



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Benítez Castelblanco, A; Pérez Cárdenas, D P. Prácticas de cuidado y autocuidado de la salud de los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja. Biblioteca Lascasas, 2006; 2. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0092.php>

**PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD DE LOS
INTERNOS EN EL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DEL
MUNICIPIO DE TUNJA.**

**ANGELA PATRICIA BENITEZ CASTELBLANCO
DIANA PATRICIA PÉREZ CÁRDENAS**

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
TUNJA
2.004**

**PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD DE LOS
INTERNOS EN EL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DEL
MUNICIPIO DE TUNJA.**

**ANGELA PATRICIA BENITEZ CASTELBLANCO
DIANA PATRICIA PÉREZ CÁRDENAS**

Trabajo de Grado Presentado para Optar el Título de Enfermera

**Directora
EUGENIA BARAJAS SEPULVEDA
Docente Escuela de Enfermería**

**UNIVERSIDAD PEDAGOGICA Y TECNOLOGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERIA
TUNJA
2.004**

AGRADECIMIENTOS

Al Establecimiento Carcelario del Municipio de Tunja por permitirnos la realización de nuestro trabajo de investigación comprendiendo su importancia en la consecución de una mejor calidad de vida para los internos.

A la profesora Eugenia Barajas por aceptar ser nuestra asesora, por confiar en nosotras y por su genuino interés en la realización del proyecto.

A todos y cada uno de los internos de Establecimiento Carcelario del Municipio de Tunja quienes son la principal razón de nuestro trabajo por la esperanza que en un futuro no muy lejano nuestras comunidades puedan gozar de mejores condiciones de salud y de vida.

A Mery y toda su familia por su amabilidad, generosidad y paciencia, por facilitarnos los medios y espacios de trabajo durante largas jornadas.

CONTENIDO

	Pág.
<i>INTRODUCCIÓN</i>	12
<i>1. TITULO</i>	13
<i>2. PROBLEMA</i>	14
<i>2.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA:</i>	14
<i>2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:</i>	17
<i>3. JUSTIFICACIÓN</i>	18
<i>4. OBJETIVOS</i>	21
<i>4.1 OBJETIVO GENERAL:</i>	21
<i>4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</i>	21
<i>5. MARCO TEORICO</i>	22
<i>5.1. PAPEL DEL AUTOCAUIDADO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD</i>	22
<i>5.2 COMPONENTES DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</i>	26
<i>5.3 TEORÍA GENERAL DE DEFICIT DEL AUTOCAUIDADO</i>	27

5.3.1 Teoría del autocuidado.....	27
5.3.2 Teoría del déficit del autocuidado.....	29
5.3.3 Teoría de los sistemas	29
5.4 PATRONES FUNCIONALES.....	30
6 MARCO CONCEPTUAL.....	33
7.MARCO DE REFERENCIA.	38
7.1. ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD CARCELARIA EN COLOMBIA Y SU SITUACIÓN DE SALUD. INFORME: MISIÓN INTERNACIONAL DERECHOS HUMANOS Y SITUACIÓN CARCELARIA “CENTROS DE RECLUSIÓN EN COLOMBIA UN ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL Y DE FLAGRANTE VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS”	38
8. MARCO INSTITUCIONAL:	42
8.1. OBJETIVOS INSTITUCIONALES	42
8.2 NORMATIVIDAD. CODIGO NACIONAL PENITENCIARIO. LEY 65 DE 1993	43
9. DISEÑO METODOLÓGICO	47
9.1. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	48
9.1.1 Fuentes	48

<i>9.2. VARIABLES.....</i>	<i>49</i>
<i>9.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....</i>	<i>49</i>
<i>9.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN.....</i>	<i>49</i>
<i>9.5 ETICA DE LA INVESTIGACIÓN.....</i>	<i>50</i>
<i>10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....</i>	<i>51</i>
<i>11. APLICACIÓN DE LA TEORÍA GENERAL DEL DEFICIT DEL AUTOCAUIDADO.....</i>	<i>65</i>
<i>12. CONCLUSIONES.....</i>	<i>69</i>
<i>13. RECOMENDACIONES.....</i>	<i>73</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>74</i>
<i>ANEXOS.....</i>	<i>76</i>

