

**FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE
LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD. UNA MIRADA DESDE LAS
DIMENSIONES FÍSICA Y SOCIAL.**

Corporación Universitaria Adventista

Facultad Ciencias de la Salud
Programa de Enfermería



Adriana Tuberquia Gómez
Leidy Carolina Laverde Román

Medellín, Colombia

2019



CORPORACIÓN UNIVERSITARIA ADVENTISTA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

NOTA DE ACEPTACIÓN

Los suscritos miembros de la comisión Asesora del Proyecto de Grado: "Factores de riesgo que influyen en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad. Una mirada desde las dimensiones físicas y sociales.", Elaborado por los estudiantes LEIDY CAROLINA LAVERDE ROMÁN, ADRIANA EUNICE TUBERQUIA GÓMEZ del programa de ENFERMERIA, nos permitimos conceptuar que éste cumple con los criterios teóricos, metodológicos y de redacción exigidos por la Facultad de Ciencias de la Salud y por lo tanto se declara como:

APROBADO- SOBRESALIENTE

Medellín, 15 de mayo 2019

DRA. TERESITA DE JESÚS MARRUGO
PUELLO
Coordinador Investigación FCS

MILTON ANDRÉS JARA
Asesor

DIANA INES RUIZ RESTREPO
Asesora

LEIDY CAROLINA LAVERDE ROMÁN
Estudiante

ADRIANA EUNICE TUBERQUIA GÓMEZ
Estudiante

Personería Jurídica según Resolución del Ministerio de Educación No. 8529 del 6 de junio de 1983 / NIT 860.403.751-3

Cra. 84 No. 33AA-1 PBX. 250 83 28 Fax. 250 79 48 Medellín <http://www.unac.edu.co>

En primer lugar queremos agradecer a Dios por todas sus bendiciones y darnos fuerza para finalizar este proceso.

A nuestra familia, por su amor, trabajo y sacrificio durante todo este tiempo. Gracias a ustedes hemos logrado convertirnos en lo que somos.

Finalmente queremos agradecer a nuestros asesores que con su dedicación, experiencia y conocimientos, guiaron el desarrollo del presente trabajo.

Este trabajo está dedicado con todo nuestro cariño a nuestras familias, amigos y docentes, quienes de manera directa o indirecta y de forma desinteresada, aportaron a nuestra formación profesional y humana.

RESUMEN DE PROYECTO DE GRADO

Corporación Universitaria Adventista

FACULTAD: Ciencias de la salud

Programa: Enfermería

FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS PRIVADAS DE LA LIBERTAD. UNA MIRADA DESDE LAS DIMENSIONES FÍSICA Y SOCIAL.

Nombre de los integrantes del grupo:

Adriana Eunice Tuberquia Gómez

Leidy Carolina Laverde Román

Sigla del título académico y nombre de los asesores:

Mag. Milton Andrés Jara

Mag. Diana Inés Ruiz

Fecha de terminación del proyecto: 22 de abril del 2019

Problema o necesidad:

La población privada de la libertad se ha considerado vulnerable en cuanto a su situación de salud física, mental y espiritual; es sabido que el contexto carcelario expone a las personas a ambientes con altos índices de violencia, a diferentes tipos de enfermedades infectocontagiosas; además de las deficiencias de afecto ligadas a ruptura en las relaciones con familiares y personas cercanas; el objetivo de la presente investigación es describir los factores de riesgo que influyen en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad desde las dimensiones física y sociales.

Método

Revisión sistemática de la literatura científica, con artículos publicados con un rango de antigüedad de 6 años 2013-2018 en los idiomas de español, portugués e inglés. Para la recolección de los artículos se acude a bases de datos como EBSCO, REDALYC, SCIELO, PUBMED, fueron utilizados diferentes descriptores como estrategia de búsqueda para la recopilación de los datos; para la dimensión física: Factores de riesgo, Acondicionamiento físico humano, calidad de vida, prisionero; y para la dimensión social: Factores de riesgo, relaciones interpersonales, calidad de vida, prisionero. Finalmente se recolectaron 27 artículos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión y del mismo modo nombraban aspectos sobre la dimensión física y social de la persona privada de la libertad, finalmente los artículos seleccionados se clasificaron en una matriz de resultados bajo las subdimensiones Estado de salud, ejercicio, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos humanos y legales

Resultados

Se hallan variables diferenciales de investigación sobre factores de riesgo que afectan la salud física de la persona privada de la libertad, como el hacinamiento y la carencia de espacios para el sano esparcimiento; además se encuentra el aislamiento social como un componente influenciador de la salud psicológica de los mismos. Finalmente se evidencia el fracaso del tratamiento carcelario como único recurso para la resocialización efectiva de la persona privada de la libertad.

Conclusiones

La calidad de vida de la persona privada de la libertad, está altamente influenciada por situaciones directas e indirectas que afectan de gran manera la gestión eficaz de la propia salud, a su vez estropea el desarrollo adecuado de las relaciones interpersonales dentro y fuera de las prisiones; estas situaciones se describen principalmente en la falta de espacios que permiten el adecuado desarrollo de actividades, para proteger la salud.

Limitaciones

Tratándose de una investigación documental la principal limitación se dirige a la insuficiente bibliografía en cuanto al tema objeto de indagación debido a la restricción de algunas bases de datos. Así mismo la escasez de artículos que deriven de estudios realizados a personas privadas de la libertad desde los enfoques social y físico.

TABLA DE CONTENIDO

1. Capítulo 1. Planteamiento del problema	13
1.1. Justificación.....	13
1.2. Descripción del problema.....	14
1.2.1. Preguntas reflexivas de la investigación.	17
1.2.2. Pregunta de investigación.	18
1.2.3. Objetivo general.	18
1.2.4. Objetivos específicos.	19
1.3. Viabilidad	19
1.4. Limitaciones	19
1.5. Delimitaciones	20
2. Capítulo 2. Marco conceptual.....	21
2.1. Salud (Health).....	21
2.2. Prisionero	21
2.3. Calidad de vida	22
2.3.1. Dimensión física.	22
2.3.2. Dimensión social.	22
2.4. Factor Riesgo.....	23
2.5. Cuidado de enfermería:	23
2.6. Marco referencial.....	24
2.7. Marco institucional	25
2.7.1. Reseña histórica.	25
2.7.2. Misión.	26
2.7.3. Visión.	26
2.7.4. Perfil institucional.....	26
2.7.5. Modelo Educativo.....	27
2.7.6. Modelo pedagógico.....	27
2.7.7. Reconocimientos.	28
2.8. Marco legal.....	29
2.9. Marco Disciplinar	31

3. Capítulo 3. metodología	32
3.1. Tipo de estudio	32
3.2. Protocolo de investigación	32
3.3. Identificación de los artículos: estrategia de búsqueda.....	33
3.4. Aplicación de criterios de inclusión y exclusión	35
3.5. Instrumentos de evaluación.....	36
3.6. Recolección y análisis de la información.....	38
3.7. Consideraciones éticas	41
3.8. Conflicto de interés	41
4. Capítulo 4. Análisis de la información	43
5. Capítulo 5. Discusión.....	72
6. Conclusiones y recomendaciones	81
6.1. Recomendaciones	82
7. Referencias bibliográficas	84

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Agrupación de datos.....	43
-----------------------------------	----

LISTA DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Resultados búsqueda dimensión social	33
Ilustración 2. Resultados búsqueda dimensión física	34
Ilustración 3. Resultado final revisión sistemática	37
Ilustración 4. País origen de los artículos.....	39
Ilustración 5. Idioma de los artículos.....	39
Ilustración 6. Años de publicación artículos.....	40
Ilustración 7. Clasificación de las revistas.....	41

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Lista PRISMA.	89
Anexo 2. Lista STROBE.	91
Anexo 3. Lista COREQ.	94
Anexo 4. Escala JADAD.	98
Anexo 5. Protocolo RAI.	99

1. CAPÍTULO 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. JUSTIFICACIÓN

El efecto de la protección y reconocimiento en materia de derechos humanos no ha cubierto con igual intensidad todas las áreas de la sociedad, siendo posible observar que hay colectivos de personas que no se encuentran suficientemente cubiertos en el goce de sus derechos, ya sea porque en forma discriminatoria se les priva de protección o bien porque determinadas circunstancias o características particulares, les dificulta el acceso o idoneidad de los mecanismos normales de protección, como es el caso en las personas que se encuentran arrestadas, detenidas o cumpliendo condena en un centro privativo de libertad (1).

El derecho internacional humanitario propone una serie de estrategias para prevenir los malos tratos y asegurar las condiciones mínimas de calidad de vida de las personas privadas de la libertad. (1) estas estrategias están encaminadas a la creación de políticas o instrumentos jurídicos que poseen un poder vinculante para los estados adheridos a la corte de derechos internacionales, que los obligan a reducir los espacios de discrecionalidad y de posibilidad de abusos en la administración penitenciaria, incorporando un lenguaje de derechos de la persona condenada; de límites y resguardos que la administración penitenciaria debe desarrollar para contener de forma razonable los riesgos y peligros que se materializan dentro de la prisión, como son el hacinamiento, las enfermedades, peleas, motines, huelgas de hambre y muertes, junto a abusos de funcionarios y funcionarias penitenciarios.(1)

Con esta revisión bibliográfica se pretende inicialmente identificar la estructura social y físico/corporal que viven las personas privadas de la libertad en su día a día y posibles factores de riesgo que influyen en su calidad de vida; con la finalidad de direccionar estrategias que posibiliten el mejoramiento de calidad de vida de las personas privadas de la libertad.

A su vez se hace importante la realización de dicha investigación teniendo en cuenta los lineamientos dados por las: Naciones unidas, el pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, La Declaración Universal de los Derechos Humanos, y finalmente la Constitución Política de Colombia desde código de tratamiento penitenciario.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (2). Lo anterior indica que todos los seres humanos deben gozar de un equilibrio en todos sus aspectos, esto no es condicionado a los espacios, contextos y acciones que realiza el mismo.

Así mismo, el Plan Decenal de Salud para Colombia (2012-2021) en el escenario de los derechos humanos. Reconoce a la salud como un derecho inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal (para todos los seres humanos), que obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de los contextos sociales e históricos. (3)

Es por esto que en el goce de la salud como derecho inherente a la persona; se reconoce a sujetos y grupos de especial protección, entre los cuales se encuentran las personas privadas de la libertad. Personas que han quebrantado las normas legales y en consecuencia el estado se ve en la obligación a la imposición de medidas correctivas que cambian su situación, como el goce de su libertad física-espacial, pasando a una situación de encierro. (3)

La corte constitucional dicta que los demás derechos del ser humano deben mantenerse incólumes o intactos y que no pueden suspenderse a pesar de que la persona se encuentre sometido a encierro. Es así que desde el momento en que el individuo es privado de la libertad, el estado asume de manera íntegra la responsabilidad inherente a la seguridad, la vida y a la integridad física de los internos. (4)

Cabe señalar que la persona privada de la libertad presentan constructos personales, que se han desarrollado desde su infancia, influenciados por múltiples factores, entre los que se encuentran con más relevancia el autoestima, la funcionalidad familiar y el ambiente social, donde el mismo se ha desarrollado; estos han sido consideradas como circunstancia que pueden traducirse a comportamientos antisociales, para algunos casos. Por otro lado se ha valorado que la escasez personal de herramientas para la resolución y afrontamientos de problemas, dan lugar a relacionarse con falencias en el desarrollo cognitivo y que de la misma manera, son predisponentes en la adquisición de comportamiento disfuncionales no adecuados para la sociedad. (5)

Es así como la persona que ingresa al centro de reclusión ya tiene definida una representación social, psicológica y cognitiva inherente a su personalidad, y por tanto la misma debe adaptarse o transformarse a raíz del tratamiento penitenciario, que del mismo modo busca la resocialización del individuo; este proceso implica para la persona privada de la libertad, transcurrir por un sin fin de sensaciones cognitivas, que pueden tomar dos orientaciones; una resulta perjudicial por que puede generar estados de depresión y

aislamiento; la otra podría verse como un beneficio, cuando se logra el acondicionamiento al tratamiento penitenciario; dependiendo de la capacidad de adaptación de cada individuo.

Con respecto al Código Penitenciario y Carcelario para Colombia (Ley 65 de 1993) en su artículo número 10, define que el tratamiento penitenciario debe realizarse desde la evaluación de la personalidad, la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario, buscando alcanzar la resocialización del infractor de la ley penal. (6)

Cabe señalar que en el artículo número 34 donde se menciona los medios mínimos materiales, como una planta física adecuada, que permita, a la población de internos espacios propicios para desarrollar actividades propias del establecimiento.(6) y así en el devenir de cada día pueda contribuir al desarrollo potencial de la calidad de vida de la población reclusa.

A su vez en el artículo 44 que cita los deberes de los guardianes y que inmerso en el mismo establece como obligatoriedad, la cooperación con la dirección en todo lo que tienda a la resocialización de los reclusos, permitiendo desde los parámetros establecidos, un manejo adecuado de las relaciones internas. (6) dictado a su vez desde la corte internacional de los derechos humanos; donde destaca la distinción de tres diferentes actos prohibidos: como tortura, tratos o penas inhumanas y degradantes (1).

Hay que mencionar además que algunas organizaciones penitenciarias se caracterizan por la omisión de algunos criterios establecidos por la ley , ya sea por el déficit económico, la falta en la organización estructural de los lugares de reclusión; o aquellas que son inherentes al personal encargado del tratamiento transformador; estas razones cursan en la disociación de la finalidad del tratamiento carcelario, específicamente en los puntos

relacionado con la protección física, emocional y psicológica de la persona privada de la libertad. (7)

Así mismo el funcionamiento y trato en las prisiones y lugares de detención ha estado durante muchos años fuera del alcance y conocimiento de la sociedad civil; lo que ocurre en tales recintos y las prácticas que allí se desarrollan constituyen un mundo totalmente desconocido; la falta de control en el interior de las prisiones es un problema que ha sido asociado a un proceso de “invisibilización del castigo”; para esto la corte internacional de derechos humanos ha sugerido estrategias de monitoreo a cada centro de reclusión, con el fin evidenciar oportunamente cualquier acto que contribuya a la deshumanización en el tratamiento penitenciario (1)

No obstante al ser los centros de reclusión entornos cerrados y muy normativizados, se pueden producir situaciones en que los presos pierdan el control sobre condiciones que pueden afectar a su salud, así mismo como la carencia del goce para mantenerla y adquirirla. Por lo que se hace relevante describir los factores de riesgo que influyen en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad desde las dimensiones física y social; a partir de una revisión epistemológica que permita afianzar conocimientos con respecto a las personas privadas de la libertad y que del mismo modo dirijan de manera asertiva las intervenciones para la protección de la salud física, emocional y espiritual de los mismos.

1.2.1. Preguntas reflexivas de la investigación.

¿Son los centros penitenciarios espacios que coartan el derecho a la salud integral de la persona privada de la libertad?

¿Es la enfermería la disciplina llamada a apropiarse de estos contextos?

¿Por ser la persona privada de la libertad tiene menos derechos de disfrutar el equilibrio de la salud?

¿Las políticas nacionales e internacionales están diseñadas para salvaguardar la calidad de vida de las personas privadas de la libertad?

¿Los entes territoriales nacionales e internacionales diseñan programas que permiten mejorar la calidad de vida de las personas privadas de la Libertad?

1.2.2. Pregunta de investigación.

¿Cuáles son los factores influyen en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad desde las dimensiones físicas y sociales?

1.2.3. Objetivo general.

Describir os factores de riesgo que influyen en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad desde las dimensiones físicas y sociales.

1.2.4. Objetivos específicos.

- Identificar los factores de riesgo que influyen en la calidad de vida en la dimensión social.
- Identificar los factores de riesgo que influyen en la calidad de vida en la dimensión física.
- Conceptuar la calidad de vida en las personas privada de la libertad desde las dimensiones físicas y sociales.

1.3. VIABILIDAD

Para la realización de este proyecto se contó con tiempo para la búsqueda sistemática de la literatura científica, con los recursos materiales, humanos y financieros dando respuesta a los objetivos planteados.

1.4. LIMITACIONES

Tratándose de una investigación documental la principal limitación se dirige a la insuficiente bibliografía en cuanto al tema objeto de indagación debido a la restricción de algunas bases de datos. Así mismo la escasez de artículos que deriven de estudios realizados a personas privadas de la libertad desde los enfoques social y físico. Del mismo modo se encuentran patrones de investigaciones similares, para la determinación del bienestar de la persona privada de la libertad, tales como estudios enfocados a enfermedades como VIH y TBC (dimensión física) y para la dimensión social ocurre de igual forma, ya que las investigaciones no muestran amplios contenidos que ayuden a determinar concretamente, la relaciones sociales de la persona privada de la libertad dentro de los centros penitenciarios.

1.5. DELIMITACIONES

La presente investigación se enfocó conceptualmente en la población privada de la libertad teniendo en cuenta aspectos que comprendan factores de riesgo que influyen en la calidad de vida en las dinámicas físicas y sociales.

2. CAPÍTULO 2. MARCO CONCEPTUAL

Según Sampieri (2010), el marco conceptual es “sustentar teóricamente el estudio” y que del mismo modo lo engloba en el concepto del “desarrollo de la perspectiva teórica”; siguiendo los lineamientos establecidos por el método científico para la generación de conocimientos; y en búsqueda de dar claridad a algunos términos que brindan bases teóricas a la presente investigación, se procede a definir los siguiente: Salud, prisioneros, calidad de vida, dimensión física, dimensión social, factor de riesgo, y por último cuidado de enfermería. (8)

2.1. Salud (Health)

La constitución de la OMS de 1948 define la salud como: Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dentro del contexto de la promoción de la salud, la salud ha sido considerada no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas (9).

2.2. Prisionero

Para los descriptores en ciencias de la salud (DECS) prisionero se define como la persona privada de libertad y que tiene la actividad restringida por el uso de la fuerza, además define algunos sinónimos tales como: persona privada de la libertad, cautivo, detenido, encarcelado, presos o rehenes. (10). Por otro lado el instituto nacional penitenciario (INPEC) ha definido la palabra preso como: persona que está en prisión o privada de la libertad. (11)

2.3. Calidad de vida

Para los descriptores en ciencias de la salud (DECS), es el concepto genérico que refleja preocupación por modificar y mejorar las condiciones de vida, por ejemplo, físico, político, moral, entorno social, así como la salud y la enfermedad (12). Otros autores como Schalock & Verdugo (12), definen calidad de vida como “un estado deseado de bienestar personal que es multidimensional; tiene propiedades éticas universales y étnicas ligadas a la cultura; con componentes objetivos y subjetivos; y está influenciada por factores personales y ambientales” A su vez estos fragmentan el concepto de calidad de vida en 8 dimensiones; entre ellas la dimensiones física y social.

2.3.1. Dimensión física.

Nombrada por Schalock & Verdugo, “Bienestar físico” la cual se ejemplariza con indicadores como: estado de salud; estado nutricional, ocio, movilidad, actividades de la vida diaria, ejercicio (12).

2.3.2. Dimensión social.

Denominan por Schalock & Verdugo, “participación social” y a su vez lo discriminan en 3 su dimensiones (Relaciones interpersonales; inclusión social; derechos) del mismo modo designan unos ejemplos para cada uno: (Relaciones interpersonales: redes sociales, amistades, actividades sociales, interacciones, relaciones. Inclusión social: integración y participación en la comunidad, papeles comunitarios, apoyos. Derechos: humanos (respeto, dignidad, igualdad) Legales, (acceso legal, tratamiento legal justo) (12).

