=9).

DISCUSIÓN

La edad promedio de las internas del Reclusorio de Manizales es similar a la reportada en mayor proporción por los estudios de la Defensoría del Pueblo del año 2003 (24), al igual que la de la Defensoría del Pueblo Andaluza del año 2006 (5) y a la publicada por el Primer Plan Piloto de Salud Comunitaria realizado por la UTP en Pereira (2003) (4), en éste, el 59,0% estuvo representada por el grupo de 30 a 40 años. La

proporción de mujeres recluidas en Manizales sin pareja estable (solteros y separados) fue similar también a la reportada por el estudio realizado en Pereira (52,0%) (4). Esto es muy preocupante si se considera el promedio de hijos encontrado que queda sin protección de la madre.

En la clasificación antropométrica del estado nutricional no se encontró bajo peso en las internas; el sobrepeso y la obesidad fueron las categorías de estado nutricional predominantes y superaron las proporciones reportadas para mujeres por la Encuesta Nacional de Nutrición -ENSIN- 2005 (25); no obstante, el promedio de la talla fue inferior al publicado para mujeres colombianas (25).

De manera similar a la de la población carcelaria colombiana (24) y a la de Andalucía (5), la escolaridad de las internas de Manizales es baja, lo que se convierte en factor de riesgo para hábitos de vida más saludables y posibilidades de desarrollo personal y productivo. El analfabetismo de las internas estudiadas es levemente superior al publicado por el estudio de Pereira; la proporción de mujeres con primaria incompleta es superior a la del estudio de Pereira (21,3%) y la de internas con secundaria incompleta es inferior a la del mismo estudio (33,2%) (4).

La ocupación previa de las internas se relaciona probablemente con su baja escolaridad, al igual que en lo publicado por el estudio de Andalucía (5). La escolaridad, entre otros factores, puede explicar en parte el promedio de encarcelaciones encontrado y la proporción de internas con familiares recluidos en cárceles. Por esta razón, entre otras, es muy importante que la oferta educativa en el reclusorio les permita elevar su autoestima y las posibilidades económicas presentes y futuras.

A pesar de que la mayor parte de las internas tiene acceso a educación durante la reclusión, las ofertas educativas productivas son muy escasas y

no garantizan la generación de ingresos en el largo plazo para permitirles a las internas proyectar su futura actividad laboral como trabajadoras independientes. Al comparar con el estudio de Pereira (4), el deseo manifiesto por estudiar es similar (74,0%).

Las internas que se encontraban condenadas en el Reclusorio de Manizales fueron superiores a las reportadas por los estudios de Pereira (4), de Perén de Ríos D. en Panamá (2001) (26) y de la Defensoría del Pueblo Andaluza (2006) (5), en los que predominaron los internos sindicados. A pesar de que la reincidencia de las internas estudiadas no es muy alta y fue más baja que la de otros estudios sobre mujeres recluidas (5), vale la pena indagar con mayor profundidad sus características y condiciones en el reclusorio para prevenir y controlar situaciones negativas futuras, y relacionar esto con la proporción de mujeres con familiares recluidos.

La evaluación de las necesidades básicas en el Reclusorio de Mujeres mostró que la situación general se encuentra en mejores condiciones que la reportada por el estudio de Pereira (4). Para la mayoría de las internas, la alimentación recibida se consideró buena en mayor proporción que la publicada en el estudio de Pereira (4) y en el de la Defensoría del Pueblo (24). No obstante, el acceso a las dietas terapéuticas es muy bajo al igual que lo reportado por la Defensoría del Pueblo en el año 2003 (24). Lo anterior podría explicar en parte el exceso de peso y la obesidad encontrados en las internas.

El uso del tiempo libre en las internas de Manizales era diversificado al compararlo con el reportado por otros estudios en los que la mayoría de los internos se dedicaba a leer, ver TV y a caminar alrededor de los patios (4); sin embargo, debería promoverse el incremento de la actividad física en frecuencia y duración, para controlar el incremento de peso y las subsecuentes consecuencias en el estado de salud físico y mental, tal como se ha

propuesto en otros estudios publicados sobre el tema (5).