LISTA DE CUADROS

	Pág.
<i>CUADRO 1. Matriz de intervención</i>	<i>67</i>

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
<i>ANEXO A. Clasificación de los establecimientos de reclusión en Colombia</i>	<i>77</i>
<i>ANEXO B. Encuesta dirigida a los internos</i>	<i>78</i>
<i>ANEXO C. Encuesta dirigida a los funcionarios</i>	<i>85</i>
<i>ANEXO D. Operacionalización de variables</i>	<i>88</i>

INTRODUCCIÓN

La práctica de Enfermería definida como “el poner a disposición de los sistemas humanos, servicios de Enfermería de una manera culturalmente aceptable, para optimizar modos de vida saludables”¹ debe dirigirse al logro del mejoramiento continuo de la calidad de vida de los individuos, las familias y los colectivos, mediante el conocimiento de las mismas, la formulación y ejecución de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, dirigidas a controlar o eliminar los factores de riesgo que llevan al deterioro o pérdida del equilibrio salud-enfermedad.

Desde esta perspectiva el Profesional de Enfermería no puede ser ajeno a la problemática de salud que afecta a nuestra sociedad, por el contrario, debe intervenir de manera efectiva en todos los grupos sociales, incluidos aquellos que por condiciones especiales no pueden acceder en forma directa a los servicios prestados por dichos profesionales.

La comunidad interna en el Establecimiento Carcelario del Municipio de Tunja se enfrenta a una serie de limitaciones de las condiciones que favorezcan el ejercicio de prácticas de autocuidado de la salud, hecho que la constituye en población vulnerable a factores de riesgo propios de su condición de privación de libertad y total dependencia del Establecimiento.

Mediante el presente trabajo de investigación se determinaron las prácticas de autocuidado de los internos en el proceso salud-enfermedad, y el cuidado que la Institución les brinda en dicho proceso, teniendo como base la Teoría General del Déficit del Autocuidado de Dorothea E. Orem y los patrones funcionales de M. Gordon como eje organizador.

De acuerdo a los resultados del análisis de la información, se formuló una matriz de intervención en promoción y prevención, que debe ser ejecutada por un equipo interdisciplinario del cual hace parte el profesional de Enfermería desde el sector educativo, durante su formación, así como desde el sector salud una vez haya egresado.

¹ WEAVER. La práctica de enfermería. En : Memorias 43° Consejo de Directoras -36° asamblea general. Colombia: Bogotá: ACOFAEN, 2000. p. 71

1. TITULO

PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE LA SALUD DE LOS INTERNOS EN EL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DEL MUNICIPIO DE TUNJA. ENERO A ABRIL DE 2004.

2. PROBLEMA

2.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El municipio de Tunja cuenta con un Establecimiento Carcelario ubicado en la calle 31 No 2-15 Este, barrio El Dorado, cuya capacidad es de 142 internos, según datos obtenidos en la página Web del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC², en la actualidad alberga 110 internos, lo cual genera un índice ocupacional de 77.5%. Cabe resaltar dos hechos importantes: primero, que el informe de la Misión Internacional de Derechos Humanos y Situación Carcelaria en Colombia notó, “la tendencia por parte de las instituciones responsables, de minimizar la situación, incluyendo la manipulación de estadísticas sobre el hacinamiento penitenciario y carcelario [...] Así mismo, las estadísticas del INPEC sobre la capacidad vs. población de algunos centros carcelarios y penitenciarios son totalmente incorrectas” y segundo, que la información suministrada por la guardia del Establecimiento Carcelario indica que “la capacidad de la cárcel es de 70 internos”.

El 98% de la población pertenecen al género masculino y el 2% al femenino, cuyas edades oscilan entre los 18 y 60 años de edad, por tanto pertenecen a los ciclos vitales de adolescentes, adulto joven y adulto maduro.