2.4. Factor Riesgo

Según la OMS un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre los factores de riesgo más importantes cabe citar la insuficiencia ponderal, las prácticas sexuales de riesgo, la hipertensión, el consumo de tabaco y alcohol, el agua insalubre, las deficiencias del saneamiento y la falta de higiene (13).

Los descriptores en ciencias de la salud (DECS) la definen como aspecto del comportamiento personal o estilo de vida, exposición ambiental, característica innata o heredada, que, sobre la base de evidencia epidemiológica, se sabe que está asociada con alguna afectación relacionada con la salud que es considerada importante para la prevención (14).

2.5. Cuidado de enfermería:

Con respecto a la teoría de las 14 necesidades básicas humanas propuesta por Virginia Henderson el cuidado es definido como la realización de actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación, haciéndolo de tal manera que le ayuden a ganar independencia lo más rápido posible (15).

Del mismo modo Nancy Roper, Winifred W. Logan Y Alison J. Tierney, y su modelo de la enfermería basada en un modelo de la vida, precisan el cuidado como la posibilidad de individualizar a la persona buscando favorecer o controlar los factores que influyen en las actividades de la vida diaria (biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales, político económicos); logrando la trascendencia del mismo de una total de dependencia a la total independencia (16).

Por otra parte Nola J Pender y su Modelo de promoción de la salud menciona que el cuidado es la práctica profesional debe fomentar la promoción de la salud, buscando la modificación de la conducta de salud del individuo (17). Así mismo Afaf Ibrahim Meleis con su Teoría de las transiciones nombra el cuidado como: la disciplina científica en que las enfermeras son las principales cuidadoras de los clientes y las familias que sufren las transiciones (18).

Por otro lado Merle H. Mishel y su teoría de la incertidumbre frente a la enfermedad donde el cuidado está enfocado en la realización de actividades que prevengan dicha situación, basándose en un acompañamiento, que permita identificar cuando el paciente se está acercando a un afrontamiento ineficaz y que permita fortalecer acciones encaminadas a lograr la adaptación. (19)

2.6. Marco referencial

Para tal caso se hace necesario referenciar a Sampieri que expone, los lineamientos para la construcción del marco referencial; el cual determina la orientación sobre el tema a exponer y así centrar el problema de investigación de acuerdo a lo pertinente para la misma, y de esta manera no incurrir en la exposición de asuntos ajenos al tema central de investigación (20).

De lo anterior se permite exponer los principales autores que contribuyeron al desarrollo de la presente investigación, y que dentro de sus estudios investigativos evidencian las falencias en salud y en el desarrollo social de la persona privada de la libertad dentro de los centros penitenciarios.

Puesto que las personas encarceladas se caracterizan por alteraciones del pensamiento, altos niveles de ira y hostilidad, depresión, ansiedad; bajo control de impulsos a nivel conductual y una profunda desconfianza en el ámbito de las relaciones interpersonales (21). Estos síntomas están relacionados directamente con el tratamiento carcelario, que a su vez es calificado por los internos como inexistente y que los lleva a estados de miedo y ansiedad; condicionando el fracaso del tratamiento carcelario.

En cuanto a la salud se presenta una alta tasa de la enfermedad y se evidencia que la resistencia a los fármacos antituberculosos se asocia a infección TB/VIH, que en las condiciones de hacinamiento y poca calidad de vida de estos lugares, pueden convertirse en un grave problema de salud pública (22) a sí mismo se evidencia la existencia de patologías crónicas no transmisibles como: la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, el sobrepeso y/o la obesidad. (23)

2.7. Marco institucional

2.7.1. Reseña histórica.

En el año de 1937 inició labores en Medellín el “Colegio Industrial Coloveno”, con el fin de atender las necesidades educativas de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. La tarea educativa comprendía todos los niveles de educación y buscaba preparar profesionalmente a pastores, administradores, maestros y músicos. Al comenzar el año de 1950 se adoptó el nombre “Instituto Colombo–Venezolano” y continuó trabajando en los niveles de educación primaria, secundaria y terciaria. El decreto 80 de 1980 (enero 22) emanado de la presidencia de la República define el sistema de Educación Superior y tal definición obligó al “Instituto Colombo–Venezolano” a revisar sus estatutos. El 18 de julio de 1981 se creó la Corporación Universitaria Adventista con el objetivo de impartir la educación post-secundaria en la modalidad universitaria. La UNAC recibió la

personería Jurídica No. 8529 el 6 de junio de 1983, expedida por el Ministerio de Educación Nacional.

2.7.2. Misión.

La Corporación Universitaria Adventista – UNAC declara como su misión: Propiciar y fomentar una relación transformadora con Dios en el educando por medio de la formación integral en las diferentes disciplinas del conocimiento, preparando profesionales competentes, éticamente responsables, con un espíritu de servicio altruista a Dios y a sus semejantes, dentro del marco de la cosmovisión bíblico cristiana que sustenta la Iglesia Adventista del Séptimo Día.

2.7.3. Visión.

La Corporación Universitaria Adventista con la dirección de Dios, será una comunidad universitaria adventista con proyección internacional, reconocida por su alta calidad, su énfasis en la formación integral, la cultura investigativa y la excelencia en el servicio, que forma profesionales con valores cristianos, comprometidos como agentes de cambio con las necesidades de la sociedad y su preparación para la eternidad.

2.7.4. Perfil institucional.

La Corporación Universitaria Adventista combina las características que son propias de una institución de educación superior con una identidad filosófica y misional propia, que se traduce en una propuesta educativa que la distingue de las demás instituciones de educación superior.

2.7.5. Modelo Educativo.

El concepto y el compromiso intrínseco filosófico y de calidad educativa de la UNAC, resultan mandatorios para identificar y definir un Modelo educativo que oriente a la Institución, en la conceptualización, en la concepción en la forma, en las maneras y en los procedimientos que deben desarrollarse para que el proceso educativo pueda alcanzar las metas y los propósitos establecidos por la comunidad ASD, para la sociedad en general y para la Universidad. Estos procedimientos deben estar fundamentados en los lineamientos de la filosofía educativa cristiana ASD, las indicaciones del Departamento de Educación de la Iglesia y en los criterios establecidos por la Constitución política y las leyes de la República de Colombia. También deben fundamentarse en la realidad, en las demandas de la sociedad y en las necesidades del estudiante.

2.7.6. Modelo pedagógico.

Es importante clarificar el concepto de educación que dará soporte ideológico a esta propuesta de Modelo pedagógico. Por ello se enuncian los conceptos establecidos por la filosofía educativa cristiana ASD, los conceptos emanados por la literatura, y los conceptos que exponen las normas existentes.

El concepto y el compromiso intrínseco filosófico y de calidad educativa de la UNAC, resultan mandatorios para identificar y definir un Modelo educativo que oriente a la Institución, en la conceptualización, en la concepción en la forma, en las maneras y en los procedimientos que deben desarrollarse para que el proceso educativo pueda alcanzar las metas y los propósitos establecidos por la comunidad ASD, para la sociedad en general y para la Universidad. Estos procedimientos deben estar fundamentados en los lineamientos de la filosofía educativa cristiana ASD, las indicaciones del Departamento de Educación de la Iglesia y en los criterios establecidos por la Constitución política y las leyes de la

República de Colombia. También deben fundamentarse en la realidad, en las demandas de la sociedad y en las necesidades del estudiante.

2.7.7. Reconocimientos.

Los procesos de verificación y certificación de la calidad son importantes para la UNAC, y se han convertido en un trabajo constante a través del tiempo. Contamos con importantes acreditaciones y membresías que reflejan nuestro compromiso constante por ofrecer una educación de alta calidad, con profesorado y programas que son evaluados constantemente en diferentes escenarios.

AAA (Agencia Acreditadora Adventista). Esta institución es el máximo órgano rector de la calidad educativa del sistema adventista a nivel mundial, sus estándares de evaluación trascienden los criterios estipulados a nivel nacional. La UNAC tiene Acreditación por cinco (5) años.

CONACES-MEN (Ministerio de Educación Nacional). Se encarga de evaluar la calidad de los diferentes programas en cada institución universitaria del país. La UNAC recibe la visita de sus delegados cuando se ofrece por primera vez un programa o se revalida los ya existentes. La UNAC tiene todos sus programas con Registro Calificado. ICONTEC. Ente rector de los procesos de calidad en Colombia. La UNAC tiene certificados, por esta institución, los procesos que se adelantan en los talleres educativos.

2.8. Marco legal

Para la construcción del marco legal fue necesario retomar la Constitución Política de 1991 determina como uno de los fines esenciales del Estado colombiano el garantizar a sus integrantes la vida. A su vez, la protección del derecho a la vida se encuentra positivizada en el artículo 11 de la Constitución Política como derecho fundamental. Su satisfacción efectiva e integral, como derecho a una vida digna (6).

Cuando se presenta la privación a la libertad de una persona se generan una relación entre el Estado y el recluso, en la cual se deben respetar derechos y obligaciones por ambas partes, donde el Estado tiene el deber del cumplimiento de la pena y el respeto de los derechos de la población carcelaria.

Desde la Corte Constitucional se señala el deber de respetar la dignidad humana de las personas privadas de la libertad, ya que “constituye el pilar central de la relación entre ambas partes y es, además, una norma fundamental de aplicación universal, reconocida expresamente por los tratados y convenios de derechos humanos, prevalentes en el orden interno”. Se tiene que conforme con las normas tanto nacionales como internacionales, en virtud de la especial relación de sujeción, es deber del Estado garantizar el pleno disfrute de los derechos que no han sido suspendidos; y el respeto a la dignidad humana es un derecho que no permite limitación alguna (24).

Derecho a la vida digna del interno: alimentación adecuada en calidad y cantidad /
Derecho al mínimo vital del interno: alimentación adecuada: La Ley 65 de 1993, en los artículos 67 y 68, establece que el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario tiene a su cargo el suministro de los alimentos a la población reclusa y puede ser ejecutada por sí mismo o a través de contratos con particulares. Igualmente, señalan que “los alimentos deben ser de tal calidad y cantidad que aseguren la suficiente y balanceada nutrición de

los reclusos. La alimentación será suministrada en buenas condiciones de higiene y presentación (6).

El Estado tiene el deber de suministrar a las personas privadas de la libertad una alimentación suficiente y adecuada, aclarando que cuando no cumple con dicha obligación vulnera los derechos a la vida, a la salud y a la integridad personal de los internos. Las personas privadas de la libertad al estar imposibilitadas para suministrarse por sí mismas la alimentación requerida para su sana nutrición, el Estado deben brindar a los internos víveres que cuenten con condiciones esenciales con el fin de garantizarles su mínimo vital durante la detención.

Derecho a la dignidad humana del interno: condiciones de higiene y vestuario/establecimiento carcelario: suministro periódico de elementos de aseo: Por el hecho de una persona que se encuentra en prisión no pueda procurarse por sí sola sus elementos de aseo, conlleva a que el Estado tenga la obligación de proporcionarlos, permitiendo que los internos cuenten con unas condiciones mínimas de existencia, ya que, ante la ausencia de las mismas “pueden generar problemas para la salud de los internos, debido a la proliferación de bacterias y olores nauseabundos a los que diariamente están obligados a soportar. Por lo que, de hacer caso omiso a la presente situación, se estaría incumpliendo con los requisitos mínimos para ofrecer una vida digna a los reclusos”.

En relación con la dotación que se les proporciona a los detenidos, en el sentido que permita unas condiciones mínimas de existencia, este tribunal ha explicado que se debe “disponer de elementos para dormir, tener un vestido en buen estado, contar con calzado en buen estado y disponer de ciertos implementos de aseo que garanticen una buena presentación personal y condiciones mínimas de salud y de salubridad. Sólo basta que suceda el hecho operativo para que la persona facultada por la disposición pueda entrar a participar de la relación jurídica concreta (6).

El hecho de la privación de la libertad judicialmente declarada, sumado al de la reclusión efectiva, convierten al recluso en titular del derecho a la dotación, derecho que puede oponerse a la administración del penal, cuyo representante legal tendrá el deber jurídico correlativo de suministrarla”. Por ello, se ha considerado que el incumplimiento por parte de los centros de reclusión en relación con el deber de facilitar dichos insumos, podría generar además de una violación del derecho al mínimo vital y el desconocimiento de la dignidad humana, “sufrimiento intolerable a la luz del Estado Social de Derecho en cuanto al suplemento punitivo no autorizado por la Constitución”.

2.9. Marco Disciplinar

Se realizó una revisión epistemológica de las teorías en enfermería; en el libro teorías y modelos de enfermería, y se seleccionaron 8 teoristas; que inmerso dentro de sus teorías se podrían relacionar directa o indirectamente con el concepto principal investigado “calidad de vida”. A continuación se nombra cada teorista: Virginia Henderson, Nancy Roper, Winifred W. Logan Y Alison J. Tierney, Dorotea E. Orem, Nola J Pender, Afaf Ibrahim Meleis, Madeleine Leininger, Merle H. Mishel, Katherine Cocalba.

Siendo más relevante dentro de estas; la propuesta por Virginia Henderson, que plantea la teoría de las 14 necesidades, en las que se basa la atención de enfermería. Siete están relacionadas con la fisiología (respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño y reposo, ropa apropiada temperatura). Dos con la seguridad (higiene corporal y peligros ambientales). Dos con el afecto y la pertenencia (comunicación y creencias). Tres con la autorrealización (trabajar, jugar y aprender). De esta manera se evidencia la importancia enfocar el cuidado de la salud de la persona privada de la libertad desde las necesidades propuestas por Virginia Henderson; reconociendo así que las personas privadas de la libertad cuentan con unas necesidades básicas, que necesitan ser intervenidas de manera directa o indirecta, para lograr el goce de calidad de vida dentro de los centros penitenciarios, a pesar de las responsabilidades legales (25).

3. CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

3.1. Tipo de estudio

Revisión sistemática de la literatura científica.

Según lo planteado por Bernal (2006,p 110) este tipo de investigación consiste en el análisis de la información escrita sobre un determinado tema, con el propósito de establecer relaciones, diferencias, etapas, posturas, o estado actual de conocimientos respecto al tema objeto de estudio.

Para Hernández (2006, p 110), la investigación documental depende fundamentalmente de la información que se obtiene o se consulta de documentos, entendiendo por esto, todo material al que se puede acudir como fuente de referencia, sin que se altere su naturaleza o sentido, las cuales aportan información o dan testimonio de una realidad o un acontecimiento.

3.2. Protocolo de investigación

El protocolo de investigación se ajustó a los lineamientos y pasos sugeridos por la guía PRISMA para revisiones sistemáticas, que integra las siguientes fases: Título, resumen, introducción, métodos, discusión, conclusiones y recomendaciones. (Ver anexo 1)

Una vez instaurado el protocolo de investigación, se realizó la búsqueda sistemática de estudios que hablarán acerca de los factores de riesgo que influyen en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad desde las dimensiones física y social, utilizando para la búsqueda, bases de datos con reconocida publicación de literatura científica.

3.3. Identificación de los artículos: estrategia de búsqueda

La búsqueda de los artículos se llevó a cabo en las bases de datos: Ebsco, Redalyc, Scielo, Pubmed, Medline, empleando los descriptores para la salud (DECS). Para la dimensión social “Prisioneros” con los sinónimos: Cautivo o reclusos; “relaciones interpersonales”, “factores de riesgo”, “calidad de vida”. Combinación de estas: “Relaciones interpersonales - calidad de vida - prisioneros” “Factores de riesgo- relaciones interpersonales - prisioneros”, “Relaciones interpersonales de prisioneros”; “Prisoners”, “Risk Factors”, “Quality of Life” “Prisoners” “Interpersonal relations”.

De la búsqueda inicial para la dimensión social se obtuvieron resultados de los cuales se descartaron un total de 4.370,381 artículos porque no cumplían los criterios de selección. La discriminación por cada base de datos fue la siguiente: En la base de datos Ebscob se obtuvieron 1,908 resultados de los cuales 1,900 fueron descartados y 8 útiles. En Redalyc se obtuvieron 4.367,015 resultados de los cuales fueron 4.367,012 descartados y 3 útiles. En Scielo no se obtuvieron resultados. En Pubmed se obtuvieron 1,460 resultados y se descartan todos. En Medline se obtuvieron 0 resultados. En literatura gris se obtuvieron 11 resultados, fueron útiles 2 y 9 fueron descartados; dando un total de 13 artículos para esta dimensión.

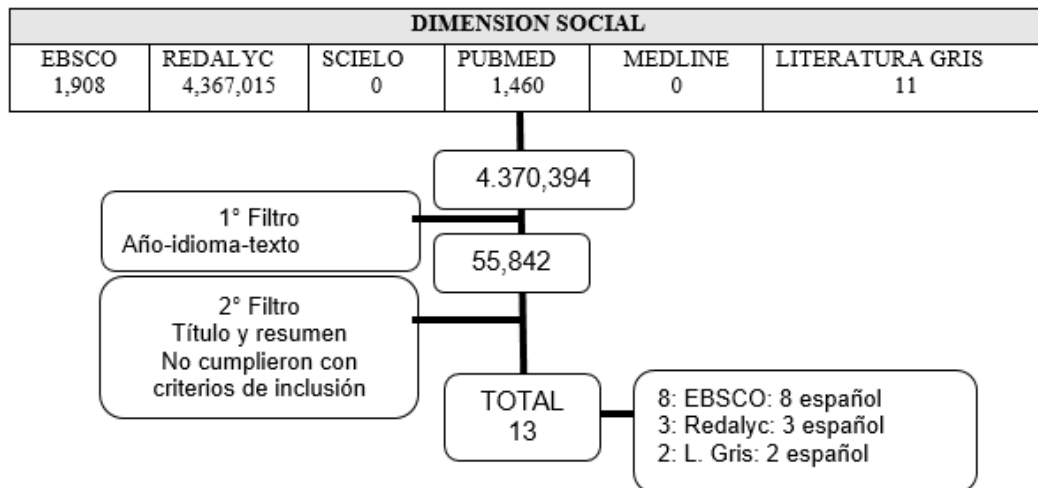


Ilustración 1 resultados búsqueda dimensión social

En la dimensión física: “Prisioneros” con los sinónimos. Presos, persona privada de la libertad y recluso; “Factores de riesgo” “Acondicionamiento Físico Humano”; “calidad de vida” combinación de estas: “Factores de riesgo y calidad de vida de prisioneros”, “Acondicionamiento físico humano y calidad de vida de prisioneros”, “Acondicionamiento físico humano y factores de riesgo de prisioneros”, “Acondicionamiento físico humano - prisioneros” “Risk Factors”, “Physical Conditioning, Human” “Quality of Life Prisoners”

De esta búsqueda inicial para la dimensión física se obtuvieron 1.863.166 resultados de los cuales se descartaron un total de 1.863,124 artículos porque no cumplían los criterios de selección. La discriminación por cada base de datos fue la siguiente: en la base de datos Ebscob se obtuvieron 2.233 resultados de los cuales 2,223 fueron descartados y 10 útiles. En Redalyc se obtuvieron 1.860,481 resultados de los cuales 1.860,464 fueron descartados y 17 útiles. En Scileo de obtuvo 0 resultados. En Pubmed se obtuvieron 32 resultados de los cuales 1 fue útil y 31 descartados. En Medline se obtuvieron 12 resultados, fueron útiles 2 y 10 fueron descartados. En literatura gris se obtuvieron 408 resultados, fueron útiles 12 y 396 fueron descartados; dando un total de 42 artículos para esta dimensión.