Con respecto a la evaluación de la atención primaria percibida o evaluada en las internas de Manizales, el comportamiento fue similar al del estudio de Pereira (51,0% fumaba, el 35,0% consumía más de medio paquete de cigarrillos al día); no obstante, el consumo de sustancias psicoactivas como alcohol, marihuana, bazuco y cocaína fue más bajo en las internas estudiadas (4).

La mayoría de las internas tiene buena higiene oral, similar a la reportada en otros estudios (4). Pese a ello, los problemas de salud oral son similares a los de otros reclusos (4) e indican que la atención odontológica debe ser reevaluada, pues más de la mitad de las internas presenta abscesos, entre otras patologías orales (24).

Llama la atención que a pesar de que los servicios de salud que ofrece el reclusorio son conocidos por casi la totalidad de las internas, más de la mitad reporta sentirse enferma o haber empeorado, lo que puede interpretarse como inadecuada oportunidad de acceso y calidad de los servicios de salud del reclusorio, tal como fue descrito en el estudio de la Defensoría del Pueblo (24) y en la revisión sistemática de Arroyo JM y col. (2005), sobre la situación de los presos en diversos países (9).

De manera similar a lo publicado en el estudio de Pereira (4), en el de la Defensoría del Pueblo (24) y en el de Arroyo JM y Astier-Peña MP (2005) (9), en éste predomina la atención médica de urgencia, pero no se cuenta con programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud que controlen la evolución y severidad de las patologías encontradas, aun con presencia de antecedentes familiares de salud en los que priman las enfermedades crónicas. El acceso a los medicamentos no se dio para la totalidad de las internas, aunque la proporción que lo recibe es superior a la de otros estudios (4, 24); en el caso del estudio de la Defensoría del Pueblo (24),

para cualquier patología sólo se suministraban analgésicos tipo *acetaminofén* o *ibuprofeno*.

La vacuna más usada fue la antitetánica, mientras que en el estudio de Pereira fue contra la hepatitis B (4). Las condiciones sanitarias en el reclusorio mostraron que aunque son mejores que las descritas por el estudio de la Defensoría del Pueblo (24), distan todavía de ser las deseables para lograr un ambiente saludable que proteja la salud de las internas. Esto se confirma con el hecho de que las enfermedades adquiridas durante la reclusión fueron en su mayoría infecciosas, lo que podría significar que no se cumplen estrictamente los numerales 25 y 26 de las Reglas Mínimas, la Ley 65 de 1993 y los artículos 61 y 105, ordinal 2º, del Código Penitenciario y Carcelario publicado en el Informe de la Defensoría del Pueblo de diciembre de 2003 (24).

En las características de la salud sexual y reproductiva de las internas, la mayor debilidad se encontró en el acceso a métodos de planificación, luego en educación en planificación familiar y, por último, en la educación sobre enfermedades de transmisión sexual. Esta situación es similar a la reportada por otros estudios (24) y persiste aun con las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo. Por ello, deberían realizarse campañas y programas que incrementen la información y educación sobre el tema.

Más de la mitad de las internas presentó deterioro de su salud mental, similar a lo reportado por otros estudios (5). Si esto se suma a la baja escolaridad de las internas, a las características del uso del tiempo libre y el acceso a sustancias psicoactivas, al número de visitas recibidas, a la cantidad de internas que no se relaciona con las demás, a la poca vinculación a grupos o comités establecidos en el reclusorio, a la escasa oferta de apoyo psicológico y a la ausencia del servicio de trabajo social, la situación podría empeorar y debilitar el ambiente general y el estado de salud de las internas como población vulnerable.

CONCLUSIONES

En las internas recluidas predomina el grupo de edad entre los 30 y 40 años, que corresponde en la sociedad a la población productiva laboralmente.

Las internas recluidas, en su mayoría, no tienen pareja estable y también los familiares se encuentran recluidos, quedando los hijos sin la protección materna y familiar.

La escolaridad de las internas de Manizales es baja, lo que se convierte en factor de riesgo para tener hábitos de vida saludables y lograr mejores posibilidades de desarrollo personal y productivo.

La prestación de servicios de salud no es adecuada y repercute en el bienestar y calidad de vida de las internas.