La observación del Establecimiento Carcelario del municipio de Tunja y de la población reclusa, así como la información suministrada por funcionarios del mismo, evidencian la existencia de factores de riesgo para el deterioro o pérdida de la salud de los internos, relacionados con el ciclo vital al cual pertenecen: los adolescentes por la crisis de identidad e independencia a la cual se enfrentan y su mayor vulnerabilidad al ambiente en el que se encuentran adquiriendo hábitos que influirán en la calidad de su salud, los adultos jóvenes por la necesidad de conformar una familia y permanecer con ella, de ser laboralmente productivos e independientes económicamente y los adultos mayores por ser el ciclo en el cual se manifiestan la mayor parte de las enfermedades crónicas, y por las necesidades psico-afectivas propias.

La población procede de diferentes regiones, debido a que en los lugares de detención aledaños al municipio de Tunja, generalmente no se cuenta con Establecimientos Carcelarios., estas circunstancias dificultan el desplazamiento de sus familias para las visitas, y trae como consecuencia la falta de apoyo y afecto durante su estancia. La insuficiencia de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad,

² www.inpec.gov.co

dentro de la institución, acorde a sus necesidades y la falta de espacios adecuados para la buena utilización del tiempo libre, permaneciendo inactivos en el patio la mayor parte del día, son entre otros factores de riesgo para su salud.

El 86.2% de los internos se encuentran sindicados, es decir en espera de la definición de su situación judicial, convirtiendo la cárcel en un sitio de estancia transitorio, el 13.8% restante se encuentran condenados. Los delitos más frecuentes son: hurto; tráfico, fabricación y porte de estupefacientes; homicidio y tentativa de homicidio con 30.4%, 16.8% y 14.4% respectivamente*.

El menor tiempo de estancia carcelaria es de un día y el máximo de 26 meses (al momento de recolectar la información) con un promedio de estancia carcelaria de 6 meses, según información suministrada por la secretaría del establecimiento.

El personal con que cuenta la institución es:

- a. Personal administrativo: directora, subdirector, pagadora y secretaria
- b. Servicios de salud : una médica y una odontóloga
- c. Servicios educativos: técnica educativa
- d. Personal de guardia: dos inspectores y veinte dragoneantes.

La contratación de dicho personal se realiza mediante la selección directamente desde la sede central del INPEC, pueden trabajar de planta o por contrato a término definido; el personal de guardia se selecciona por concurso.

La institución cuenta con servicio de electricidad, agua potable, alcantarillado y teléfono. La planta física se encuentra dividida en zona administrativa y zona de reclusión, ésta última conformada por diez celdas, donde los internos son distribuidos de la siguiente manera: celda 1: 17 internos, celda 2: 16 internos, celda 3: 13 internos, celda 4: 14 internos, celda 5: 15 internos, celda 6: 17 internos, celda 7: 4 internos, celda 8: 4 internos, celda 9: 8 internos, celda 10: 2 internas (datos hasta el 27 de Enero de 2004). Esta asignación se realiza dependiendo del número de internos que haya.

El establecimiento carcelario permite la vinculación de otros sectores para la realización de las diferentes actividades y la prestación de los servicios, tales como la universidad, el sector privado, la alcaldía, el SENA, el hospital, la fiscalía, la procuraduría y la UMATA.

Al realizar la visita a las celdas se observa: poca iluminación y ventilación, ambiente húmedo y frío, espacio reducido para el número de camas e internos, ropa colgada en las rejas de las ventanas e imágenes religiosas; En general, las celdas se caracterizan por tener las paredes pañetadas, los pisos en baldosa, una ventana pequeña con reja. Los internos duermen en camarotes sencillos de madera o en planchas de cemento, todos cuentan con colchones los cuales presentan signos de deterioro, las cobijas deben ser traídas por cada uno de los reclusos. Las camas se distribuyen de acuerdo al número de internos, actualmente duermen por parejas, y dado el tamaño de la cama la situación de incomodidad es evidente. Cada celda cuenta con un baño semi-enchapado que consta de lavamanos, retrete y ducha, en aceptables condiciones de aseo, en el cual se observa ropa extendida.

* Información suministrada por la secretaria del Establecimiento Carcelario del municipio de Tunja.