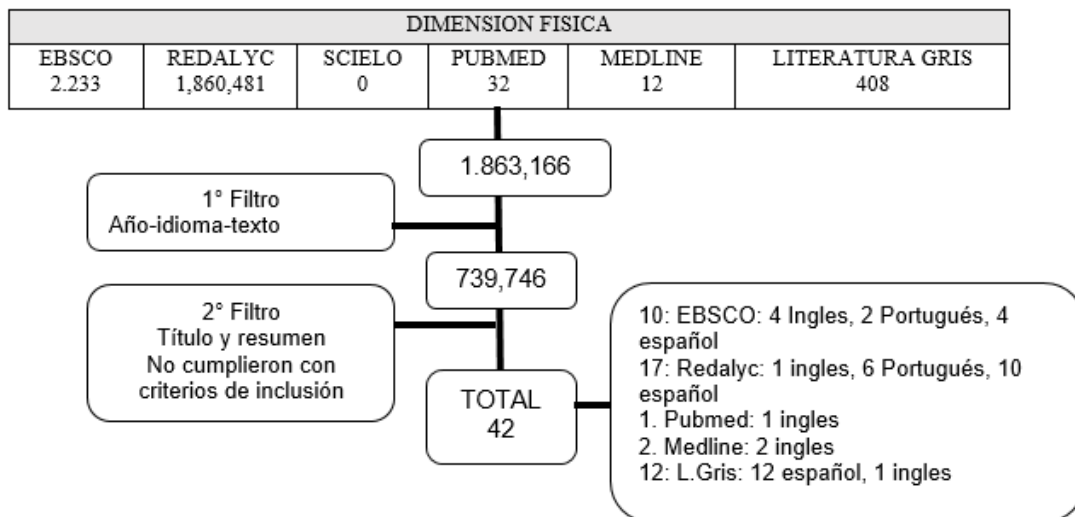


Ilustración 2 resultados búsqueda dimensión física

3.4. Aplicación de criterios de inclusión y exclusión

Artículos de investigación que trataran de factores de riesgo en la calidad de vida de las personas privadas de la libertad en la dimensión física y social, publicados entre los años 2013-2018 en idiomas español, inglés, portugués, de acceso libre que se encuentren indexados en PUBLINDEX, SCIMAGO, LATINDEX y que estuvieran clasificadas como categorías A1, A2, B o C.

Precisando que la búsqueda cumpliera a cabalidad los lineamientos establecidos por las investigadoras, se utilizaron los siguientes criterios de exclusión:

Artículos que no estuvieran publicados en forma de texto completo y que no fueran de acceso libre, demandando la utilización de medios de pago y aquellos que no cumplieran con el mínimo de ítems establecidos por las investigadoras en la validación de la calidad de su contenido utilizado en la lista STROBE (para artículos de estudios observacionales),

JADAD (para artículos de estudios experimentales), COREQ (para investigaciones cualitativas). PRISMA (Artículos de revisión sistemática) y artículos que no cumplieran con los criterios del protocolo de la estructura analítica de información científica (resumen analítico de investigación-RAI).

3.5. Instrumentos de evaluación

Con el propósito de evaluar de manera objetiva la calidad de los artículos según el tipo de estudio realizado, se aplicaron 3 listas de chequeo y una escala.

Lista de comprobación PRISMA, para análisis de revisiones sistemáticas, meta análisis y artículos de revisión, que contienen los requisitos para dar claridad y coherencia en relación al título, resumen, introducción, método, resultados, discusión y financiación (ver anexo 1).

Así mismo las directrices dadas en la Declaración de la Iniciativa STROBE (**ST**rengthening the **R**eporting of **OB**servational studies in **E**pidemiology) para estudios observacionales tales como estudios descriptivos y transversales, de cohortes y de casos y controles. Los aspectos contenidos en ésta son similares a la anterior (diseño, muestra, variable, manejo estadístico) (ver anexo 2).

Lista de declaración COREQ (**CO**nsolidated criteria for **RE**porting **Q**ualitative research), para estudios de investigación cualitativa permitiendo depurar aquellas que comunican de manera lógica el método empleado, contexto del estudio, resultados, análisis e interpretación (ver anexo 3)

Escala de JADAD la cual aplica para los estudios de tipo experimental los cuáles deben cumplir que determina mediante una calificación de cinco ítems, la calidad metodológica de un ensayo clínico (ver anexo 4)

Por último con el propósito de evaluar de manera específica y dar de cuenta la calidad de los artículos en cuanto a su estructura y contenido científico, según su naturaleza o tipo de estudio realizado, se utilizó el protocolo resumen analítico de la investigación (RAI) validado por la revista Pensamiento Americano en la publicación el diseño curricular un estado de arte (26) (ver anexo 5).

Es así como de los 55 artículos obtenidos de la suma de las 2 dimensiones y aplicando los criterios de inclusión, se analizaron un total de 44 estudios observacionales bajo la lista STROBE, para el análisis de los 8 estudios cualitativos se utilizó la lista COREQ y, con el fin de tener unos criterios muy claros de validez sobre dichos artículos, se decidió utilizar como medidas estadísticas la media del total de criterios cumplidos por los estudios para decir cuáles se incluían en los resultados. Para los 2 estudios experimentales seleccionados, se utilizó la escala de JADAD. Para el artículo de revisión sistemática se utiliza la lista PRISMA.

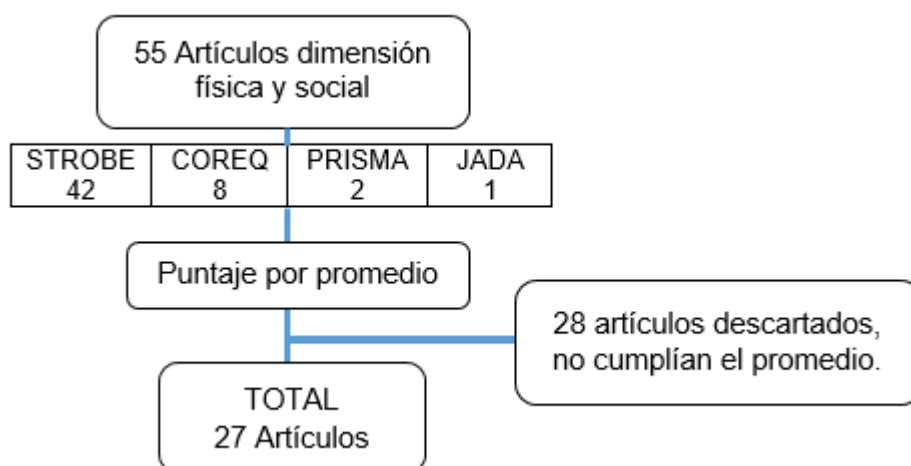


Ilustración 3 resultado final revisión sistemática

3.6. Recolección y análisis de la información

Posterior a la búsqueda en las respectivas bases de datos; aplicación de los criterios de inclusión, exclusión y estudio detallado de cada artículo guiados por las listas de chequeo, ficha resumen analítico de investigación (RAI); ya mencionados anteriormente. Se seleccionaron 18 artículos para dimensión física y correspondientes para la dimensión social 9 artículos; se extrajo la siguiente información: título, autor (es), año de publicación, tipo de estudio, país donde se realiza el estudio, y las subcategorías que trataban como estado de salud, ejercicio, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos humanos y legales, información que se organiza en una matriz de análisis detallada en el capítulo número 4, y así facilitar la construcción de la discusión, conclusiones y recomendaciones de la presente revisión.

Del mismo modo con el fin de disminuir el riesgo por parte del investigador se delimitaron y se aplicaron de forma estricta los criterios de inclusión y exclusión mencionados. Así mismo para evitar el sesgo de publicación, se realizó la búsqueda en varias bases de datos indexadas empleado términos DECS y palabras clave, además del seguimiento estricto propuesto por las listas de chequeo y el resumen analítico de investigación (RAI).

Con el objetivo de obtener el estado del arte y el interés académico dirigido a las personas privadas de la libertad se permitió diseñar las siguientes graficas:

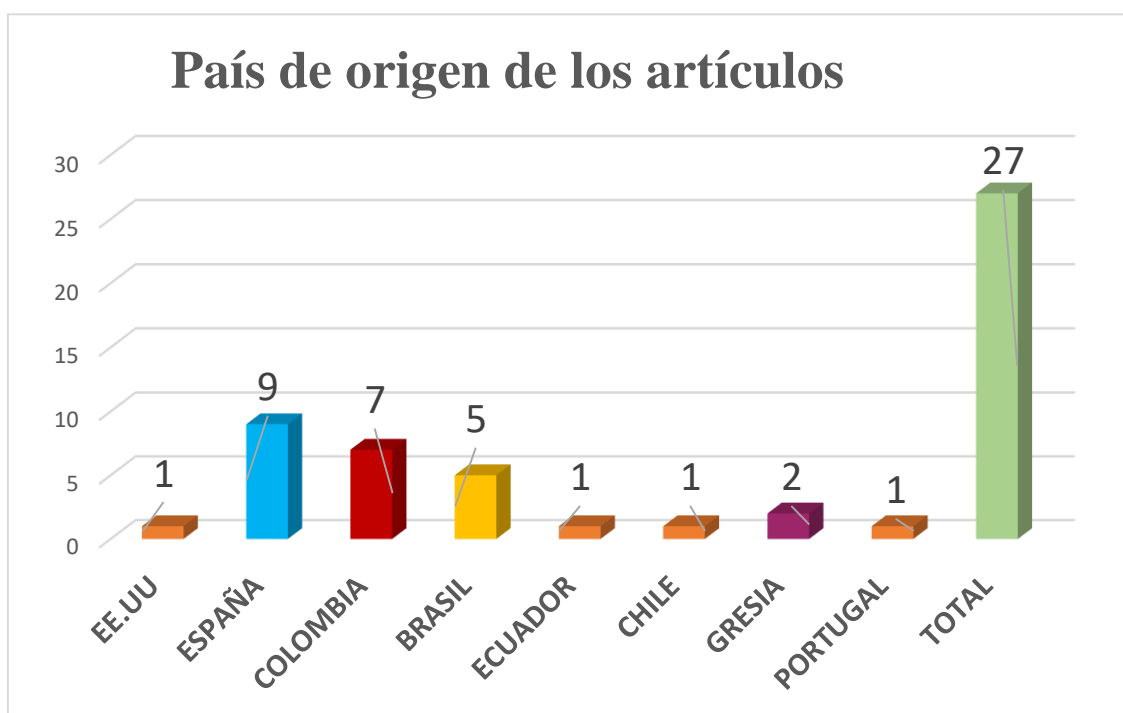


Ilustración 4 países origen de los artículos.

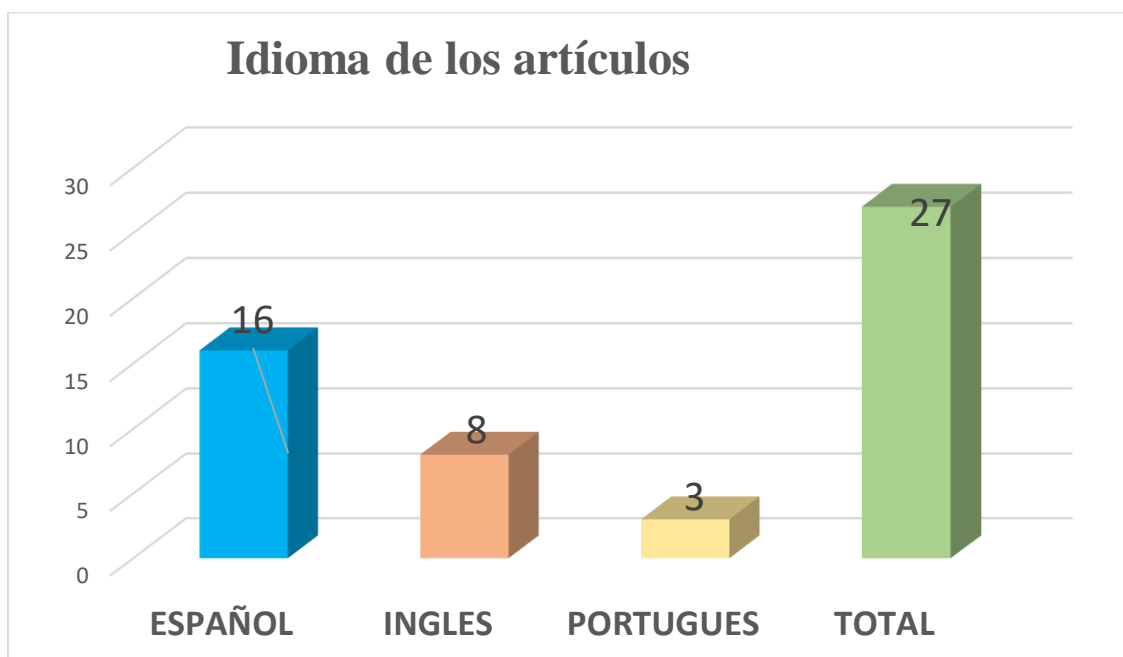


Ilustración 5 idioma de los artículos.

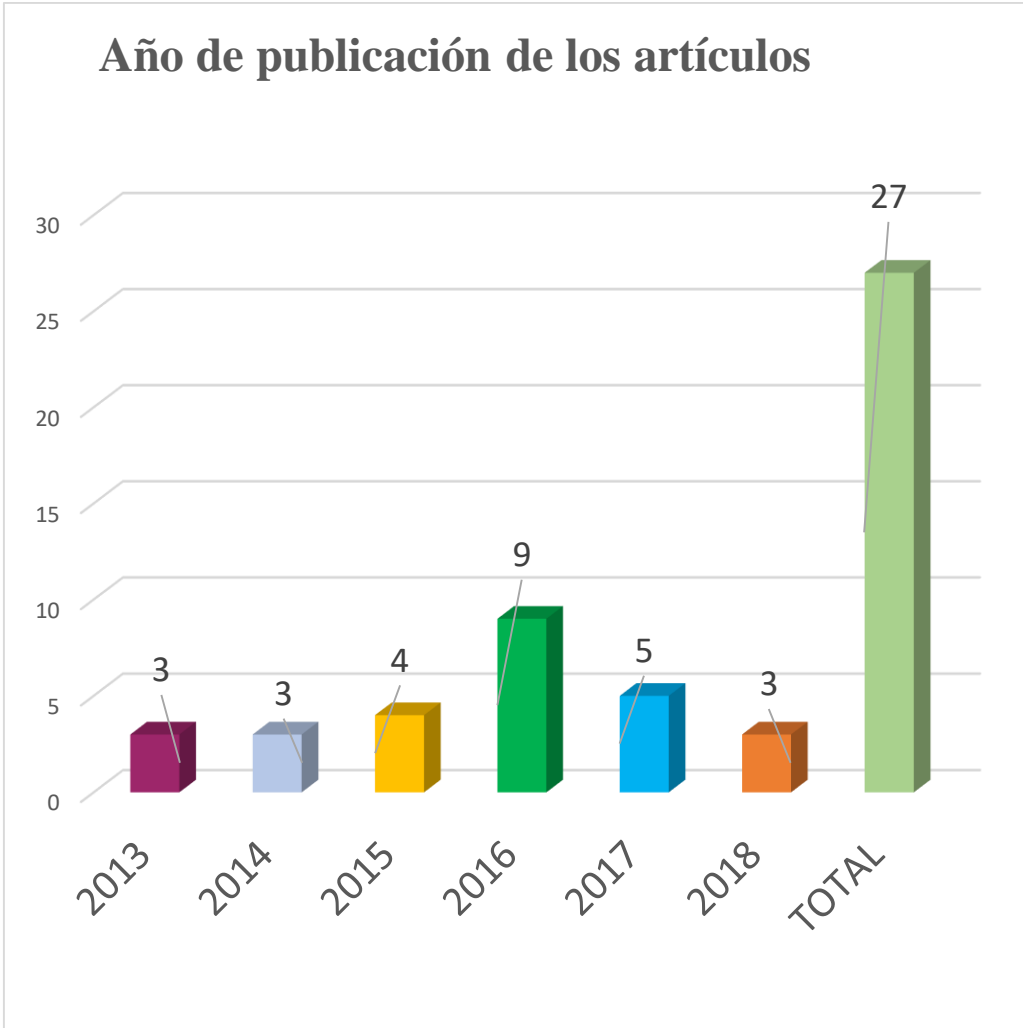


Ilustración 6 años de publicación de los artículos

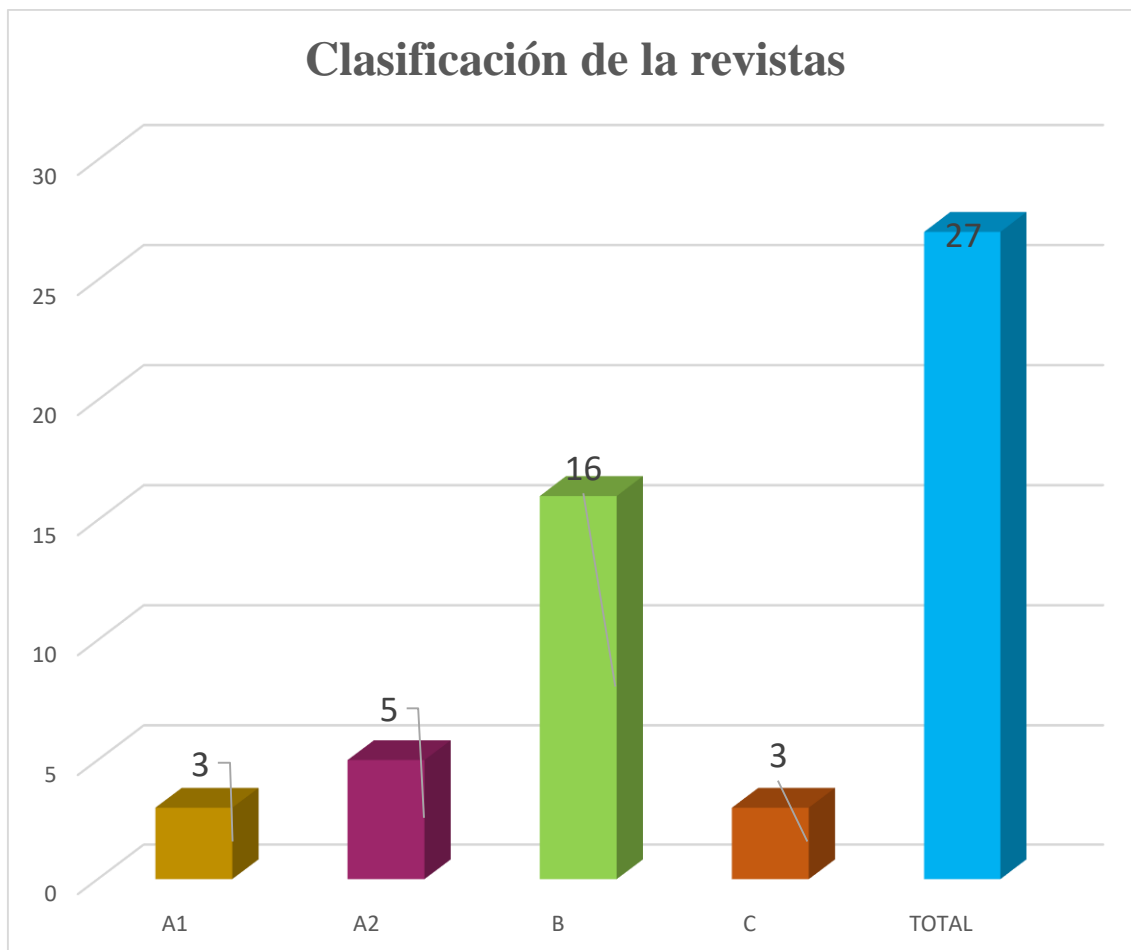


Ilustración 7 clasificación de las revistas.