Por su misma condición de internas son población vulnerable con relación a su salud mental.

RECOMENDACIONES

La situación encontrada amerita diseñar programas integrales y multidisciplinarios que aborden la problemática de las internas, de tal manera que, cuando recuperen su libertad, puedan integrarse a la sociedad como seres productivos y autónomos.

Es necesario establecer estrategias de trabajo y redes de apoyo para los niños y las niñas que se quedan sin protección de la madre y de familiares directos, debido a la alta proporción de mujeres recluidas sin pareja estable y también porque muchas de ellas tienen a sus familiares cercanos recluidos.

Adelantar programas educativos y ocupacionales productivos que sean de verdadero interés formativo u ocupacional para las internas, con

el propósito de que tengan una repercusión emocional positiva y les ayude a afrontar mejor el ansiado pero difícil trance de su regreso a la vida libre y puedan vincularse laboralmente o proyectar su futura actividad como trabajadoras independientes.

Ofrecer a las internas el plan de beneficios en salud a que tienen derecho según lo establecido por la normatividad vigente; mejorar la calidad de atención en salud; garantizar el acceso y la oportunidad para la prestación de los servicios de salud; brindar no sólo la atención de urgencias, sino también las atenciones de seguimiento y control, y todos los programas específicos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que ayudarían al mantenimiento de la salud y al bienestar.

Generar espacios de recreación y actividad física, y favorecer la oferta de apoyo psicológico y de trabajo social que sean protectores para su salud mental, puesto que las internas por su sola condición son población vulnerable.

Promover el incremento de la actividad física en frecuencia y duración, para controlar el incremento de peso y las consecuencias en el estado de salud físico, programa que también tiene beneficios en la salud mental.

AGRADECIMIENTOS

Las investigadoras expresan sus agradecimientos a los estudiantes de Medicina de la Universidad de Caldas de la asignatura Promoción y Prevención II, al estudiante de Medicina Cristian Camilo Giraldo R, a las enfermeras Sandra Milena Franco y Olga Patricia Noreña —profesoras del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Caldas—, a los Funcionarios del INPEC y a las internas que voluntariamente participaron y permitieron la realización de este estudio.

Especialmente queremos agradecer a Sary Arango Gaviria (q.e.p.d.), Directora del Departamento de Medicina Comunitaria de la Universidad Tecnológica de Pereira, quien con su entusiasmo, esfuerzo, dedicación y compromiso con la problemática de los presos del país, inspiró el desarrollo de este estudio.