Existen dos excepciones en los tipos de celdas: las destinadas para los “gamines” y las destinadas para los “internos de confianza”. Las primeras se caracterizan por las deficientes condiciones higiénicas y las segundas por tener mayores comodidades en cuanto a espacio, ya que tienen una cama por interno, y cuentan con algunos electrodomésticos como televisor o grabadora.

Dentro de la zona de reclusión se encuentra adaptado un pequeño cuarto en tríplex donde diariamente se realiza la consulta médica en el horario de 2:00pm a 4:00pm. Según los registros de atención a los internos, las diez primeras causas de consulta en el año 2003 fueron: Infección Respiratoria Aguda, enfermedades dérmicas, hipertensión arterial, traumatismos osteomusculares, vicio de refracción, herida por arma cortopunzante, enfermedad ácido-péptica, cefalea tensional, enfermedad diarreica aguda y enfermedad lumbo ciática.

Actualmente no se cuenta con servicio de atención de enfermería por lo cual el profesional médico se encarga de la realización de la consulta médica y algunas sesiones educativas de promoción y prevención, tales como cepillado dental y planificación familiar. No se cuenta con consultorio odontológico, sin embargo este servicio se presta en un lugar adaptado dentro de la zona administrativa en el horario de 8:00am a 10:00am diariamente.

El Establecimiento Carcelario celebra contratos de prestación de servicios para el suministro de la alimentación a los internos, la cual es supervisada por la entidad en cantidad y contenido, en la actualidad el servicio es prestado por el “Consortio Mauros”. Además, cuenta con un cafetín atendido por dos internos donde pueden adquirir alimentos diferentes al menú diario (pescado, carne, huevos, sopas, empanadas, etc.) preparados por los encargados del mismo, también se les vende medicamentos analgésicos y antigripales, confites, productos de paquete, gaseosa, cigarrillos y productos de aseo.

Existe un patio central de aproximadamente 377m² limitado por rejas, su piso está constituido por recebo, allí los reclusos permanecen de 8:00am a 11:00am y de 2:00pm a 5:00pm, tiempo en el cual se dedican a jugar fútbol, conversar, asolearse y a la realización de actividades de su interés, tales como la elaboración de anillos y manillas. No existe un taller donde los internos realicen actividades manuales y artesanales, solamente se les facilitan algunas herramientas para dicho fin.

2.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas de autocuidado de los internos en el Establecimiento Carcelario del Municipio de Tunja, y cuál es la participación de éste en su cuidado durante el proceso salud-enfermedad?

3. JUSTIFICACIÓN

El 31 de Octubre de 2001, el alto comisionado para los derechos humanos de la ONU, presentó el informe de la Misión Internacional de Derechos Humanos y Situación Carcelaria en Colombia, el cual arrojó datos alarmantes: “

- Hacinamiento crítico, frecuentemente severo.
- Tratos o penas crueles inhumanos y degradantes, producto de la violencia y las malas condiciones de detención.
- Falta de separación de reclusos por categorías.
- Infraestructura y condiciones higiénicas y sanitarias marcadamente deficientes.
- Falta o insuficiencia de atención médica adecuada.
- Escasez y/o inadecuada calidad de alimentos.
- Inseguridad jurídica de las personas privadas de libertad, incluyendo la falta de un recurso efectivo ante la ley.
- Falta de acceso por parte de la mayoría de las personas privadas de libertad a la educación, al trabajo y la recreación
- Falta de tratamiento penitenciario y atención especializada requerida por muchas personas privadas de libertad, incluyendo los grupos vulnerables.

Además la misión detectó graves deficiencias en materia de sanidad y servicios de salud, incluyendo problemas de insalubridad e inadecuada atención médica, hacinamiento [...] deficiencias de sanitarios, suministro irregular de agua, así como la baja calidad de esta para el consumo humano, afectando a la mayoría de los establecimientos carcelarios y penitenciarios del país”³

Lo anterior evidencia que la población carcelaria se enfrenta a una serie de condiciones físicas, psicológicas y sociales que actúan como factores de riesgo en el deterioro o pérdida de la salud y que los constituye como un grupo vulnerable.