3.7. Consideraciones éticas

Según lo dispuesto en la resolución 008430 de 1993 mediante la cual se dictan normas técnicas y científicas para la investigación en Colombia, esta investigación se considera sin riesgo, como se cita en el artículo 11 numeral a. “por ser un estudio que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y por lo cual no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”

3.8. Conflicto de interés

No se declara ningún tipo de conflicto de intereses.

4. CAPÍTULO 4. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

En busca de una mejor comprensión del análisis los datos, se agruparon de acuerdo con las siguientes subcategorías: Estado de salud, ejercicio, relaciones interpersonales, inclusión social, derechos humanos y legales (ver tabla 1).

Tabla 1. Agrupación de datos.

CATEGORÍA 1: Dimensión física		
SUB-CATEGORÍA	ANÁLISIS TEXTUAL	TRIANGULACIÓN
Estado de salud	<p>1. Tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente en personas privadas de la libertad. (Gómez IT, y otros. Colombia, 2010-2012). Este estudio buscó caracterizar los casos de tuberculosis farmacorresistentes mediante pruebas de susceptibilidad a los fármacos antituberculosos en personas privadas de la libertad en Colombia, Dado que la presencia de TB en centros penitenciarios es un problema crítico por razones como: depresión del sistema inmune de las personas privadas de la libertad, condiciones de hacinamiento que favorecen la transmisión, factores ,desnutrición, estrés al afrontar el encarcelamiento, farmacodependencia, uso de drogas intravenosas, prácticas de conductas sexuales que favorecen la diseminación de patologías como VIH, entre otros. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, se tomó en cuenta el sexo, la edad procedencia por entidad territorial, forma de la enfermedad, presencia de infección concomitante con el VIH, condición de ingreso del caso al programa de control de tuberculosis. Además se analizaron los resultados obtenidos en las pruebas de susceptibilidad por la metodología de proporciones en medio Lowenstein Jensen y Bactec MGIT 960® para isoniazida y rifampicina.</p>	<p>La organización mundial de la salud (OMS) ha definido la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (2) lo anterior indica que todos los seres humanos deben gozar de un equilibrio en todos sus aspectos, y que no está condicionado a el espacio u o los contextos.</p> <p>Por lo anterior, es importante resaltar que para las personas privadas de la libertad, el estado, debe de proporcionarles un ambiente, donde gocen de entornos, que contribuyan a mejorar su estado anímico, físico, para alcanzar un buen estado de salud.</p> <p>Dentro de las investigaciones se ha logrado detectar que prevalece el riesgo a enfermarse en las personas privadas de la libertad; que no cuentan con una pareja sentimental estable, sumado a esto los sentimientos de soledad , tristeza, ira y hostilidad; además del predominio de la personalidad antisocial, paranoide y racista, sumado al poco acompañamiento familiar, lo que los hace más vulnerables frente a la adquisición de patologías de origen psicológico, lo que los induce al aumento en el consumo de sustancias psicoactivas, el tabaco y el alcohol como medio de afrontamiento de la situación actual.</p> <p>Además se ha encontrado que entre mayor sea la estancia en el centro de reclusión existe</p>

	<p>Se realizaron pruebas de susceptibilidad a fármacos antituberculosos a un total de 72 pacientes privados de la libertad. El estudio mostró una distribución de 90,7 % en población masculina y 9,3 % femenina, el 12 % del total de casos presentó infección concomitante TB/VIH, el 94 % de los pacientes evaluados no habían tomado tratamiento antituberculoso previo, seis casos presentaron farmacoresistencia que corresponde al 8,8 % y dos casos presentaron tuberculosis multirresistente con un 1,3 %. De los casos farmacoresistentes el 83,3 % presentó coinfección con VIH. Los casos antes tratados comprenden el 5,6 % del total evaluado, y se observó el caso con coinfección TB/VIH con resistencia a rifampicina correspondiente al 1,3 %</p> <p>Conclusiones: El país debe definir una política clara en el tema de tuberculosis en personas privadas de la libertad debido a que se presenta una alta tasa de la enfermedad y se evidencia que la resistencia a los fármacos antituberculosos se asocia a coinfección TB/VIH, que en las condiciones de hacinamiento y poca calidad de vida de estos lugares se pueden convertir en un grave problema de salud pública(22)</p>	<p>mayor riesgo de crear adicción al tabaco y a las drogas, lo que genera un aumento en los problemas de salud, a esto se le suma la tristeza la ansiedad y la depresión por la soledad, así mismo la limitaciones en la atención de salud presentada en las prisiones, lo que lleva a que el riesgo sea mayor para este tipo de población.</p> <p>Así mismo se identificó el riesgo de enfermedad debido al hacinamiento, la desnutrición y el estrés; el hacinamiento se ha asociado al riesgo de adquisición de enfermedades respiratorias como la tuberculosis; el estrés tiene un origen multicausal, donde se difiere ya sea por el distanciamiento familiar o por las condiciones físico/espaciales propias de la prisión.</p> <p>Se debe agregar que aunque las investigaciones analizadas coinciden en la descripción de los problemas de salud de la población privada de la libertad; la evidencia señala la existencia de tuberculosis y VIH; alguna de las construcciones teóricas encontradas señala que se deben realizar estudios que se enfoque en otros aspectos para tener una mejor caracterización de la población.</p> <p>.</p> <p>Partiendo desde lo anterior otras investigaciones abordan otras patologías como HTA, Diabetes, sobrepeso y otro tipo de infecciones de transmisión sexual como la sífilis; estos problemas sumados al hecho de estar en la cárcel, se convierten en factores que afectan directamente la salud de la persona privada libertad. Es menester indicar que la falta del tratamiento farmacológico y no farmacológico, aumentan el riesgo de recaídas en la enfermedad o en la adquisición de nuevas patologías.</p> <p>El panorama de la salud de la persona privada de la libertad se hace más sombrío cuando el factor común de las investigaciones expone una carencia en la atención de salud de los mismos dentro de las cárceles, sumado a la falta de intervención de las entidades territoriales de salud en las mismas.</p>
	<p>2. Factors associated with HIV prevalence in a prison population. Amorim de Sousa KA y otros. 2017;51:1-8 La investigación buscó medir la prevalencia de VIH en las cárceles, además de evaluar los factores asociados a la adquisición de VIH dentro de las mismas, durante la investigación se caracterizó la población, para esto se utilizaron dos estrategias tales como la implementación de una entrevista y la aplicación de un test rápido para VIH a los reclusos.</p> <p>Estudio fue realizado en las unidades carcelarias de Piauí (Brasil); la población carcelaria de Piauí es de 2.839; la recolección de los datos se realizó en los meses de mayo y noviembre del 2014 a través de una entrevista y la aplicación de un test rápido para VIH, donde se adecuaron</p>	

	<p>los patios para facilitar la recolección de los mismos. Dentro de los resultados se encontró una prevalencia sobre la enfermedad del 1% siendo el sexo femenino más prevalente (1,3), con respecto al masculino (1%), los serotipos más comunes fueron establecidos en la raza negra en estado de solteros/separados y viudos con una edad promedio de 31.</p> <p>conclusiones: El enfrentamiento de la infección por el VIH representa un reto significativo para las autoridades penitenciarias y sanitarias, considerándose que los temas relacionados con el marco del virus de la inmunodeficiencia humana dentro y fuera de ambientes carcelarios están interconectados, por lo que demandan acción coordinada.</p> <p>Considerándose que los factores de riesgo asociados con el VIH generalmente no se encuentran aislados, es interesante que las estrategias de control del VIH interactúan por medio de articulaciones entre áreas y sectores de la salud y la justicia y que las acciones se vuelquen a la coyuntura situacional local, teniéndose en cuenta especialmente la vulnerabilidad individual y los derechos humanos, de modo a permitir mejores resultados en el escenario de la salud en las prisiones. (27)</p> <p>3. Prevalencia de tuberculosis pulmonar en población privada de la libertad de 10 centros penitenciarios en Colombia, 2013(José Fair Alarcón-Robayo1 y otros). Este artículo trata de un estudio de corte transversal en población presidiaria de dicho país, donde realizó una búsqueda activa de personas privadas de la libertad con tos y expectoración; a estos se les tomaron muestras de expectorado y/o saliva, muestras oro-faríngeas y se les realizó tinción de Ziehl-Neelsen para bacilos ácido-alcohol resistente (BAAR) y cultivo de Ogawa Kudoh para Mycobacterium tuberculosis, esto con el objetivo de determinar la prevalencia de tuberculosis pulmonar en población privada de la libertad sintomática respiratoria del departamento del Tolima para el año</p>	<p>Se podría decir que las intervenciones de salud en la persona privada de la libertad se tornan difíciles, por el acceso restringido a los centros penitenciarios.</p> <p>Sin embargo, se encuentran investigaciones que miden el impacto del ejercicio en dicha población, donde los resultados se tornan positivos no sólo para la salud física desde la disminución del peso y la prevención de las enfermedades cardiovasculares y de la misma manera en la prevención de las enfermedades de origen psicológico, evidenciado desde la manifestación de cambio en las actitudes referente al tratamiento carcelario y al afrontamiento del estado actual.</p> <p>Como se ha dicho respecto a la falta de intervención del equipo de salud y los entes territoriales, donde no se ha evidenciado una educación diferencial para este tipo de población respecto a las buenas prácticas alimenticias y saludables; por eso se hace necesario que se desarrollen intervenciones en las cárceles de Colombia, que busquen generar cultura de autocuidado y a su vez permitan mejorar la calidad de vida.</p>
--	---	--

	<p>2013. Del total de población privada de la libertad el 16,2% (1129/6961) eran sintomáticos respiratorios, la edad media fue de 27 años (rango 24 a 45), 53% (n=601) tuvo tos menos de 15 días, 24% presentó fiebre y 23,6% que presentó sudoración nocturna. La prevalencia de tuberculosis fue del 1,5% (n=17 personas privadas de la libertad) con una tasa de incidencia de 244,22 por cada 100.000 personas privadas de la libertad y una tasa ajustada de incidencia 293,15 por cada 100.000 personas privadas de la libertad para Ibagué. Conclusiones: Este estudio muestra la alta prevalencia de TB en población privada de la libertad del Tolima y resalta la importancia de definir protocolos de tamizaje más rigurosos para la población privada de la libertad que para los de la población general.(28)</p>	
	<p>4. O impacto da prisão na saúde mental dos preso do estado do Rio de Janeiro, Brasil Constantino patricia y otros) El artículo tiene como objetivo analizar las condiciones de salud mental de los presos y custodiados del estado de Río de Janeiro y su relación con el encarcelamiento, a través del análisis de escala de depresión y del Inventario de Síntomas de Estrés, a su vez se evaluaron estados de salud los hábitos de vida y el uso de servicios de salud y calidad de vida de los detenidos por medio de un cuestionario anónimo; el análisis estadístico se estimó las frecuencias simples y relativas de las variables utilizadas; Con el fin de verificar si hay diferencia entre los niveles medios de síntomas depresivos y estrés entre hombres y mujeres, se empleó la prueba t para datos independientes; dentro de los resultados se encontraron que el 7,5% de las mujeres presentaron síntomas depresivos graves, contra el 6,3% de los hombres. En cuanto a la depresión, llama la atención el elevado porcentaje de detenidos con síntomas depresivos moderados (24,8% entre los hombres y el 39,6% entre las mujeres. Conclusiones:</p>	

	<p>Estos hallazgos indican la necesidad de una mayor inversión en el sistema penitenciario, en el sentido de ampliar y calificar los servicios de salud mental, con el fin de proporcionar a esa parcela de la población un tratamiento adecuado, con especial énfasis en la atención a la mujer encarcelada. Es importante resaltar la importancia del vínculo familiar como un factor de protección para la salud mental. En ese sentido, la estrategia de fortalecimiento de vínculos familiares en las unidades penitenciarias, además de un derecho a ser asegurado, se configura como un factor de prevención de los agravamientos de problemas emocionales.</p> <p>La atención a la salud de las personas privadas de libertad es un derecho a ser garantizado. Sin embargo, además del diagnóstico y atención a los problemas de salud mental y otras demandas de salud de la población carcelaria, el propio sistema penitenciario necesita ser repensado, pues son muchos los elementos de ese universo que se configuran como factores de riesgo al enfermo: hacinamiento, condiciones de las celdas, ociosidad, alimentación inadecuada, entre otros factores. En la forma en que está constituido, el sistema penitenciario a menudo contribuye a la profundización de las múltiples exclusiones vivenciadas por los reclusos antes del encarcelamiento.(29)</p>	
	<p>5. Infecciones de transmisión sexual en hombres internos en prisión: riesgo de desarrollo de nuevas infecciones. (Raquel Sánchez Recio y otros. Barcelona 2016). Estudio de cohortes retrospectivo (2005-2013) que tuvo como objetivo medir la incidencia y determinar los factores de riesgo de las infecciones de transmisión sexual (ITS) en la población del Centro Penitenciario de Daroca (Zaragoza). De los 203 internos, 79 desarrollaron una ITS, 37 tenían ITS previas, el 55,2% conocimientos y el 28,9% comportamientos no favorables a la prevención de ITS. La incidencia fue de 6,5 ITS por cada 1000 interno-año. Las de mayor incidencia fueron la</p>	

	<p>hepatitis B (39,7%), la infección por <i>Ureaplasma urealyticum</i> (19,1%), el herpes simple (16,2%) y la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (8,8%). El riesgo (<i>hazard ratio</i> [HR]) de adquirir una nueva ITS fue significativamente mayor en los internos con antecedentes de ITS previa (HR = 2,61; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 1,01-6,69), y en el límite de la significación para los comportamientos no preventivos (HR = 2,10; IC95%: 0,98-4,53), pero no en los conocimientos frente a ITS (HR = 1,33; IC95%: 0,58-3,07). Conclusión: Los factores de riesgo más relevantes en prisión son los comportamientos y los antecedentes de ITS. Otros factores son ser reincidente, el consumo de drogas inyectadas o estar en un programa de metadona. Los/las profesionales sanitarios y la educación por pares pueden facilitar la prevención y el control.(30)</p>	
	<p>6. Situación de Salud de reclusos de un Centro de Cumplimiento Penitenciario, Chile (Osses-Paredes C, Riquelme Pereira N) El objetivo de esta investigación fue caracterizar la situación de salud de reclusos de un centro de cumplimiento penitenciario, y su grado de satisfacción con la atención en salud brindada; Metodología: fue llevado a cabo mediante un diseño descriptivo de corte transversal que incluyó a 141 reclusos en régimen cerrado del CCP El Manzano, desarrollado entre octubre 2011 y febrero 2012; Para la recolección de los datos se aplicó un formulario de antecedentes carcelarios y de salud, se consideraron antecedentes de salud como estado mórbidos, HTA, niveles de colesterol y glicemia, consumo permanente de medicamentos, consumo de tabaco, actividad física, cambio de peso, y síndrome metabólico(conjunto enfermedades o factores de riesgo que aumentan la probabilidad de padecer una enfermedad cardiovascular) Finalmente se consideró la satisfacción en salud, examen preventivo y la demanda en salud por parte de los reclusos.</p> <p>Resultados:</p>	

	<p>Un 45% de la población penal entrevistada presenta al menos una patología diagnosticada formalmente, de las cuales se encontraron más relevantes de mayor a menor frecuencia 1. Desórdenes mentales (epilepsia, esquizofrenia y retardo mental) 2. Patologías del sistema respiratorio (Asma) 3. Enfermedades del sistema circulatorio (Hipertensión Arterial, la dislipidemia y la diabetes Mellitus) 4. Enfermedades del sistema digestivo (gastritis y úlceras gástricas), otros hallazgos relevantes se enmarcan en la variable del peso donde se encontró el aumento de este desde el momento de ingreso al centro de reclusión, además de manifestar la práctica de conductas de riesgo para la salud sexual. Finalmente los servicios de salud prestados los consideraron aceptables.</p> <p>Conclusiones: La salud de personas privadas de libertad es una arista conflictiva desde el punto en que se mire, tendente a una alta carga de enfermedad, y más deteriorado que el de la población general, primando trastornos mentales, enfermedades crónicas no transmisibles y en proporción no menor enfermedades infectocontagiosas, por otro lado, se puede observar un deterioro levemente mayor en la población femenina sobre la masculina.</p> <p>El centro de cumplimiento penitenciario actúa como factor protector para el consumo de alcohol y drogas. Sin embargo, la alimentación, la actividad física y el tabaquismo, son factores claves a intervenir para mejorar la calidad de vida de los reclusos, por consiguiente, se sugiere analizar en futuras investigaciones el enfoque de los determinantes sociales en salud presentes en la población penal. Además, aumentar el tamaño muestral para disminuir el error y hacerlo lo más cercano a un 5%, y no al 7,9%, que fue el grado de error que se trabajó en el presente estudio, supeditado por el presupuesto disponible para esta investigación.(23)</p>	
	<p>7. Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en</p>	

	<p>población penitenciaria española (E.J. Vera-Remartínez (2014) este estudio tuvo como objetivo principal: describir la prevalencia de las patologías crónicas más habituales en los centros penitenciarios españoles y como objetivo secundario describir los principales factores de riesgo observados. Como metodología se utilizó el estudio descriptivo transversal multicéntrico. Se calculó un tamaño muestral de 1.170 personas, se seleccionaron por muestreo estratificado con afijación simple entre 9 centros penitenciarios de la geografía nacional. Se realizaron entrevistas y exploraciones físicas entre mayo y junio de 2013. Se recogieron variables: sociodemográficas, diagnósticas, antropométricas, clínico-analíticas y factores de riesgo. Se realizó análisis descriptivo y posteriormente comparativo mediante pruebas no paramétricas para las variables cuantitativas test de Mann-Whitney y para variables categóricas test de Ji-cuadrado. Como resultado se tuvo que 1 de cada 2 reclusos presentan algún tipo de patología crónica. Participaron 1.077 (92,1%). Mediana de edad 37,4 años IQR (30,0 a 44,8). 95% varones, 40,6% extranjeros. Prevalencias: dislipemias (34,8%); hipertensión arterial (17,8%); diabetes (5,3%); asma (4,6%); EPOC (2,2%); cardiopatías isquémicas (1,8%) y patologías cardio-circulatorias (1,5%). Principales factores de riesgo: tabaquismo, obesidad, distribución abdominal de grasa, consumo de cocaína y edad. en conclusión dicen que sería interesante establecer diagnósticos precoces para los presos, así como potenciar el abandono del tabaco, la actividad física y el consejo dietético para combatir los principales factores de riesgo modificables.(31)</p>	
	<p>8.Prevalencia y factores predictores de infección tuberculosa latente en un centro penitenciario tipo español (López de Goicoechea Saiz ME y otros) Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una prisión de Madrid, donde el estudio tenía como objetivo determinar la prevalencia de infección tuberculosa latente (ITL) en un centro</p>	