ASPECTOS ÉTICOS

La participación fue voluntaria después de explicarles a las internas los objetivos del estudio. La identificación de las participantes no será divulgada para garantizar la confidencialidad de la información suministrada. Se tuvieron en cuenta las normas establecidas en la Declaración de Helsinki de 1975, y de acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, pues se considera un estudio de bajo riesgo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marcos F, Morris T-BM, Yrigoyen R. Misión Internacional Derechos Humanos y Situación Carcelaria. Centros de Reclusión en Colombia: un Estado de Cosas Inconstitucional y de Flagrante Violación de Derechos Humanos. Disponible en: www.hchr.org.co. Acceso: junio 3 de 2007.
2. Defensoría del Pueblo. Informe Sobre Prestación de Servicios de Salud en Centros Penitenciarios y Carcelarios de Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo; 2005. p.49.
3. Jaramillo CP. Integración Funcional para la Salud Comunitaria en el Establecimiento Penitenciario y Carcelario y en la Reclusión de Mujeres de la ciudad de Manizales, años 2005 al 2010. Manizales: Universidad de Caldas; segundo semestre de 2005. p.10.
4. INPEC. CIRC. UTP. Primer Plan Piloto de Salud Comunitaria. Establecimiento Penitenciario y Carcelario de Pereira. Resultados e Impactos. Pereira: Universidad Tecnológica de Pereira UTP; Julio de 2003. p.135.
5. Chamizo J. Mujeres Privadas de Libertad en Centros Penitenciarios de Andalucía. Informe Especial al Parlamento. Andalucía: Defensoría Del Pueblo Andaluz; Octubre 2006. p.216.
6. República de Nicaragua. Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos. Situación de las Personas Privadas de Libertad en el Sistema Penitenciario Nacional. Managua: Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos; 2000. p.162.
7. Zárate E, Lobón I, Saavedra C, Castañeda M. Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos Penitenciarios. Lima: Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Junio 30 de 2005. p.158.
8. Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida. Informe Preliminar Sobre la Situación de los Privados de la Libertad y el VIH/Sida en Colombia. s.l.: Liga Colombiana de Lucha Contra el Sida; s.f. p.22.
9. Arroyo JM, Astier-Peña MP. ¿Qué Hay de la Calidad Asistencial en la Sanidad Penitenciaria? Una Revisión Sistemática. *Revista de Calidad Asistencial* 2005;20(1):25-29.
10. González M, Martínez O. Igualdad y no discriminación: discurso versus realidad. Paraguay: Centro de Documentación y Estudios (CDE). *Derechos Humanos*; 2004. s.p.
11. BBC-Mundo. Crisis tras las rejas en Latinoamérica; Octubre de 2005. s.p.
12. González LJ. Situación Penitenciaria y Pena Privativa de la Libertad. Tesis de Pregrado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2000. p.320.
13. Ramírez DP, Tapias NR. Derechos Humanos en las Cárceles Colombianas. Tesis de Pregrado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2000. p.181.
14. Neuman E. La Prisión como Control Social en el Neoliberalismo. Neuman E, editor. *La sociedad carcelaria*. 4ª edición. Buenos Aires: Depalma; 1994. p.25.
15. Toro B. Acceso a la Educación Superior en las Instituciones Carcelarias y Penitenciarias de Colombia. Bogotá: IESALC-UNESCO; Noviembre de 2005. p.132.
16. Pontón J. Mujeres que cruzaron la Línea: Vida Cotidiana en el encierro. Municipio del Distrito Metropolitano de Quito: Fundación ESQUEL. Dirección Nacional de Rehabilitación Social. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 2006. p.59.
17. Hatton DC, Kleffel D, Fisher AA. Prisoners' perspectives of health problems and healthcare in a US women's jail. *Women Health* 2006;44(1):119-36.
18. Bond L SS. At risk for HIV infection: incarcerated women in a county jail in Philadelphia. *Women Health* 1996;24(4):27-45.
19. Kane M, DiBartolo M. Complex physical and mental health needs of rural incarcerated women.

- Issues Ment Health Nurs 2002;23(3):209-29.
20. Fickenscher A, Lapidus J, Silk-Walker P, Becker T. Women behind bars: health needs of inmates in a county jail. *Public Health Rep* 2001;116(3):191-6.
 21. Richie BE, Freudenberg N, Page J. Reintegrating women leaving jail into urban communities: a description of a model program. *J Urban Health* 2001;78(2):290-303.
 22. de la Revilla L, de los Ríos AM, Luna JD. [Use of the Goldberg General Health Questionnaire (GHQ-28) to detect psychosocial problems in the family physician's office]. *Aten Primaria* 2004;33(8):417-22; discussion 423-5.
 23. Muñoz PE, Vázquez JL, Rodríguez Insausti F, Pastrana E, Varo J. [Spanish adaptation of the General Health Questionnaire (G.H.Q.) of D. P. Goldberg (a method for identifying psychiatric cases in the community)]. *Arch Neurobiol (Madr)* 1979;42(2):139-58.
 24. Defensoría del Pueblo. Situación del Servicio de Salud en las Cárceles de Colombia. Bogotá: Defensoría del Pueblo; Diciembre de 2003. p.43.
 25. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Profamilia, Instituto Nacional de Salud, Universidad de Antioquia, Pro Salute Novi Mundi, OPS-PAHO. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia, 2005; Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Profamilia Colombia. Instituto Nacional de Salud. Universidad de Antioquia. Pro Salute Novi Mundi OPS-PAHO; 2005. Noviembre de 2006. p.445.
 26. Perén D. Análisis de las condicionantes laborales en la evolución de la situación de salud de la población penitenciaria de David, Provincia de Chiriquí, años: de 1995 a 1999. Tesis de Maestría. Panamá: Universidad de Panamá; 2001. p.202.