El presente trabajo de investigación surge de la necesidad de conocer las prácticas de autocuidado de la salud de la población interna en el Establecimiento Carcelario, así como la intervención de la Institución en su cuidado durante el proceso salud-enfermedad que permita la estructuración de un plan de intervención del profesional de

³COLOMBIA, ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS. Antecedentes de la comunidad carcelaria en Colombia y su situación de salud. En: Informe misión internacional derechos humanos y situación carcelaria “centros de reclusión en Colombia un estado de cosas inconstitucional y flagrante violación de derechos humanos”. Bogotá, 2001. p. 20.

Enfermería dirigido al fomento y mejoramiento de las prácticas de autocuidado de la salud de los internos en razón a que hasta el momento no existe ningún estudio con dicha población en el área de la salud que tenga en cuenta la situación a que se ve expuesta por su condición de privación de libertad y dependencia del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC.

El abordaje de esta comunidad, como la de cualquier otra, constituye una función de la universidad, más aún si ésta es de carácter público, es decir, pertenece al pueblo y debe servir a él, mediante la formación de profesionales cuyo propósito sea brindar un servicio de calidad. La universidad cuenta con medios y posibilidades para intervenir la realidad social fomentando en los estudiantes el compromiso con su comunidad, para que posteriormente propendan por el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos, de las familias y la del entorno.

Desde ésta perspectiva se evidencia la necesidad de que la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, U.P.T.C. cumpla con su “misión de promover el desarrollo de las capacidades humanas de la comunidad universitaria, a través de la orientación pedagógica, de la investigación, de la extensión y la interacción con la sociedad...”⁴ y que los profesionales de enfermería de igual manera, actúen coherentemente con el énfasis de su formación académica, proyectando su labor hacia el cumplimiento del componente social del cuidado, siendo actores sensibles ante la problemática de salud específica de las comunidades, incluidas aquellas que por sus condiciones especiales no pueden acceder en forma directa a los servicios de atención en enfermería.

La práctica de Enfermería puede ser definida como una serie de acciones llevadas a cabo por diferentes niveles de personal dirigidas a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, la recuperación y la rehabilitación. Weaver define práctica de enfermería como el “poner a disposición de los sistemas humanos servicios de enfermería de una manera culturalmente aceptable para optimizar modos de vida saludables. Enfermería es una profesión humanística que a través de relaciones interpersonales promueve el bienestar de las personas, las familias y la comunidad. Enfermería se articula con otros profesionales y trabajadores de la salud para proporcionar cuidado integral”.⁵

En éste sentido se hace evidente que el profesional de enfermería, debe participar activamente en todos los aspectos relacionados con la salud de los seres humanos, desde la formulación de políticas públicas saludables, hasta la ejecución de cada uno de los componentes de las mismas, manteniendo siempre como horizonte de su trabajo el cuidado integral de la salud y la vida humana en los ámbitos individual, familiar y colectivo.

“La ejecución de políticas públicas saludables permite concretar acciones tendientes a mejorar los ambientes físicos, sociales y culturales, a empoderar a la población con su salud y hacer que los grupos humanos e individuos desarrollen actitudes y aptitudes que favorezcan su salud y pongan énfasis en los factores protectores de la misma, humanicen sus relaciones interpersonales y sociales y se transite hacia modos y estilos de vida individual y social promotores y protectores de la salud, que a la vez que

⁴PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL. Tunja: U. P. T. C., 2002.

⁵ WEAVER, Op. cit., p. 71.

desarrollan niveles de salud superiores, construyen ciudadanía, potencian la cohesión social y fomentan la solidaridad.”⁶

La experiencia de las “prácticas comunitarias” de los estudiantes de la universidad, debería ser repensada y replanteada desde el concepto mismo de práctica; más que practicar con la comunidad el objetivo debe ser trabajar con ella, así dejará de ser utilizada para pasar a formar parte en la identificación y solución de sus problemas, generándose un conocimiento recíproco y un empoderamiento que le permita ser artífice de su propio cambio.

Con la presente investigación se pretende dejar sentadas las bases para dar apertura a nuevos campos de práctica, donde los estudiantes participen activamente en el mejoramiento de la calidad de vida de comunidades que hasta el momento han sido poco abordadas.