	<p>penitenciario; analizar las principales variables sociodemográficas y clínicas asociadas a este padecimiento, y estimar el porcentaje de individuos con ITL que han realizado tratamiento quimio profiláctico. Metodología: 936 personas hicieron parte del estudio, la recolección de los datos se utilizó mediante el software SIP (Sistema de información penitenciaria de acceso restringido). La información sobre un fondo de tratamiento psicotrópico, resultados de PPD, infecciones por VIH y VHC se recolectó mediante el software SANIT. Resultados: El 75.4% con antecedentes de tabaquismo, el 44.1% estaba bajo tratamiento psicotrópico crónico y el 13.4% había recibido tratamiento de mantenimiento con metadona en algún momento. La prevalencia de infección por VIH fue del 5,6%. El 17,4% de las personas tenían antecedentes de infección activa o resuelta por el VHC (virus hepatitis tipo C) y el 4,5% tenían algún tipo de trastorno mental grave. En la muestra, 511 presos tuvieron una prueba PPD positiva, lo que implica una prevalencia de LTI del 54,6% en esta instalación. Entre los pacientes con LTI, 155 (30.3%) habían completado o estaban actualmente en tratamiento quimio profiláctico, mientras que 69.7% no lo hicieron.</p> <p>Conclusiones: La prevalencia de ITL en la población penitenciaria española actual continúa siendo alta, situándose muy por encima de la calculada para la población general. La ITL en la población penitenciaria se asocia a ser varón, a una mayor edad y a provenir de países donde la tuberculosis es endémica, siendo la edad la variable que mayor fuerza de asociación ha demostrado.</p> <p>Del resto de las variables clínicas analizadas, únicamente la infección por el VHC se comporta como factor predictor de ITL. Los resultados obtenidos refuerzan la importancia del cribado de la ITL en el medio penitenciario, en especial en aquellos grupos que reúnen las condiciones de mayor riesgo, y sugieren que es</p>	
--	--	--

	<p>necesario realizar un mayor esfuerzo en la indicación y la cumplimentación del tratamiento quimio profiláctico, como medios necesarios para reducir el desarrollo de enfermedad tuberculosa y prevenir su transmisión.(32)</p>	
	<p>9. COPD characteristics and socioeconomic burden in Hellenic correctional institutions. Características de la EPOC y la carga socioeconómica en las instituciones correccionales hellenic (eleni g Bania 1 2016). Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de del tabaquismo y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica entre los internos de las correccionales griegas, con el fin de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud. Utilizaron como metodología la GNOSIS, estudio epidemiológico transversal, entre marzo 2011 y diciembre de 2011 en 7 instituciones correccionales en Grecia. Como resultados de un total de 552 participantes, 91,3% varones, edad media de 43.0 años (intercuartil rango: 35-53), fueron inscritos. La prevalencia de EPOC fue de 6.0% y se encontró que aumentaba con edad (18.6% entre esos \$ 60 años), duración de la estancia en prisión y duración de la sentencia. De los participantes diagnosticados con EPOC, 36.4% fueron diagnosticados con la iniciativa global para la crónica Enfermedad pulmonar obstructiva (ORO) en etapa I y 51.5% fueron diagnosticados con etapa II. El número total de participantes fue fumador, con una fumada promedio de 20.0 cigarrillos por día, mientras que el 42.9% fue evaluado por tener una fuerte adicción a la nicotina. Conclusión: los resultados del estudio respaldan la idea de que la prevalencia de la EPOC entre los reclusos de las instituciones correccionales griegas puede aumentar en los años siguientes. Los hallazgos subrayan la importancia de tomar medidas para limitar la prevalencia de la EPOC y sus factores de riesgo en el sistema penitenciario griego. (33)</p>	
	<p>10. Health status and access to health services of female prisoners</p>	

	<p>in Greece: a cross-sectional survey. Estado de salud y acceso a los servicios de salud de las reclusas en Grecia: una encuesta transversal (Mary Geitona 2016) .este estudio tuvo como objetivo evaluar el estado de salud de las reclusas y el acceso a la atención médica en un centro de detención en Attica Grecia. Como método se realizó una encuesta transversal en 2014. Se desarrolló un cuestionario semiestructurado, que incluía preguntas sobre las características sociodemográficas de los presos, el estado de salud autoinformado antes y después del encarcelamiento, el acceso y la calidad de los servicios de salud proporcionados. Resultados: De los 135 presos, 101 participaron en el estudio. El 60,4% mencionó un estado de salud moderado o deficiente, mientras que el porcentaje respectivo antes de la detención fue del 32,7%. El deterioro del estado de salud y la mala salud mental fueron reportados por más de la mitad de los encuestados. Además, la gran mayoría expresó sentimientos elevados como tristeza, ansiedad o malestar que afectaron negativamente su vida cotidiana mientras estaban en prisión. Respecto a los factores de riesgo durante el encarcelamiento; El consumo de tabaco ha aumentado en un 16.6% y el 7.9% de la muestra admitió haber consumido drogas. Además, el acceso y la calidad de los servicios de salud provistos en la prisión se describieron como pobres / muy pobres en un 46,5% y 49,5%, respectivamente. Se observó una correlación significativa entre el acceso y la calidad de los servicios de atención médica y el estado de salud.</p> <p>Conclusión: la provisión de atención médica en la prisión de “Korydallos” no es satisfactoria ya que el acceso y la calidad de la atención médica no son adecuados. El encarcelamiento conduce al deterioro del estado de salud autoinformado. Nuestros hallazgos deben constituir un punto de partida para futuras investigaciones con el fin de introducir intervenciones más efectivas para satisfacer las necesidades de salud de los reclusos.(34)</p>	
--	--	--

	<p>11. Health profile of freedom-deprived men in the prison system. / Perfil de salud de los hombres privados de libertad en el sistema penitenciario. (Pinheiro, MC y otros) El objetivos de la investigación fue Conocer las necesidades y el perfil de salud de los hombres privados de la libertad en el Complejo Penal Regional de Pau dos Ferros (Rio Grande do Norte, Brasil).</p> <p>Metodología: Se realizó un estudio descriptivo y exploratorio, con un enfoque cuantitativo y cualitativo, en el Complejo Criminal Regional (CCR) en la ciudad de Pau dos Ferros, donde 30 reclusos participaron del estudio, los datos se recolectaron por medio de una entrevista, el análisis de los datos cuantitativos se realizó a través de estadísticas descriptivas; los datos cualitativos, la interpretación del cuerpo de la entrevista avanzó en cuatro etapas: (1) Pre-análisis; (2) Exploración de materiales; (3) Tratamiento de los resultados; y (4) Interpretación.</p> <p>Dentro de los resultados se encuentran descripciones del estado de salud propias de cada participante del estudio, y que del mismo modo describen la enfermedad dentro de los centros de reclusión como como algo abrupto, con un inicio repentino, seguido a esto describen que el hecho de estar preso y carecer de buenas condiciones de vida y de salud en la prisión, es ya una razón para enfermarse, además de señalar negligencia y / o falta de asistencia para su problema de salud. Los participantes describen alcantarillas abiertas, higiene deficiente, vivir con materiales tóxicos sin equipo de protección, celdas con ventilación deficiente y alimentos de baja calidad, entre otros factores que les niegan las condiciones de una vida saludable a su vez exponen otros síntomas predictores de enfermedad mental tales como depresión, ansiedad y angustia.</p> <p>conclusiones: El hacinamiento de las celdas, la deficiente estructuración de las mismas, el propio confinamiento y la</p>	

	<p>higiene inadecuada contribuyen o causan este desequilibrio entre la salud y la enfermedad en las cárceles. Esta situación contribuye al empeoramiento del estado de salud de esta población y plantea un grave riesgo para la salud de los hombres privados de libertad, sus contactos y las comunidades en las que se insertarán después de su liberación.</p> <p>Las prácticas de educación para la salud, al igual que las prácticas de cuidado, demuestran su efectividad en la autonomía del sujeto y, por lo tanto, son necesarias en el mundo penitenciario para que los presos puedan ser conscientes de las determinaciones de su proceso de salud-enfermedad. Consideramos que la educación para la salud es un recurso capaz de tener un impacto en la vida de las personas, ya que abarca los factores determinantes del proceso de salud-enfermedad y proporciona información para la adopción de nuevos hábitos y conductas de salud.</p> <p>(35)</p>	
	<p>12. Salud mental en reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación (Bascón Díaz, MJ; Vargas Girón, V) Este estudio tuvo como objetivo evaluar la salud psicosocial y la autorregulación de reclusos en relación a un grupo control de participantes no reclusos; adicionalmente tratamos de conocer la incidencia de la variable tiempo de reclusión y analizar el efecto intragrupo pre-post entrenamiento en habilidades sociales y comunicativas. el estudio se realizó con una población total de 20 personas 10 eran reclusos y 10 ciudadanos sin antecedentes personales en materia delictiva, que constituyeron el grupo control de comparación, para la recolección de los datos se utilizó el Cuestionario General de Salud (GHQ) en su versión de 28 ítems y MAPA (Measure Auto-regulation by Psychosocial Adjustment). El análisis de los datos se realizó por medio del software informático ATLAS.TI 7 y SPSS 22. Dentro de los resultados se encontraron, concretamente los participantes no reclusos presentaron una puntuación media más alta, es</p>	

	<p>decir, peor funcionamiento social, que aquellos otros que estaban reclusos, Referente a la media de autorregulación con MAPA, se halló influencia de la variable reclusión/no reclusión sobre las tres subescalas, situaciones de la vida cotidiana, pareja, familia. Así, quienes estaban reclusos presentaron un mayor valor medio de autorregulación en las tres subescalas ya mencionadas, respecto a los que no lo estaban.</p> <p>Conclusiones: Se apreció una escasa influencia de la variable reclusión/no reclusión sobre la salud, es decir, los reclusos únicamente se diferenciaron de los no reclusos en un solo factor del GHQ (disfunción social); así, y en contra de lo esperado, quienes estaban reclusos presentaron mejor funcionamiento social que aquellos que gozaban de libertad. La misma circunstancia se produjo tras la realización del curso de habilidades sociales y comunicativas.</p> <p>Estos resultados no validan nuestras hipótesis iniciales cuyas predicciones apuntaban a peores puntuaciones en reclusos. A pesar de la tendencia a publicar los hallazgos positivos (Dickersin, 1997), creemos que nuestros datos pueden resultar provechosos para el campo de la sanidad penitenciaria. Así, el grupo de reclusos mostró mejor salud y sobre todo mejor capacidad de autorregulación que aquellos otros participantes que gozaban de libertad. Pensamos que los mejores índices en autorregulación pudieran estar relacionados con el propio carácter normativo, de control y cumplimiento explícito de medidas que supone el contexto carcelario. Es probable que la estructuración de funciones junto con la organización de las actividades dentro del centro penitenciario haya podido incidir en que los reclusos estén más regulados y regulados. Por tanto podría ser interesante en un futuro indagar en el estudio de las diferencias entre internos y condenados en régimen abierto para tratar de establecer posibles efectos correctores asociados al encarcelamiento.(36)</p>	
--	---	--

	<p>13. HIV risk inside U.S. prisons: a systematic review of risk reduction interventions conducted in U.S. prisons. Riesgo de VIH dentro de las prisiones de los Estados Unidos: una revisión sistemática de las intervenciones de reducción del riesgo llevadas a cabo en las prisiones de los Estados Unidos (Carollo, BA; Garrido Grazinoli R)</p> <p>el objetivo del estudio fue evaluar las herramientas existentes en cuestión de prevención del VIH y las intervenciones para reducir las conductas de riesgo relacionadas con el VIH en los reclusos en las prisiones estatales y federales de los Estados Unidos.</p> <p>Metodología: es una revisión sistemática que se centró en tres principios de búsqueda 1) identificar estudios biomédicos, sociales y de comportamiento, o de políticas relevantes sobre el VIH en hombres y mujeres encarcelados en prisiones estatales y federales de los Estados Unidos; (2) sintetizar la amplia cuestión de las intervenciones de prevención para reducir las conductas de riesgo de VIH en los reclusos de los Estados Unidos; y (3) identificar brechas en la investigación de VIH en las prisiones.</p> <p>Resultados: se encontraron 27 artículos que contenían temas como políticos, estudios sociales y de comportamiento, estudios biomédicos.</p> <p>Los artículos políticos hacen referencia a derechos de los presos y preocupaciones éticas, donde un tema importante fue el derecho a la privacidad / confidencialidad de la información médica para personas VIH positivas y otros aspectos como la indiferencia judicial deliberada a las condiciones de salud / atención de los reclusos y el derecho de los reclusos a recibir atención; respecto al tema de prevención del VIH, en esta categoría los estudios estaban relacionados con programas educativos, ya sea liderados por compañeros o profesionales; la educación entre pares se destacó como particularmente beneficiosa. Se encontró que los programas de educación son efectivos</p>	
--	---	--

	<p>para informar a hombres y mujeres encarcelados sobre la transmisión del VIH y los comportamientos de riesgo, y al cambiar las actitudes y creencias. Respecto a la atención del VIH La mayoría de los artículos descubiertos en esta categoría se centraron en las pruebas de VIH, finalmente muestran que Los comportamientos de riesgo incluyen las relaciones sexuales sin protección, los tatuajes peligrosos y los comportamientos de uso de drogas inyectables, con el sexo sin condón y el intercambio de agujas cómo los comportamientos más comunes.</p> <p>Conclusión: Existe una necesidad urgente de continuar implementando intervenciones de prevención del VIH en las cárceles y mejorar la calidad de vida entre las personas con mayor riesgo de infección por VIH. Los esfuerzos para prevenir la infección por el VIH son desafiados por la alta tasa de transmisión entre las personas que desconocen su estado. Promover el acceso y la recepción de las medidas preventivas contra el VIH en las cárceles puede llevar a un diagnóstico temprano de la infección y reducir el riesgo de transmisión.(37)</p>	
	<p>14. Percepção de presidiárias sobre a assistência à saúde materna em uma penitenciária feminina. / Percepción de los presos de la atención de la salud materna en una cárcel de mujeres. (de Sousa Ferreira, L y otros) El objetivo de esta investigación fue analizar y describir la percepción de las presidiarias en estado de embarazo sobre la asistencia a la salud materna en una cárcel femenina. Metodología: Estudio exploratorio de abordaje cualitativo desarrollado en el año 2014, en un centro penitenciario de Brasil, del que participaron 14 reclusas, la recolección de los datos se obtuvieron por medio de entrevista viabilizada semiestructurada, que contaba con preguntas abiertas y cerradas, luego de la recolección de los datos se realizó la agrupación de las declaraciones para luego se analizaron y se transcribieron, utilizando la técnica analítica sugerida por Minayo.</p> <p>Conclusiones:</p>	

	<p>Mediante el testimonio de las reclusas participantes en la investigación. Y evidencia la importancia de la participación del enfermero en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad dentro del plantel carcelario y como él mismo tiene las capacidades científico-técnicas para encaminar adecuadamente la salud del binomio madre-hijo, a su vez se evidencio un trato deshumanizado por parte del personal de enfermería, a lo que la investigación señala, que parte importante de la atención es no solo brindar un tratamiento médico efectivo, si no también sensibilizarnos ante la situación de vulnerabilidad de estos pacientes, garantizando el derecho a la salud de la gestante y puérperas que se encuentran reclusas.(38)</p>	
	<p>15. A saúde física de mulheres privadas de liberdade em uma penitenciária do estado do Rio de Janeiro. La salud física de mujeres privadas de libertad en una penitenciaría del estado de Río de Janeiro. (Dos Santos MV y otros) el objetivo de la investigación fue identificar factores que interfieren en la salud física de mujeres encarceladas en una institución penitenciaria en el Estado de Río de Janeiro. Investigación descriptiva, exploratoria, con abordaje cualitativo, realizada en el período de octubre de 2014 a enero de 2015, con 40 mujeres encarceladas en una penitenciaría femenina ubicada en el Estado de Río de Janeiro, la recolección de los datos se realizan por medio de entrevistas semiestructuradas, el análisis se hace a partir de lecturas sucesivas del material, en el proceso de asociación y señalización de diferencias, fue posible identificar unidades recurrentes como: alimentación precaria, ausencia de actividad física, presencia de morbilidades físicas y mentales, uso de medicamentos, demanda por profesional médico y de enfermería, además de participación en actividades físicas, como el estiramiento.</p> <p>los resultados arrojan percepciones comunes dentro del grupo de estudio tales como alimentación precaria lo cual está directamente relacionadas al</p>	

	<p>patrón de consumo y, a su vez, a la aparición de comorbilidades, pues el hecho de existir la posibilidad de rechazo y necesidad de sustitución, la mayoría de las veces provoca un distanciamiento de los estilos saludables de alimentación, de este modo, factores como el sobrepeso o la obesidad aparecen con frecuencia en el habla de las entrevistadas, otro factor importante como el tabaquismo se presenta en el cotidiano de algunas reclusas, En cuanto a las enfermedades transmisibles, se identificaron registros a partir de seis entrevistadas que mencionaron tener algún tipo de Infección Sexualmente Transmisible (IST). De estas, cuatro relataron haber tenido solamente sífilis, y dos tuvieron sífilis y VIH / SIDA, finalmente se evidenció un enfoque de salud dirigido a la curación de la enfermedad mas no a la prevención de la misma ya que las presidiarias dentro de las entrevistas no dieron testimonio de la realización de algún examen que permita detectar a tiempo alguna anomalía.</p> <p>conclusiones:</p> <p>El estudio permitió inferir que la institución penitenciaria aún se ha presentado como un sitio propenso a la existencia de enfermedades crónicas degenerativas y transmisibles como, por ejemplo, hipertensión, diabetes, sífilis y VIH / SIDA. Por lo tanto, las intervenciones institucionales relacionadas con el estímulo del propio cuidado y la protección de la salud necesitan ser implementadas, pues, evitar el surgimiento de morbilidades relacionadas al período de encarcelamiento puede ser un punto decisivo para el retorno de la mujer al mercado de trabajo ya la vida cotidiana.</p> <p>Además, hay que considerar que las mujeres encarceladas tienen derecho a la salud, como los demás ciudadanos, hay una política nacional de atención a las mujeres en situación de privación de libertad y decretas del sistema penitenciario. De manera específica, provoca cuestiones responsables de anhelar cambios relacionados con las condiciones de salud de la población</p>	
--	--	--

	<p>femenina encarcelada y las estructuras institucionales. Así, es con base en ese proceso que, a largo plazo, concepciones ampliadas de salud podrán contribuir a la operacionalización de acciones relacionadas a la prevención de agravios y promoción de salud de modo integral de las mujeres encarceladas.</p> <p>Pero para que esto suceda se hace necesario que la gestión penitenciaria conozca las necesidades en salud de las mujeres privadas de libertad y juntos puedan definir y programar las acciones que promuevan la salud dentro del sistema penitenciario femenino, creando así una nueva cultura de salud para todos los participantes.(39)</p>	
	<p>16. La Personalidad en Población Carcelaria: un Estudio Comparativo en Ecuador (Molina-Coloma V, Salaberría K, Pérez José I)</p> <p>La investigación tuvo como objetivo describir las características de personalidad existentes en una muestra de reclusos y compararlas con una muestra de la población general en Ecuador.</p> <p>Método: estudio descriptivo y comparativo de dos grupos de corte transversal. El grupo de la población general lo componen 84 personas, la recolección de los datos se realizó por medio de unos cuestionarios que permite evaluar características de la personalidad y algunos síndromes clínicos como: trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante. Para el análisis de los datos se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS (versión 22.0). Para analizar las diferencias entre los dos grupos, se desarrollaron análisis descriptivos.</p> <p>Resultado: se describe dentro de los resultados 2 se muestran los resultados que reflejan un nivel más alto entre la población reclusa que entre la población general, respecto a los niveles de impulsividad y agresividad, en relación a los patrones clínicos de</p>	