Para las investigadoras es de gran importancia conocer el panorama de salud a que se enfrenta ésta comunidad en los aspectos ya mencionados, por cuanto consideran que el profesional de enfermería fundamenta su ejercicio en el cuidado “el cual está centrado en la vida del ser humano a partir de lo colectivo, identificando en el individuo lo social como determinante de su condición de vida [...] el cuidado desde ésta perspectiva, pasa de ser una actividad meramente instrumental a ser un ejercicio efectivo”⁷

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las prácticas de autocuidado de los internos en el Establecimiento Carcelario del Municipio de Tunja, y la participación de éste en su cuidado durante el proceso salud-enfermedad, con el fin de formular una matriz de intervención en atención primaria en salud.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Indagar a los reclusos acerca de sus prácticas de autocuidado de la salud durante su permanencia en el establecimiento carcelario.
- Identificar la participación del establecimiento carcelario en el cuidado de los reclusos durante el proceso salud-enfermedad.

⁶ GRANADOS TORAÑO, Ramón. La promoción de la salud en el siglo XXI. En: La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: UNAL, 2003. p. 163-164.

⁷ ESCUELA DE ENFERMERÍA U.P.T.C. Tunja. El cuidado visto desde el currículo. En: Memorias 43º Consejo de Directoras -36º asamblea general. Colombia: Bogotá: ACOFAEN, 2000. p. 22.

- Formular una matriz de intervención en atención primaria en salud, dirigido al mejoramiento de las prácticas de autocuidado de los internos.

5. MARCO TEÓRICO

5.1. PAPEL DEL AUTOCUIDADO EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

El autocuidado a través de la historia ha sido una construcción cultural, influenciada por la ciencia. Partiendo de la civilización Griega, nace con la premisa del cuidado de sí: “hay que cuidarse y respetarse a sí mismo”, esta es la diferencia entre el ser humano y los demás seres vivos; su visión integral del cuidado de sí abarcaba tanto el cuidado del cuerpo como el del alma, mediante el uso de regímenes de ejercicio físicos sin excesos, satisfacción mesurada de las necesidades, meditación y lecturas, atención al disfuncionamiento, al clima, a la alimentación y al modo de vida, los cuales pueden afectar al cuerpo y por éste al alma; el autocontrol surge como su principal forma de autocuidado. A diferencia de la anterior, la tradición Judeo-Cristiana centró sus cuidados especialmente en el espíritu transformando significativamente el concepto y significado del cuidado.

Por otro lado, los avances científicos han intervenido en el desarrollo del concepto y formas de promocionar el cuidado, comenzando por la diferenciación que hace entre cuidados de costumbre (**care**) y los cuidados de curación (**cure**). “Los cuidados de costumbre representan los cuidados permanentes y cotidianos de tipo biopsicosocial necesarios para mantener la vida. Estos cuidados son proporcionados y aprendidos en el proceso de socialización y deben ser asumidos por cada persona a medida que adquiere mayores niveles de autonomía frente a la vida”⁸. Los cuidados de curación constituyen todos los cuidados de tipo terapéutico.

La medicina, en la creación de su concepto de cuidado y autocuidado, se basa en curar la enfermedad y no en cuidar la salud, separando el cuerpo del espíritu, reemplazando el cuidar por el tratar; a partir de este momento se confunden los conceptos de promoción y prevención, llegando a formular programas tendientes a prevenir problemas crónicos fundamentados solamente en el proceso de las enfermedades y dejando de lado el carácter integral de las personas, basándose en la educación que se convierte en un acumulo de mensajes de prohibición, de advertencia e incluso hasta de regaño.

En conclusión, la promoción hace énfasis en la optimización del estado de bienestar, entendiendo la salud como un camino sin principio ni final, responsabilizando al individuo en la solución de los problemas que afectan su salud; la prevención en cambio, pone su punto de partida en la enfermedad que tiene como límite la muerte.

Las prácticas de autocuidado según Tulia María Uribe J.⁹ se relacionan con la cultura por medio de tres premisas:

⁸ URIBE J., Tulia María. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud En : <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>

⁹ URIBE J., Op. cit.