	<p>personalidad, la población reclusa en general presenta mayores puntuaciones en todas las subescalas que la muestra de la población general. En los reclusos destacan las puntuaciones con respecto a la personalidad antisocial, seguida de la paranoide.</p> <p>Entre los hombres en prisión y los hombres de la población general las diferencias en los tipos de personalidad aparecen en la escala antisocial, compulsiva, agresivo-sádica y depresiva, con un tamaño de las diferencias moderado. Entre las mujeres en prisión y las mujeres de la población general, aparecen diferencias en todas las subescalas de personalidad. Estas diferencias son grandes en las subescalas antisocial, depresiva y esquizoide y de tamaño moderado en los estilos paranoide y evitativo, de la misma manera, en la muestra de reclusos hombres los rasgos clínicos de personalidad son el antisocial, paranoide y narcisista. En cambio, entre las mujeres en prisión predominan el antisocial, el evitativo y el depresivo. En el caso de la población general, tanto en hombres como en mujeres predomina la personalidad evitativa y depresiva, es decir las pertenecientes al grupo C (sujetos temerosos y ansiosos)</p> <p>conclusiones: Las personas encarceladas de este estudio se caracterizan por alteraciones del pensamiento, altos niveles de ira y hostilidad, síntomas depresivos y ansiosos a nivel emocional, un bajo control de impulsos a nivel conductual y una profunda desconfianza en el ámbito de las relaciones interpersonales. Así, en cuanto a la presencia de síndromes psicopatológicos en los reclusos prevalece la ansiedad, los cuadros delirantes, y el abuso y la dependencia al alcohol y a las sustancias; con respecto a los rasgos de personalidad clínicamente significativos, en este estudio predomina la personalidad antisocial, seguida de la paranoide y narcisista en los hombres y en las mujeres la evitativa y depresiva.</p> <p>Los reclusos con características de personalidad antisocial son más</p>	
--	--	--

	<p>difíciles de manejar dada su agresividad, impulsividad y hostilidad; Desde un punto de vista dimensional, los rasgos de personalidad más relacionados con la violencia son la impulsividad, la regulación afectiva deficiente, el narcisismo y el paranoidismo. (21).</p>	
<p>Ejercicio</p>	<p>17. EXPECTED OUTCOMES OF SPORT PRACTICE FOR INMATES: A COMPARISON OF PERCEPTIONS OF INMATES AND STAFF.</p> <p>Resultados esperados de la práctica del deporte para los presos: una comparación de las percepciones de los presos y del personal. (Moscoso Sánchez, D y otros) el objetivo de este estudio fue analizar la percepción de los efectos del programa “Deporte en los Centros Penitenciarios de Andalucía” intervención, llevada a cabo entre 1998 y 2010. El objetivo de esta ONG fue generar procesos de intervención alternativa que propician una transformación social.</p> <p>Se presentan los resultados obtenidos a través del análisis de los datos cualitativos producidos a través de dos técnicas de investigación:</p> <p>La recolección de los datos se realizó por medio de entrevistas en profundidad con el personal penitenciario y el personal relacionado con el programa de deportes y, por otro lado, entrevistas semi-directivas de las historias biográficas obtenidas a partir de los internos que hacían parte del programa de deportes. Todas las entrevistas fueron grabadas digitalmente y fueron transcritas para su posterior análisis con el Atlas. Programa de TI.</p> <p>Resultados: El programa de promoción deportiva en las cárceles de Andalucía ha tenido un impacto positivo en las percepciones de los internos y el personal. Ambos tipos de actores afirman que las prácticas deportivas han cambiado formas de comportamiento en relación con los hábitos, las actitudes, los valores, el uso de fármacos y medicamentos, y los factores de reinserción social de los internos. En esta materia, la</p>	

	<p>percepción de los internos y de los informantes calificados son similares. Todos los informantes calificados afirman que las actividades deportivas se utilizan en las prisiones con el objetivo de aumentar el éxito de la educación y la rehabilitación de los internos re. Ellos creen que los deportes promueven dos objetivos fundamentales: ayudan a los internos estructuran sus vidas en todo el sistema penitenciario y canalizan la agresión; Los internos adoptan papeles, y se acostumbran a jugar según las reglas del juego y aceptar la autoridad del árbitro y entrenador. A través del deporte, los practicantes afirman que han aprendido a sublimar los comportamientos agresivos y de respetar las normas y reglamentos (que no castiga tanto la agresividad como la violencia) en un espacio y contexto específico.</p> <p>conclusiones: Los resultados muestran que el deporte es una forma de resocializar internos, se mencionan los siguientes aspectos: adquirieron habilidades personales, mejoraron sus relaciones sociales, aprendieron hábitos saludables y forman nuevas actitudes. Sin embargo, los internos no perciben que esto ayudaría lo suficiente por la reinserción social cuando se suelta. Esta misma percepción es más claro en los informantes calificados. Ambos, los internos y los informantes, perciben que la reintegración social dependerá del contexto social en el que se integran cuando se suelta. En resumen, podemos decir que, según ellos, el deporte fomenta el objetivo del sistema penitenciario de reinserción social, pero la reintegración social también dependerá del contexto social externa de cada interno. Las conductas redirigidas a través del deporte pueden llegar a ser instrumental y proveer al preso con muchos otros beneficios, además del control físico y emocional. Al mismo tiempo, a través del juego de roles involucrados, las relaciones sociales se establecen con otros internos.(40)</p>	
--	---	--

	<p>18. Impact of vigorous exercise on serum levels of L-carnitine in prisoners in Colombia. / Impacto del ejercicio vigoroso sobre los niveles séricos de L-carnitina en prisioneros de Colombia. Objetivo Evaluar el efecto de un programa de ejercicios físicos vigorosos sobre la concentración sérica de L-carnitina libre y total, en reclusos varones en una prisión en Boyacá, Colombia.</p> <p>Métodos Pre-post estudio poblacional de intervención. 44 presos varones con sobrepeso y / u obesidad, de una cárcel en Boyacá, Colombia, fueron asignados al azar en dos grupos: un grupo de intervención y un grupo de control. La intervención consistió en participar en un programa de ejercicio vigoroso durante doce semanas. Las medidas antropométricas y los niveles de L-carnitina libre y total se realizaron cada cuatro semanas.</p> <p>Resultados Hubo aumentos significativos en los niveles séricos de L-carnitina libre y total en el grupo de intervención en comparación con el grupo control. Al mismo tiempo, en este grupo hubo una reducción en el índice de masa corporal (IMC), mientras que en el grupo de control no hubo cambios.</p> <p>Conclusión En pacientes con sobrepeso y / u obesos, la práctica rutinaria de ejercicio vigoroso más restricción calórica ofrece beneficios significativos en la reducción de los volúmenes de grasa corporal a través de los mecanismos de consumo energético de los ácidos grasos de cadena larga.(41)</p>	
--	---	--

CATEGORÍA 2: Dimensión social

SUB-CATEGORÍA	ANÁLISIS TEXTUAL	TRIANGULACIÓN
Relaciones interpersonales <i>Redes sociales - amistades - actividades sociales- interacciones- relaciones</i>	19. Representaciones sociales del tratamiento penitenciario en población reclusa y en servidores penitenciarios. El objetivo de este trabajo fue conocer las representaciones sociales del tratamiento penitenciario en internos/as y servidores penitenciarios, de once	Las relaciones interpersonales se han definido por los descriptores para la salud como la relación recíproca de dos o más personas, de la misma manera se han considerado como una necesidad humana y que depende de diferentes factores que influyen en las mismas, como la personalidad las funciones cognitivas el deseo y el estado afectivo.

	<p>establecimientos penales colombianos, en el año 2011. Como metodología utilizaron un cuestionario basado en la asociación libre de palabras fue respondido por una muestra no aleatoria de 485 funcionarios/as penitenciarios/as y de 1240 personas privadas de libertad. Mediante un análisis de clasificación jerárquica se halló entre los internos/as varios campos de representación sobre aspectos críticos del tratamiento penitenciario, como «miedo», «aislamiento» o que es «inexistente»; mientras que los funcionarios emplearon con más frecuencia términos como «resocialización», «bienestar» o «seguimiento». En ambos grupos predominó una representación social positiva del tratamiento penitenciario.(42)</p>	<p>Dentro de las investigaciones encontradas en el desarrollo social o interacciones sociales dentro de la prisión, las cuales hacen mayor énfasis en el tratamiento penitenciario, donde el mismo se ha definido como inexistente, y que lleva a las personas privadas de la libertad a estados psicológicos negativos, como miedo, aislamiento, ansiedad, depresión, victimización y preocupación, agudizando de manera importante las afecciones psicológicas como la enfermedad bipolar y la esquizofrenia.</p> <p>Al mismo tiempo se habla que las relaciones interpersonales dentro de la prisión son de carácter positivo, donde estás se consideran como un apoyo, dando lugar al fortalecimiento de las relaciones interpersonales de los prisioneros como estrategia primordial para la sana convivencia y la reinserción social efectiva; desde el fortalecimiento de las relaciones interpersonales de los reclusos y no solo desde el restablecimiento de las relaciones familiares.</p>
	<p>20. Análisis de los apoyos y conflictos socio familiares de las mujeres en prisiones españolas. (García-Vita MDM) El objetivo de este trabajo describe las características de las redes de apoyo de las mujeres reclusas en España y cómo los conflictos interpersonales inciden en la configuración de esas redes. Para ello, analizamos los resultados obtenidos en una investigación que ha contado con una muestra de 599 mujeres reclusas participantes (538 mediante encuesta y 61 entrevistadas) en un estudio nacional que ha recorrido 42 centros penitenciarios. Los datos son de tipo cuantitativo (tratados con el software SPSS versión 20) y cualitativo (analizados con técnicas de interpretación y análisis de contenidos). Los resultados obtenidos nos instan a proponer que la intervención penitenciaria tenga en cuenta las relaciones interpersonales positivas de las reclusas en vez de focalizar toda la atención en aquellos lazos sociofamiliares que se muestran como negativos o de riesgo.(43)</p>	<p>Además se ha encontrado que la prisión afecta en una gran proporción las relaciones familiares y sentimentales, la cual se ha visto como un tipo de aislamiento social, esto incurre negativamente en la persona privada de la libertad, llevándolos a la frustración y la recaída en el consumo de sustancias psicoactivas.</p> <p>Por otro lado las relaciones prisionero/estado, son calificadas como un tipo de retaliación por parte del Estado hacia ellos y su entorno social, y que solo busca excluirlos de la sociedad, y vulnerar su dignidad, esto se evidencia desde la falta de políticas para evitar el hacinamiento en las prisiones, la desvirtualización del tratamiento carcelario y la falencias en la implementación de medidas preventivas para disminuir la prevalencia en la aparición de enfermedades físicas y mentales dentro de las prisiones.</p>
	<p>21. Cognitive function is associated with prison behaviour among women in prison but not with</p>	

	<p>subjective perception of adjustment to prison. (Rocha NB)</p> <p>El objetivo de este estudio es examinar las relaciones entre una amplia gama de funciones cognitivas y comportamientos entre las mujeres en prisión. Método Cuarenta y cinco delincuentes mujeres encarceladas libres de drogas fueron evaluadas individualmente en una batería de medidas cognitivas.</p> <p>Resultados las regresiones jerárquicas paso a paso indicaron que la atención se asoció de forma independiente con las conductas que reflejaban tensión, depresión, aislamiento, miedo, victimización y preocupación, mientras que la velocidad de procesamiento se asoció de forma independiente con las conductas que reflejaban falta de energía, lentitud mental y falta de conciencia del entorno y la prisión total. Conclusiones los resultados indican que la cognición contribuye a algunos de los problemas de comportamiento mostrados por los reclusos en el contexto de la prisión.(44)</p>	
	<p>22. Agresiones físicas en prisión, la enfermedad mental como factor de riesgo asociado. (F. Caravaca-Sánchez.2014) el objetivo de esta investigación fue analizar la victimización física en la población penitenciaria teniendo en cuenta la existencia de algún tipo de enfermedad mental en el Centro Penitenciario de Albolote (Granada). Material y métodos: 270 personas privadas de libertad realizaron una encuesta anónima y voluntaria sobre victimización. Como resultados: Un 36,7% del total de internos sufrió algún tipo de victimización física en prisión. Aproximadamente un 62,2% de los participantes perciben que tienen ansiedad, depresión, enfermedad bipolar, esquizofrenia u otra enfermedad mental, recibiendo la mitad tratamiento para estos problemas.</p> <p>Conclusiones: Las agresiones físicas para personas con enfermedad mental son 2.5 veces superiores respecto los que no tienen ninguna.(45)</p>	

	<p>23. El ambiente en prisión: la atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros. (el Mar García-Vita.2013) El objetivo central de este estudio fue analizar la situación de las mujeres del medio penitenciario español y su relación con los procesos socioeducativos de reincorporación a la vida social. Se trata de una investigación de ámbito nacional, con una muestra estratificada de 599 reclusas en segundo y tercer grado de cumplimiento, internas o en medio abierto, (un 15% de la población reclusa femenina en el momento del trabajo de campo), y de 36 profesionales. La media de edad de las participantes es de 36 años, estando la mayoría de ellas entre los 25 y los 49 años. En general, las reclusas describen relaciones positivas con las personas con las que tratan y conviven en prisión. Especialmente son muy buenas las referidas a los compañeros de internamiento varones con un 53,1% de respuestas en este sentido. Con ellos mantienen una relación en muchas ocasiones distante, a través de cartas y con escaso contacto físico, y no exenta de cierta idealización. En términos generales, las relaciones interpersonales, íntimas o de tipo profesional-usuario, son sanas, revestidas de un sentimiento de comprensión y apoyo. Si este ambiente distendido es tal como lo han mostrado las mujeres que han participado en la investigación, nos ofrece un marco en el que esos vínculos positivos pueden ser aprovechados para su tratamiento y para mejorar las condiciones de su futura reinserción.(46)</p>	
	<p>24. Aproximación a los contextos en prisión. una perspectiva socioeducativa (Añaños Bedriñana, FT) El objetivo de este estudio fue realizar una aproximación a la realidad penitenciaria española, desde una perspectiva socioeducativa de género y, prestando especial atención a la configuración del sistema, con el propósito de conocer su forma de funcionamiento, organización y clasificación, así como analizar los distintos tipos de centros según los regímenes de vida establecidos, la</p>	

	<p>concepción de los tiempos y los impactos de la vida en prisión. Los métodos de investigación han sido tanto cuantitativos como cualitativos en una muestra de 538 cuestionarios válidos y 61 entrevistas semiestructuradas, observando que los espacios se constituyen como entes vivos que pueden influir en la vida en prisión de manera positiva al favorecer un contexto, un tiempo y una oportunidad socioeducativa. La vivencia del aislamiento relacional familiar y social es una cuestión muy crítica y dura para los/as internos/as. Además, la separación de sus hijos/as y familiares es una realidad doliente que las mujeres padecen más en prisión, debido a la implicación, responsabilidad y los roles tradicionales de género asumidos, viviéndola con mucha frustración y sentimientos encontrados y provocando con frecuencia problemas de diverso orden (depresión, ansiedad, adicción). (47).</p>	
<p>Inclusión social <i>Integración y participación en la comunidad- papeles comunitarios- apoyos</i></p>	<p>25. Niveles de autoestima y uso de estrategias de afrontamiento en un grupo de personas privadas de la libertad en un centro de reclusión de la ciudad de Bucaramanga / Colombia. (). Objetivo: identificar aquellas estrategias utilizadas por los sujetos ante situaciones percibidas como estresantes, además de correlacionar la autoestima con las estrategias de afrontamiento. Método: estudio de tipo descriptivo-correlacional que evaluó la autoestima a través del Inventario de Autoestima de Coopersmith, el cual sostiene coeficientes de confiabilidad y validez entre .81 y .93. Además, se examinó el uso de estrategias de afrontamiento, mediante la Escala de Estrategias de Afrontamiento Modificada, EEC-M, la cual maneja un alfa de Cronbach de .847. Estas pruebas fueron administradas a un grupo de 41 personas detenidas en el Establecimiento Penitenciario de Mediana Seguridad y Carcelario de Bucaramanga por delitos diversos. Resultados: se evidencia que el nivel total de autoestima se sitúa cualitativamente como normal según punto de corte de 15,78 en la escala</p>	

	<p>general; sin embargo, en las subescalas general, social y familia-hogar de la prueba, se evidenciaron resultados con tendencia a la baja. Por otra parte, se observó el uso frecuente y alta puntuación en las estrategias de afrontamiento que refieren a Solución de Problemas, Religión y Reevaluación Positiva. Conclusión: existen correlaciones significativas ($p < .05$) de tipo negativo entre la autoestima y las estrategias de afrontamiento de Espera, Evitación Emocional, Reacción Agresiva y Negación. (48).</p>	
<p>Derechos humanos (Respeto-dignidad-igualdad) Legales (acceso legal-tratamiento legal justo)</p>	<p>26. Realidad penitenciaria en Colombia: la necesidad de una nueva política criminal. (Lorea Arenas García. 2016) este estudio tuvo como objetivo principal aproximarse a la realidad del sistema penitenciario colombiano, con el fin de analizar, desde una perspectiva descriptiva y longitudinal, el fenómeno del hacinamiento carcelario para formular propuestas de mejora. Para tal fin se examinan fuentes de información secundarias provenientes de distintos ámbitos, como: fuentes estadísticas oficiales, disposiciones legales nacionales e internacionales, así como estudios de investigación elaborados por académicos e instituciones públicas. Los principales resultados ponen de relieve los efectos negativos que han ocasionado la política criminal en el ámbito penitenciario y la necesidad urgente de una nueva orientación.(49)</p>	
	<p>27. Percepción de los presos políticos sobre las condiciones jurídico-penitenciarias vividas en los establecimientos penitenciarios del Valle de Aburrá (Medellín-Colombia). Este artículo tiene como objetivo explorar las percepciones de los presos del Valle de Aburrá (Medellín-Colombia) sobre las condiciones cotidianas y el tratamiento jurídico y penitenciario en el espacio de reclusión de los presos denominados políticos, según 28 hombres y 11 mujeres consultados. Para la obtención de la información se utilizaron dos técnicas: la encuesta y los grupos focales. Para el análisis se tomaron tres variables: Identidad colectiva, Desarraigo y traslados, y</p>	

	Visitas y relaciones familiares. Se concluye, a partir de las percepciones de los presos, que las condiciones físicas de encierro y los procedimientos en el ámbito penitenciario implican un estrés, que son percibidas como retaliaciones por parte del Estado contra ellos y su entorno social con el fin de excluirlos de la sociedad, menoscabando su dignidad y para desconocer el carácter político de su condición de opositor.(50)	
--	---	--

5. CAPÍTULO 5. DISCUSIÓN

La calidad de vida hace referencia a todos los aspectos influyentes en la satisfacción de las necesidades básicas, que permiten mantener la salud física y mental. Schalock y Verdugo; menciona que estos factores son influenciados por el entorno y por la percepción personal de dicho concepto, de manera positiva o negativa, sin embargo existen situaciones que no se pueden intervenir o cambiar según la necesidad percibida en el momento.

Como es el caso de la persona privada de la libertad, que está sometida a un sin número de situaciones dentro de los centros penitenciarios, y que aunque se encuentran en un modo de tratamiento con orientación a la resocialización, dentro de los mismo no se tiene en cuenta las diferentes variables que influyen en la calidad de vida de los mismos, por lo cual constantemente se ve vulnerada en ellos. Es así que mediante la presente investigación se apuntó a la descripción de calidad de vida de la persona privada de la libertad desde las dimensiones físico y social, además a la identificación de los factores de riesgo que influyen en el mantenimiento de la salud física y mental de los mismos.

Por un lado la dimensión física se asocia por variables comunes exploradas dentro del bienestar físico, tales como procesos de salud-enfermedad identificadas por conductas inadecuadas dentro del centro penitenciario, y problemas de hacinamiento; lo cual puede generar enfermedades infectocontagiosas y de transmisión como: TBC, VIH, Sífilis. Así mismo enfermedades no transmisibles entre las más comunes: (diabetes mellitus, hipertensión y obesidad; además de otras enfermedades directamente relacionadas con la salud mental como: ansiedad y depresión; estas últimas se acentúan entre más prolongado sea el tiempo de reclusión.

Desde lo anterior y citando a Alarcón F; López ME; para el caso de la TBC puntualizan que esta se ha convertido en el común denominador de la persona privada de la libertad (27) evidenciando en sus estudios una alta prevalencia de esta enfermedad, como consecuencia del hacinamiento y por consiguiente al espacio reducido de oxígeno; estos hallazgos llevaron a desarrollar estrategias y alternativas para la detección temprana de la TBC, como medida preventiva para la no propagación de la enfermedad dentro de los centros carcelarios.

Así mismo dentro de los centros de reclusión se ha encontrado un grado de resistencia farmacológica a la TBC, esto gracias a la inadecuada o no adherencia al tratamiento, de la misma manera a la falencias en la atención de salud por parte de los profesionales dentro de los centros de penitenciaros; Es preciso recalcar que Gómez IT expone que es de vital importancia que los estudios relacionados con esta patología se enfoquen al seguimiento al paciente, sobre todo a la adherencia al tratamiento y a su vez procurar la articulación de las direcciones de los centros carcelarios, para lograr el fortalecimiento de los programas institucionales para la prevención y tratamiento de la enfermedad, y a su vez evitar que dicho padecimiento se convierta en una situación incontrolable (22).

Con respecto a la patologías crónicas no transmisibles, estas se relacionan específicamente con las del sistema circulatorio, como la hipertensión arterial, cardiopatías isquémicas; las de origen metabólico como la diabetes Mellitus y las dislipidemia, además de las de origen respiratorio como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), como es descrito por Vera Remartínez E.J; Borraz Fernández J.R en su artículo sobre la prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española, de la misma manera describen los factores de riesgo como: (fumar de forma habitual más de 1 cigarrillo diario), perímetro abdominal de riesgo (superior a 88 cm. en mujeres y 102 cm. en hombres), consumo de cocaína (de forma habitual o esporádica), cafeína (más de tres cafés diarios) o bebidas energizantes (de forma diaria), sobrepeso (IMC 25,0 a 29,9 Kg/m²), obesidad (IMC \geq 30 Kg/m²) y sedentarismo (realización de actividad física moderada < 30 minutos al día). (30)

Cabe resaltar que la población privada de la libertad en las últimas décadas ha ido en ascenso y por ende sus necesidades de salud, por consiguientes la misma se cataloga como una población vulnerable, Osses Paredes C; Riquelme Pereira N. (23) argumenta que al menos un 45% de las personas privadas de la libertad, presentan por lo menos una patología diagnosticada formalmente. Entre estas las de mayor prevalencia; las de origen mental como: epilepsia, esquizofrenia, retardo mental, seguidas por altas cifras de la presión arterial, aumento de los niveles de colesterol y la glucemia, lo que conlleva al aumento en las necesidades de atención en salud.

Por otra parte como se ha mencionado sobre el aumento en el ingreso de personas a los centros penitenciario, lo que lleva a una sobrepoblación de los mismo, y de esta manera limita la atención y la promoción adecuada de la salud; lo que induce indirectamente a la persona privada de la libertad a la gestión ineficaz de su propia salud; evidenciando altos índices de enfermedades de origen infeccioso como el VIH y la sífilis como es expresado por Santos MdV (38). Donde la persona privada de la libertad, se encuentra con un grado de vulnerabilidad dentro de las prisiones, donde los mismos presentan conductas de riesgo para la salud, como las relaciones sexuales sin protección, la selección indiscriminada de la pareja sexual y prácticas sexuales con diferentes personas al mismo tiempo.

A pesar de que los estudios sobre los programas deportivos desarrollados dentro de las instituciones son escasos; sin embargo esta práctica ha demostrado grandes beneficios para la rehabilitación social de la población reclusa; aumentando el potencial para la provisión de actitudes y comportamientos positivos para la integración como las relaciones recreativas; así mismo facilita la disciplina, ayuda en el desarrollo espiritual para la mejora personal y grupal; a su vez es percibida como una herramienta para superar el choque emocional: como los estados de ansiedad, introversión. Aislamiento y egoísmo; como los es mencionado por Moscoso Sánchez D (39). Del mismo modo recalca que los programas dirigidos hacia la práctica del ejercicio solo son efectivo si existen estrategias pedagógicas que lo sustente.

En cuanto a la dimensión social de las personas privadas de la libertad, se hace alusión específicamente a las interacciones sociales internas y externas. Haciendo énfasis en las relaciones externas; estas están directamente implicadas en el vínculo con la (familia, amigos, hijos), sin embargo no se ha encontrado una evidencia efectiva en el cambio de las conductas delictivas cuando existe una relación estrecha con la familia, como lo es expuesto García MdM (45) donde menciona que es preciso direccionar las acciones al fortalecimiento de las relaciones interpersonales de los reclusos, a fin de convertirlas como un medio de apoyo para la reinserción social efectiva.

Además menciona que las relaciones entre las reclusas y el personal administrativo; se mantienen de forma diferenciada; sin embargo esta es calificada como buena y muy buena. Por otro lado el tratamiento carcelario es considerado como un castigo, donde la intimidación y la subordinación son los principales representantes del mismo, esto con el fin de dar cumplimiento a las normativas y a lo que dicha la ley. (42) Ellos conciben el tratamiento penitenciario como un control, más que una resocialización, un sometimiento y corrección de comportamientos imponiendo un estilo de vida muy diferente. El tratamiento carcelario desvirtúa el objetivo principal que es lograr la reinserción social, en otras palabras no se les enseña a vivir en sociedad, a mantener las relaciones interpersonales, la comunicación asertiva, y cómo enfrentarse de manera efectiva a los momentos de estrés.

Si bien los principales autores en el proceso de tratamiento para la reinserción social, son el personal de la guardia; estos por el contrario son vistos como los representantes en el papel de seguridad, es decir los que cuidan, hacen cumplir las normas y castigan. En general, se denota mayor contacto con la guardia, sin embargo hay manifestación de malestar en cuanto a la relación guardia- persona privada de la libertad, no hay sumisión, ni los perciben como figuras de autoridad, entienden que deben obedecer para una adecuada convivencia, pero porque les toca. (42) las conductas mostradas por los guardias no generan un cambio significativo en el comportamiento, ni invita a la reflexión del accionar de la persona privada de la libertad.

Al mismo tiempo existen otro tipo de relaciones dentro de las prisiones nombradas como relaciones jerárquicas en la cual un grupo de presidiarios determina y establece normas y conductas que los otros llamados como subordinados deben adaptarse o ajustarse a dichas reglas impuestas, y de esta manera poder subsistir dentro de este ambiente como lo es mencionado por Rocha NV (43). Es decir las relaciones recluso - recluso, están condicionadas al grado de superioridad que ejerza cualquiera dentro del ambiente carcelario, restringiendo la libre expresión de ideas, opiniones y pensamientos, y la conductas de cada miembro del grupo; entonces se podría inferir que las expresiones de violencia, marcan un lenguaje indirecto sobre la resistencia existente a las condiciones de vida, que expone cada individuo dentro del ambiente carcelario; es así como se evidencia la importancia de que el tratamiento carcelario, tenga un enfoque educativo desde el ser individual donde debe primar, la humanización, la ética y la moral, y no como se ha evidenciado hasta ahora desde el sometimiento, el miedo y la jerarquía.

Habría que decir también que la transición de la vida en libertad a la privación de la misma, afecta notablemente la salud psicológica del individuo, llevándolos a estados de estrés, ansiedad, depresión, manifestando así el rechazo pleno a las nuevas condiciones de vida, además de notar la restricción en diferentes dinámicas sociales que existen en el exterior y que las mismas se han perdido desde el ingreso al centro penitenciario.

Se debe agregar que a pesar que los presidiarios pierden la libertad, a su vez los mismos se exponen a un nuevo tipo de cultura dentro de las prisiones, al aprendizaje de nuevos códigos interaccionales, que mientras son aprendidos o conocidos, son sometidos a la supresión, represión y aislamiento punitivo; llevándolos a perder la privacidad, la reflexión y el encuentro consigo mismo, lo que impide una adecuada reeducación, reinserción y resocialización de la persona privada de la libertad como es precisado por Arenas García L (48). La dinámica carcelaria se presta para experimentar dos ambientes diferentes, por un lado el de competencia por el poder dentro de la institución y por el otro el desinterés por lo que sucede a su alrededor, evidenciando así un tipo de aislamiento

de la realidad presente, esto se podría considerar como un factor indirecto, para el fracaso en la resocialización del sujeto.

En cuanto a el enfoque disciplinar de la profesión de enfermería y relacionado con la dimensión física se permite exponer a la teorista Nola Pender y su modelo teórico llamado promoción de la salud, donde determina que las características principales y experiencias individuales que afectan las acciones en salud, están condicionadas a conductas repetitivas o realizadas en el pasado, factores personales marcados directamente por situaciones biológicas, psicológicas, socioculturales; influencias interpersonales e influencias situacionales.

De manera que la persona privada de la libertad puede contar con una alteración en dichas situaciones antes descrita, debido a la insuficiente práctica de actividades que pueden ayudar a promover su salud, además a esto se suma las diferencias socioculturales, la poca motivación, la falta o los pocos conocimientos respecto a las acciones de autocuidado, y del mismo modo dichas falencias también están marcadas directamente por la disposición de las herramientas necesarias para fomentar su propia salud.

Así mismo se hace alusión a la teorista Afaf Ibrahim Meleis y su teoría de las transiciones donde expone la calidad de vida está directamente relacionada con la capacidad individual de confrontar las diferentes transiciones de la vida, como los procesos de salud/enfermedad, cambios y diferencias, situacionales, entre otros. Por consiguiente se puede inferir que las personas privadas de la libertad están sometidas a una transición, debido a las condiciones de su entorno previo a la reclusión que se ven modificadas abruptamente, específicamente las actividades de la vida diaria, como: hábitos alimenticios, vigilia/sueño, la práctica de ejercicio y actividades recreativas.

En relación con la dimensión social se permite exponer a la teórica Virginia Henderson y su modelo teórico llamado 14 necesidades humanas básicas, la cual determina en su Metaparadigma la salud como: el margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales. También define entorno como: el conjunto de todas las condiciones e influencias externas que afectan a la vida y desarrollo del individuo.

Teniendo en cuenta que dentro de las 14 necesidades se encuentran los principales exponentes del desarrollo social del ser humano como: la necesidad de comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones; definido como un proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras; la necesidad de trabajar como: Las acciones que el individuo lleva a cabo, le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo. Necesidad de participar en todas las formas de recreación y ocio definida como: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico y por último la necesidad de estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: definida como la adquisición de conocimientos y habilidades para la modificación de sus comportamientos.

Otra de las teóricas como Nancy Roper en su teoría un modelo de la enfermería basado en un modelo de la vida, describe cuales son los 5 factores principales que influyen en las actividades de la vida diaria como son: (Biológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales, político y económicos).

Todas las teóricas, buscan que el individuo sea independiente, estos factores se resumen en actividades de la vida diaria como, mantener un ambiente sano, comunicación asertiva, trabajo y ocio, entre otras; se evidencia así que las personas privadas de la libertad, constantemente permanece en un ambiente que no permite la realización de dichas actividades, de ahí radica la importancia de aplicar dichas teorías, que busca la

individualización de la persona privada de la libertad; siguiendo un proceso metodológico desde el Metaparadigma de enfermería que contiene cuatro etapas, (valoración, planificación, ejecución y evaluación) y de esta manera buscar la optimización de las condiciones de vida de los mismos.

A su vez otra de las teoristas Afaf Ibrahim Meleis con su teoría de las Transiciones, describe cómo éstas incluyen en un proceso de movimiento y cambios en patrones básicos de la vida, de identidad de roles, de relacionarse, habilidades, patrones de conducta, manifestados en todos los individuos. Por otra parte la teoría intermedia de las transiciones: se define: como un tiempo con un punto de partida Identificable, que va desde los primeros signos de anticipación, percepción o demostración de cambio, pasa por un periodo de inestabilidad, confusión estrés, y llega a un final con un nuevo inicio o periodo de estabilidad.

Es así que se considera a las personas privadas de la libertad están sometidas a una transición obligatoria y las condiciones de su entorno se ven modificadas, tales como las actividades de su vida diaria, las relaciones interpersonales y laborales, así como también el desarrollo de las actividades recreativas; por lo que se hace importante el acompañamientos durante la transición de la vida en libertad a la condición actual, como es expuesto por Meleis; además es trascendental valorar expectativas y temores; las ideas individuales sobre la calidad de vida de cada sujeto y de esta manera crear o implementar acciones educativas que permitan la adaptación a las nuevas condiciones de vida, promover el autocuidado de la salud, y en último lugar alcanzar la reinserción social eficaz.

En relación con la teoría de la diversidad y de las universalidades de los cuidados culturales; por Madeleine Leininger; ella define la enfermería transcultural como una área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados,

la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta. Es así como se puede dar un enfoque de cuidado transcultural dentro de las penitenciarías puesto que se ha evidenciado que las personas privadas de la libertad interactúan con diferentes culturas dentro de los centros penitenciarios, debido a que estos individuos son trasladados a determinados lugares alejándolos de su círculo cultural y estructura social.

El ámbito carcelario reúne diferentes tipos de personas, convirtiéndose en un ambiente multicultural, que en gran medida permite que dichas interrelaciones sociales puedan ser perjudiciales y que a corto o largo plazo estas disparidades entre las ideas de unos u otros afecte en poca o gran proporción la percepción de calidad de vida de dichas personas. Por tal motivo se debe hacer un análisis o estudio de dichas culturas, logrando comprender las diferentes creencias sobre la salud y enfermedad, y brindar un cuidado congruente a su cultura, y direccionar las acciones en salud a lograr un bienestar o la calidad de vida apropiada según el concepto de salud individual.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La calidad de vida de la persona privada de la libertad, está altamente influenciada por situaciones directas e indirectas que afectan de gran manera la gestión eficaz de la propia salud, a su vez estropea el desarrollo adecuado de las relaciones interpersonales dentro y fuera de las prisiones; estas situaciones se describen principalmente en la falta de espacios que permiten el adecuado desarrollo de actividades, para proteger la salud, además de la orientación errada en el tratamiento carcelario, lo que conlleva al presidiarios a tomar conductas violentas, a modo de resistencia al mismo; es así como se muestra un grado alto de vulnerabilidad, presente en la persona privada de la libertad.

Aunque para cada país existen leyes que orientan el tratamiento carcelario, a modo de “proteger” la salud física y psicológica de la persona privada de la libertad, y que a su vez buscan la resocialización efectiva de los mismos; no se ha encontrado evidencia que afirme que dichas leyes sean un componente estratégico efectivo para preservar la salud, física, psicológica de la persona privada de la libertad, además de contribuir a la resocialización eficaz de los mismos.

Por consiguiente se han encontrado factores de riesgo que influyen directamente en la calidad de vida de la persona privada de la libertad, tales como el hacinamiento, que como ya se ha descrito, este influencia directamente en la adquisición o aparición de nuevas enfermedades de origen respiratorio, circulatorio, metabólico e infeccioso, y las complicaciones de otras. A su vez las falencias en la promoción de la salud, también se convierte en un factor de riesgo importante, en la prevalencia de las enfermedades ya descritas anteriormente, sin embargo cabe aclarar que las acciones encaminadas a la prevención en salud están compuestas de un grupo interdisciplinario amplio, por lo que se requiere una sinergia entre el personal de salud de los centros penitenciarios, la administración de los centros y las entidades de salud territoriales, buscando que la promoción de la salud se dé de manera eficaz dentro de los centros de reclusión.

Además es preciso mencionar que aunque las investigaciones no han mostrado evidencia congruente respecto al desarrollo social, sin embargo se han encontrado factores de riesgo como la separación abrupta de la familia, el aislamiento y la subordinación; estas circunstancias, llevan a la persona privada de la libertad a estados de depresión, ansiedad y estrés, esto afecta de gran manera la dinámica relacional de la persona privada de la libertad y su entorno social, acarreando situaciones de violencia entre los mismos, como medio de expresión de los sentimientos que les agobian en el momento, a su vez no se encontraron programas dirigidos a la prevención de las enfermedades mentales, lo que evidencia la pertinencia de la existencia de dichos programas a modo de prevención de dichas situaciones.

6.1. RECOMENDACIONES

Enfocar las acciones en salud a la persona privada de la libertad desde las necesidades individuales, como lo es expuesto por Virginia Henderson y demás teorías expuestas; desde la creación de estrategias con enfoque educativo que encamine la salud de las personas privadas de la libertad a la modificación de conductas perjudiciales para la salud y que a su vez se conviertan en promotores de autocuidado y contribuyan a la modificación de conductas sociales de riesgo en cuanto a las prácticas de salud.

Asimismo para el ámbito social se requiere brindar educación desde el reconocimiento de sí mismo, la modificación de las conductas perjudiciales y el respeto por la individualidad de las personas pertenecientes al círculo social de la persona privada de la libertad, además de la enseñanza de los deberes y derechos sociales, que puedan dar lugar a la modificación de las conductas sociales y el establecimiento de relaciones interpersonales de respeto por las diferencias del otro, a su vez el reconocimiento de los límites éticos y morales establecidos por la sociedad, lo que podría garantizar la resocialización eficaz.