- Los comportamientos se arraigan en creencias y tradiciones culturales, las cuales no se reemplazan fácilmente por nuevos comportamientos, las personas tienen su forma de interpretar y justificar los diferentes acontecimientos de base científica actuando de determinada forma según ese trasfondo.

- La existencia de las paradojas comportamentales, definidas como los comportamientos nocivos de personas con conocimientos saludables. La vida cotidiana muestra que las personas tienen más tendencia y motivación hacia la enfermedad que hacia la salud, al considerar que tienen problemas solo cuando se sienten enfermas; a veces los fenómenos son culturalmente aceptados y no se ven como riesgos para la salud.

- Socialización estereotipada de acuerdo con el sexo; la división sexual en el trabajo y en la cultura ha creado diferentes formas de cuidar. Al hombre se le ha encargado los aspectos relacionados con la fuerza física como la caza, la pesca y la guerra, mientras que a la mujer se atribuye todo lo que da vida y por consiguiente se considera innato su papel de cuidadora. Dicha división marca las actitudes de hombres y mujeres respecto del cuidado de su cuerpo y su salud, al hombre se le impide la manifestación de su afecto generando en él conductas violentas y dominantes; la mujer al asumir el rol de cuidadora se ha dedicado al cuidado de los demás sobre el de sí misma, generando en ella deterioro de su autoconcepto, autonomía y autoestima.

Todo lo descrito anteriormente evidencia la necesidad de repensar el énfasis, el enfoque y las direccionalidades dadas por el sistema de salud a la promoción del autocuidado retomando aspectos importantes que permitan la promoción de un autocuidado con rostro humano. Surge así el interrogante de Cómo hacerlo.

Según Tulia María Uribe J. se debe comenzar en primer lugar por conceptualizar el autocuidado dentro de un enfoque integral y humano. Toda persona para ser, tener, hacer y estar necesita la satisfacción y potenciación en condiciones de equidad de satisfactores que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad. Estos satisfactores están relacionados con los valores, los recursos, las costumbres, los derechos, las prácticas personales y sociales, los hábitos, las creencias, el entorno vital y social y los atributos del ser como son: libertad, creatividad, dignidad, solidaridad, identidad, autonomía, integridad, fraternidad y equidad; todo esto dentro de un marco de respeto mutuo y relaciones creativas y complementarias para que esa fuerza sincrónica, interna de organización y de interconexión del intelecto, el cuerpo y el espíritu llamado vida, funcione adecuadamente.

Para conceptualizar el autocuidado es pertinente retomar el concepto de cuidado de Colliere F: acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables para la vida, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona. O sea, cuidar es un acto individual que cada persona se da a sí mismo cuando adquiere autonomía, pero a su vez es un acto de reciprocidad que tiende a darse a cualquier persona que temporal o definitivamente no

está en capacidad de asumir sus necesidades vitales y requiere ayuda.

En segundo lugar, Tulia María Uribe J. propone establecer los principios y las condiciones que se deben tener en cuenta en la promoción del autocuidado:

- Es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.
- Debe ser una filosofía de vida y una responsabilidad individual íntimamente ligada a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas, pero a su vez debe estar fundamentado en un sistema de apoyo formal e informal como es el sistema social y el de salud.
- Es una práctica social que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y que da lugar a intercambios y relaciones interindividuales.

Para que las personas asuman el autocuidado como una práctica cotidiana de vida y salud, es necesario incluir en su promoción las siguientes estrategias:

- Desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud. Por otro lado, al potenciar la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral.
- Involucrar el diálogo de saberes, el cual permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas mediante el descubrimiento y entendimiento de su racionalidad, sentido y significado, para poder articularlo con la lógica científica y recomponer una visión esclarecida de la enfermedad y de la salud que se traduzca en comportamientos saludables.
- Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimiento, actitudes y prácticas, y configurar propuestas de acción y capacitación que hagan viable la armonía entre cognición y comportamientos.
- Los agentes de salud deben asumir el autocuidado como una vivencia cotidiana, pues al vivir saludablemente, la promoción del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud viva con bienestar se estará en condiciones de promocionar la salud de los demás.