Finalmente se requiere que los profesionales de la salud realicen intervenciones de salud, en los ámbitos carcelarios, como medida precisa para la prevención de enfermedades y la protección de la salud psicológica y biológica de la población privada de la libertad; además se hace preciso realizar un seguimiento estricto desde el enfoque de la salud pública a los centros penitenciarios en la aplicabilidad correcta de los lineamientos dictados para el tratamiento carcelario.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Derechos Humanos. Estándares internacionales en materia de personas privadas de la libertad. 1 Ed; Santiago de Chile; Gráfica OLM; 2012; pág; 17; 22. disponible en: <https://bibliotecadigital.indh.cl/handle/123456789/311>
2. Organización Mundial de la Salud: Definición de salud [Internet]. [Citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es>
3. Plan Decenal de Salud Pública para Colombia [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx>
4. T-560-16 Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-560-16.htm>
5. Álvarez Pascual P. Jenaro C. Evaluación de la identidad del recluso mediante la técnica de la rejilla. Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación. 2018; 2 (47): 5-20.
6. Congreso de la república de Colombia. Ley 65 de 1993 (código penitenciario y carcelario.1993: 2, 14,17.
7. Rúa LM. Construcciones socio espaciales en el encierro: la cárcel Bellavista. Cuadernos de Geografía: Revista Colombiana de Geografía. 2016; 25 (1): 171-194.
8. Hernández Sampieri R; Fernández Collado C; Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5ta Ed; México; McGRAW-HILL;2010; Cap. 4; pago: 52
9. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, OMS, Ginebra, 1986. (9) [Internet]. [Citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=3939496FBD2759369DE76105D9296F7F?sequence=1
10. DeCS Server - List Terms definición prisionero [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>

11. Glosario – INPEC definición de prisionero [Internet]. [Citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.inpec.gov.co/atencion-al-ciudadano/glosario>
12. Van Loon J; un sistema de apoyos centrado en la persona. mejoras en la calidad de vida a través de los apoyos; revista española sobre discapacidad intelectual; 2009; 40(1): 40-53.
13. Organización Mundial de la salud. Definición de factor de riesgo. [Internet]. WHO. [Citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: https://www.who.int/topics/risk_factors/es/
14. DeCS Server - List Terms definición factores de riesgo [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decserver/>
15. Raile Alligood M; Modelos y teorías en enfermería; 8 Ed; Barcelona Esp; Elsevier; 2015; unidad 1; pág.: 44-46.
16. Raile Alligood M; Modelos y teorías en enfermería; 8 Ed; Barcelona Esp; Elsevier; 2015; unidad 3;capitulo 21 pág.: 434-453
17. Raile Alligood M;Marriner Tomey A; Modelos y teorías en enfermería;7 Ed; Barcelona Esp; Elsevier; 2011; unidad 3; capítulo 21.pág: 434-453
18. Raile Alligood M;Marriner Tomey A; Modelos y teorías en enfermería;7 Ed; Barcelona Esp; Elsevier; 2011; unidad 4; capítulo 20.pág:368-381
19. Raile Alligood M;Marriner Tomey A; Modelos y teorías en enfermería; 7 Ed; Barcelona Esp; Elsevier; 2011; unidad 5 ; capítulo 28 .pág.: 541
20. Hernández Sampieri R; Fernández Collado C; Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 5ta Ed; México; McGRAW-HILL;2010; Cap. 4; pago: 73
21. Molina-Coloma. V. La personalidad en población carcelaria: un estudio comparativo en Ecuador. Anuario de psicología jurídica.2018;28 (1): 1-7.
22. Gómez IT. Tuberculosis y tuberculosis farmacorresistente en personas privadas de la libertad: Colombia 2010-2012.Revista de salud pública.2015;17(1):97-105.
23. , Riquelme Pereira N. Situación de Salud de reclusos de un Centro de Cumplimiento Penitenciario, Chile. Rev. esp. sanid. penit. 2013;15(3)
24. Sentencia T-815/13 Corte Constitucional de Colombia [Internet]. [citado 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.corteconstitucional.gov.co/RELATORIA/2013/T-815-13.htm>

25. Raile Alligood M; Marriner Tomey A; Modelos y teorías en enfermería; 7 Ed; Barcelona Esp; Elsevier; 2011. Pago 1-744.
26. Arana, W., Pérez, G. & Jara, M. (2017). El diseño curricular. Un estado de arte. *Pensamiento America-no*, 10(19), 228-243.
27. Amorim de Sousa KA; Evangelista de Araújo TM; Araújo Teles S; Leite Rangel LM; Sampaio Nery I; Factors associated with HIV prevalence in a prison population. *Rev. esc. enferm.* 2017: 5.
28. Alarcon-robayo JF; Prevalencia de tuberculosis pulmonar en población privada de la libertad de 10 centros penitenciarios en Colombia, 2013. *Acta méd. Peru.* 2016;33 (3):202-207.
29. Constantino, P; Assis, Simone G; Pinto, Liana W. El impacto de la prisión en la salud mental de los presos del estado de Río de Janeiro, Brasil. *Ciênc. La salud pública.* 2016: 21(7): 2089-2100.
30. Sánchez Recio R; Pérez de Ágreda A; Santabárbara Serrano JP. Infecciones de transmisión sexual en hombres internos en prisión: riesgo de desarrollo de nuevas infecciones. *Gac Sanit.* 2016: 30(3): 208-214.
31. Vera-remartinez, EJ; gesesp (grupo de enfermería sociedad española de sanidad penitenciaria). Prevalencia de patologías crónicas y factores de riesgo en población penitenciaria española. *Rev. esp. sanid. penit.* 2014: 16 (2): 38-47.
32. Lopez de goicoechea-saiz, ME; sternberg F; Portilla-Sogorb J. Prevalence and associated risk factors of latent tuberculosis infection in a Spanish prison. *Rev. esp. sanid. penit.* 2018: 20(1) 4-10.
33. Bania EG, Daniil Z, Hatzoglou C, Alexopoulos EC, Mitsiki E, Gourgoulis KI. Características de la EPOC y carga socioeconómica en las instituciones penitenciarias helénicas. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* . 2016; 11: 341–349
34. Geitona M, Milioni SO. Health status and access to health services of female prisoners in Greece: a cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:243.
35. Clessia Pinheiro, M; Lima de Araujo, J; Borges de Vasconcelos R; Cosme do Nascimento EG. Perfil de salud de los hombres privados de libertad en el sistema penitenciario. *Invertir. educ enferm.* 2015:33(2).

36. Bascón Díaz, MJ;Vargas Girón, V. Salud mental en reclusos. Un análisis pre-post intervención psicosocial con grupo control de comparación. *Anal. Psicol.* 2016;32(2).
37. Valera P, Chang Y, Lian Z. HIV risk inside U.S. prisons: a systematic review of risk reduction interventions conducted in U.S. prisons. *AIDS Care.* 2016;29(8):943–952.
38. Sousa ferreira L; Carneiro Moreira W; Freitas Nascimento MV; Nunes de Sousa G;Lial Sertão MA;Campêlo Lago E; Alencar D. Percepção de presidiárias sobre a assistência à saúde materna em uma penitenciária feminina. *Revista cubana de enfermeria Volumen 33, Número 4 (2017)*
39. Santos , MdV. La salud física de mujeres privadas de libertad en una penitenciaría del estado de Río de Janeiro. *Esc. Anna Nery.*2017;21(2).
40. D. Moscoso-Sánchez, Eric de Léséleuc, L. Rodríguez-Morcillo, M. González-Fernández, A. Pérez-Flores, y otros. Resultados esperados de la práctica deportiva para los internos: una comparación de las percepciones de los internos y el personal. *Revista de Psicología del Deporte.* 2017: 26(1): 37-48.
41. Acevedo Pabón AF;ManriqueAbril FG;Ospina-Diaz JM. Impact of Vigorous exercise on serum levels of L-Carnitine in prisoners in Colombia. *Rev. salud pública.*2015;17(5): 689-698.
42. Ruiz Pérez JI . Representaciones sociales del tratamiento penitenciario en población reclusa y en servidores penitenciarios. *Psychol. av. discip.* [online]. 2018, vol.12, n.1, pp.115-132.
43. García-Vita MdM .Análisis de los apoyos y conflictos sociofamiliares de las mujeres en prisiones española.*Revista de paz y conflicto.* 2017: 10 (1).
44. Rocha NB.Cognitive function is associated with prison behaviour among women in prison but not with subjective perception of adjustment to prison. *Criminal Behaviour And Mental Health.* CBMH. 2015: 25(5): 389–402.
45. Caravaca Sánchez, F; Falcón Romero M; Luna Maldonado A. Agresiones físicas en prisión, la enfermedad mental como factor de riesgo asociado. *Rev. esp. sanid. penit.*2014: 16 (3):84-90.

46. García Vita MDM, Melendro EM. El ambiente en prisión: la atención recibida por las reclusas y las relaciones intramuros. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. 2013;(22):43-56.
47. Añaños Bedriñana, FT; Fernández Sánchez, MP; Llopis Lláce JJ. Aproximación a los contextos en prisión. Una perspectiva socioeducativa. *Revista Interuniversitaria*.2013;núm. 22, julio-diciembre, 2013, pp. 13-28
48. Larrota R; Sánchez Rojas L; Sánchez J. Niveles de autoestima y uso de estrategias de afrontamiento en un grupo de personas privadas de la libertad en un centro de reclusión de la ciudad de Bucaramanga / Colombia. *Informes Psicológicos*.2016: 16 (1): 51 – 64.
49. Arenas García L. & Cerezo, A. Realidad penitenciaria en Colombia: la necesidad de una nueva política criminal. *Revista Criminalidad*. 2016: 58 (2): 175-195.
50. Arango Tobón, M., Arroyave Álvarez, O., & Marín Caro, V. (2015). Percepción de los presos políticos sobre las condiciones jurídico-penitenciarias vividas en los establecimientos penitenciarios del Valle de Aburrá (Medellín-Colombia). *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, (44), 51–67.

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1. Lista PRISMA.

LISTA MODIFICADA CON CRITERIOS PRISMA
--

Sección/Tema	No	Recomendación
TÍTULO		
Título	1	Identificar la publicación como revisión sistemática, metaanálisis o ambos
RESUMEN		
Resumen estructurado	2	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática
INTRODUCCIÓN		
Justificación	3	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema
Objetivos	4	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios (PICOS)
MÉTODOS		
Criterios de elegibilidad	5	Especificar las características de los estudios (por ej., PICOS, duración del seguimiento) y de las características (por ej., años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación
Fuentes de información	6	Describir todas las fuentes de información (por ej., bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada
Selección de los estudios	7	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ej., el cribado y la elegibilidad incluidos en la revisión sistemática y, cuando sea pertinente, incluidos en el metaanálisis) (criterios inclusión y exclusión)
Proceso de extracción de datos	8	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ej., formularios pilotado, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores
Riesgo de sesgo	9	El autor describe si tiene conflicto de intereses y como evaluó los posibles riesgos. Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ej., sesgo de publicación o comunicación selectiva)

Síntesis de resultados	10	Se identifican los métodos estadísticos utilizados en la revisión.
RESULTADOS		
Selección de estudios	11	Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la revisión, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo
Características de los estudios	12	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ej., tamaño, PICOS y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas
Síntesis de los resultados	13	Presentar los resultados de todos los metaanálisis realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia
DISCUSIÓN		
Resumen de la evidencia	14	Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ej., proveedores de cuidados, usuarios y decisores en salud)
Limitaciones	15	Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (por ej., riesgo de sesgo) y de la revisión (por ej., obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva)
Conclusiones	16	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias, así como las implicaciones para la futura investigación
FINANCIACIÓN		
Financiación	17	Describir las fuentes de financiación de la revisión sistemática y otro tipo de apoyos (por ej., aporte de los datos), así como el rol de los financiadores en la revisión sistemática

Anexo 2. Lista STROBE.

Declaración STROBE		
Sección/Tema	Punto	Recomendación
TÍTULO		
Título	1	(a) Indique, en el título o en el resumen, el diseño del estudio con un término habitual (b) Proporcione en el resumen una sinopsis informativa y equilibrada de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado
INTRODUCCIÓN		
Contexto/Fundamentos	2	Explique las razones y el fundamento científicos de la investigación que se comunica
Objetivos	3	Indique los objetivos específicos, incluida cualquier hipótesis pre especificada
MÉTODOS		
Diseño del estudio	4	Presente al principio del documento los elementos clave del diseño del estudio
Contexto	5	Describa el marco, los lugares y las fechas relevantes, incluido los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos
Participantes	6	(a) Estudios de cohortes: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el método de selección de los participantes. Especifique los métodos de seguimiento Estudios de casos y controles: proporcione los criterios de elegibilidad, así como las fuentes y el proceso diagnóstico de los casos y el de selección de los controles. Proporcione las razones para la elección de casos y controles Estudios transversales: proporcione los criterios de elegibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes (b) Estudios de cohortes: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de parejas y el número de participantes con y sin exposición Estudios de casos y controles: en los estudios apareados, proporcione los criterios para la formación de las parejas y el número de controles por cada caso
VARIABLES	7	Defina claramente todas las variables: de respuesta, exposiciones, predictoras, confusoras y modificadoras del efecto. Si procede, proporcione los criterios diagnósticos
Fuentes de datos/medidas	8*	Para cada variable de interés, proporcione las fuentes de datos y los detalles de los métodos de valoración (medida). Si hubiera más de un grupo, especifique la comparabilidad de los procesos de medida

Sesgos	9	Especifique todas las medidas adoptadas para afrontar fuentes potenciales de sesgo
Tamaño muestral	10	Explique cómo se determinó el tamaño muestral
Variables cuantitativas	11	Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en el análisis. Si procede, explique qué grupos se definieron y por qué
Métodos estadísticos	12	<p>(a) Especifique todos los métodos estadísticos, incluidos los empleados para controlar los factores de confusión</p> <p>(b) Especifique todos los métodos utilizados para analizar subgrupos e interacciones</p> <p>(c) Explique el tratamiento de los datos ausentes (missing data)</p> <p>(d) Estudio de cohortes: si procede, explique cómo se afrontan las pérdidas en el seguimiento</p> <p>Estudios de casos y controles: si procede, explique cómo se aparearon casos y controles</p> <p>Estudios transversales: si procede, especifique cómo se tiene en cuenta en el análisis la estrategia de muestreo</p> <p>(e) Describa los análisis de sensibilidad</p>
RESULTADOS		
Participantes	13*	<p>(a) Describa el número de participantes en cada fase del estudio; por ejemplo: cifras de los participantes potencialmente elegibles, los analizados para ser incluidos, los confirmados elegibles, los incluidos en el estudio, los que tuvieron un seguimiento completo y los analizados</p> <p>(b) Describa las razones de la pérdida de participantes en cada fase</p> <p>(c) Considere el uso de un diagrama de flujo</p>
Datos descriptivos	14*	<p>(a) Describa las características de los participantes en el estudio (p. ej., demográficas, clínicas, sociales) y la información sobre las exposiciones y los posibles factores de confusión</p> <p>(b) Indique el número de participantes con datos ausentes en cada variable de interés</p> <p>(c) Estudios de cohortes: resuma el período de seguimiento (p. ej., promedio y total)</p>
Datos de variables de resultado	15*	<p>Estudios de cohortes: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen a lo largo del tiempo</p> <p>Estudios de casos y controles: describa el número de participantes en cada categoría de exposición, o bien proporcione medidas resumen de exposición</p> <p>Estudios transversales: describa el número de eventos resultado, o bien proporcione medidas resumen</p>
Resultados principales	16	<p>(a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, ajustadas por factores de confusión, así como su precisión (p. ej., intervalos de confianza del 95%). Especifique los factores de confusión por los que se ajusta y las razones para incluirlos</p> <p>(b) Si categoriza variables continuas, describa los límites de los intervalos</p> <p>(c) Si fuera pertinente, valore acompañar las estimaciones del riesgo relativo con estimaciones del riesgo absoluto para un período de tiempo relevante</p>

Otros análisis	17	Describa otros análisis efectuados (de subgrupos, interacciones o sensibilidad)
DISCUSIÓN		
Resultados clave	18	Resuma los resultados principales de los objetivos del estudio
Limitaciones	19	Discuta las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta posibles fuentes de sesgo o de imprecisión. Razone tanto sobre la dirección como sobre la magnitud de cualquier posible sesgo
Interpretación	20	Proporcione una interpretación global prudente de los resultados considerando objetivos, limitaciones, multiplicidad de análisis, resultados de estudios similares y otras pruebas empíricas relevantes
Generabilidad	21	Discuta la posibilidad de generalizar los resultados (validez externa)
OTRA INFORMACIÓN		
Financiación	22	Especifique la financiación y el papel de los patrocinadores del estudio y, si procede, del estudio previo en el que se basa el presente artículo

Anexo 3. Lista COREQ.

COREQ			
Sección/Tema	Punto	Recomendación	
Título			
Diseño 1: Características personales			
	1	Entrevistador / facilitador	¿Qué autor / es realizó la entrevista o el grupo de enfoque?
	2	Cartas credenciales	¿Cuáles fueron las credenciales del investigador? Ej. PhD, MD
	3	Ocupación	¿Cuál era su ocupación en el momento del estudio?
	4	Género	¿El investigador era hombre o mujer?
	5	Experiencia y entrenamiento	¿Qué experiencia o entrenamiento tuvo el investigador?
Relación con los participantes			
	6	Relación establecida	¿Se estableció una relación antes del inicio del estudio?
	7	Conocimiento del participante del entrevistador	¿Qué sabían los participantes sobre el investigador? e .g. objetivos personales, razones para hacer la investigación
	8	Características del entrevistador	¿Qué características se informaron sobre el entrevistador / facilitador? por ejemplo , prejuicios, suposiciones, razones e intereses en el tema de investigación
	6	Relación establecida	¿Se estableció una relación antes del inicio del estudio?
Dominio 2: diseño de estudio			
Marco teórico			
	9	Orientación metodológica y teoría	¿Qué orientación metodológica se estableció

			para sustentar el estudio? por ejemplo, teoría fundamentada, análisis del discurso, etnografía, fenomenología, análisis de contenido
Selección de participantes			
	10	Muestreo	¿Cómo fueron seleccionados los participantes? por ejemplo, intencional, conveniente, consecutiva, bola de nieve
	11	Método de acercamiento	¿Cómo se acercaron los participantes? e .g. cara a cara, teléfono, correo, correo electrónico
	12	Tamaño de la muestra	¿Cuántos participantes había en el estudio?
	13	No participación	¿Cuántas personas se negaron a participar o abandonaron? ¿Razones?
Ajuste			
	14	Configuración de la recopilación de datos	¿Dónde se recolectó la información? e .g. hogar, clínica, lugar de trabajo
	15	Presencia de no participantes	¿Había alguien más presente además de los participantes e investigadores?
	16	Descripción de la muestra	¿Cuáles son las características importantes de la muestra? por ejemplo, datos demográficos, fecha
Recopilación de datos			
	17	Guía de entrevista	¿Hubo preguntas, pautas, guías provistas por los autores? ¿Se probó el piloto?
	18	Repetir entrevistas	¿Se llevaron a cabo entrevistas repetidas? Si es así, ¿cuántas?

	19	Grabación audio / visual	¿La investigación utilizó grabación de audio o visual para recopilar los datos?
	20	Notas de campo	¿Las notas de campo se tomaron durante y / o después de la entrevista o el grupo de enfoque?
	21	Duración	¿Cuál fue la duración de las entrevistas o el grupo de enfoque?
	22	Saturación de datos	¿Se discutió la saturación de datos?
	23	Transcripciones devueltas	¿Las transcripciones fueron devueltas a los participantes para comentarios y / o corrección?
Dominio 3: análisis y hallazgos			
Análisis de los datos			
	24	Número de codificadores de datos	¿Cuántos codificadores de datos codificaron los datos?
	25	Descripción del árbol de codificación	¿Los autores proporcionaron una descripción del árbol de codificación?
	26	Derivación de temas	¿Se identificaron los temas por adelantado o se derivaron de los datos?
	27	Software	¿Qué software, si corresponde, se utilizó para gestionar los datos?
	28	Comprobación del participante	¿Los participantes proporcionaron comentarios sobre los hallazgos?
Informes			
	29	Citas presentadas	¿Se presentaron las citas de los participantes para ilustrar los temas / hallazgos? ¿Se identificó cada cita? e .g. número de participante

	30	Datos y resultados consistentes	¿Hubo coherencia entre los datos presentados y los hallazgos?
	31	Claridad de los temas principales	¿Los temas principales se presentaron claramente en los hallazgos?
	32	Claridad de temas menores	¿Hay una descripción de diversos casos o discusión de temas menores?

Anexo 4. Escala JADAD.

	PREGUNTA	PUNTUACIÓN
1	¿El estudio se describe como aleatorizado (o randomizado)?	SÍ: 1 punto NO: 0 puntos
2	¿Se describe el método utilizado para generar la secuencia de aleatorización y este método es adecuado?	SÍ: 1 punto NO: 0 puntos
3	¿Es adecuado el método utilizado para generar la secuencia de aleatorización	SÍ: 1 punto NO: 0 puntos
4	¿Es estudio se describe como doble ciego?	SÍ: 1 punto NO: 0 puntos
5	¿Se describe el método de enmascaramiento (o cegamiento) y este método es adecuado?	SÍ: 1 punto NO: 0 puntos
6	¿Es adecuado el método de enmascaramiento (o cegamiento)?	SÍ: 1 punto NO: 0 puntos
7	¿Hay una descripción de las pérdidas de seguimiento y los abandonos	SÍ: 1 punto NO: 0 puntos

Anexo 5. Protocolo RAI.

TÍTULO			FICHA N° Numero
REFERENCIA			
AUTORES		PALABRAS CLAVE	DESCRIPCIÓN
TIPO DE FUENTE		CONTENIDO (DESARROLLO TEÓRICO)	
METODOLOGÍA			CONCLUSIONES