- Contextualizar el autocuidado, es decir una direccionalidad de acuerdo con las características de género, etnia y ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes.
- Generar procesos participativos; la promoción del autocuidado debe incluir participación más activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso mutuo sobre su propia salud de las personas que ofrecen los servicios de salud y quienes lo reciben.

El autocuidado significa aprender a participar de la sociedad, de su dinámica, de sus características y condiciones específicas en un momento determinado, y a tomar posiciones frente a las demandas sociales. Los conocimientos aprendidos a través de la socialización sustentan el pensamiento cotidiano, la construcción de alternativas, las motivaciones, las acciones y decisiones del diario vivir.

- El agente de salud debe buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente de las diferentes situaciones de la vida y la salud con lo cual identificar prácticas de autocuidado favorables, desfavorables e inocuas y promover, mediante un proceso educativo de reflexión-acción, un regreso a la práctica para transformarla.

5.2. COMPONENTES DE LA PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

- “La multidimensionalidad e integralidad: Se trata de aceptar que el ser humano es un todo que integra las tres dimensiones: física, mental y emocional.
- La individualidad y la colectividad: Se hace promoción y prevención en individuos y en colectivos.
- El contexto y la multicausalidad: El individuo y los colectivos humanos tienen diferentes contextos: el ambiental, el económico, el político y el cultural, en un tiempo y espacio determinado. Los riesgos y causas de enfermar, morir o tener un deterioro en la vida, dependen en un alto porcentaje de las relaciones y el tipo de contexto que se tengan. Cuando se determinan los riesgos, las causas y las posibles consecuencias se puede actuar estratégicamente en prevención y cuando se identifican las condiciones y factores protectores para la vida, se puede actuar en promoción.

- Lo relacional: Los individuos y colectivos están en permanentes relaciones con el contexto y con otros seres. Hay relación de inclusión o exclusión de calidad o no, de dominio, de sumisión, de reciprocidad y democráticas entre otras. El tipo y calidad de las relaciones determinan en gran medida las condiciones mentales, emocionales y afectivas de individuos y colectivos.
- El tiempo/espacio: Sirven a la promoción y prevención para indicar las acciones oportunas, adecuadas y sustentables. Cuando se hace prevención se busca evitar el evento negativo. Las acciones de promoción se deben hacer oportunamente protegiendo todo aquello que favorece la vida digna.
- Lo estatal e institucional: Las políticas públicas estatales y el comportamiento institucional definen en gran medida recursos, programas, acciones y cobertura y calidad. El papel que jueguen puede actuar ya sea como factor de riesgo o como condición protectora para la vida digna¹⁰.

5.3 TEORÍA GENERAL DEL DEFICIT DEL AUTOCUIDADO

Muchos artículos documentan la utilización de la teoría del Autocuidado como base del ejercicio de la profesión de Enfermería.

Dorothea E. Orem tuvo una intuición acerca de por qué los individuos necesitan la ayuda de Enfermería y pueden ser ayudados a través de ella. Considera su teoría sobre el déficit de autocuidado como una teoría general, constituida por 3 teorías relacionadas:

La teoría del autocuidado.

La teoría del déficit de autocuidado.

La teoría de los sistemas de enfermería.

5.3.1 Teoría Del Autocuidado El autocuidado es una acción propia de las personas maduras o en proceso de maduración la cual han desarrollado a partir de las capacidades para cuidar de sí mismos en sus condiciones ambientales. Tienen como propósito que dicha acción se realice de manera efectiva y eficaz por la propia persona a favor de sí mismo, permitiendo con ello el desarrollo y funcionamiento humano.

A partir de este supuesto se sustenta la teoría de autocuidado que incluye conceptos como el de **agente de autocuidado** que se refiere a cualquier persona que se provee de autocuidado, **el agente de autocuidado dependiente** que es la persona externa que proporciona el cuidado a otro, sin que sea terapéutico y **la agencia de autocuidado terapéutico** en la cual la persona que da el cuidado es el profesional de Enfermería.

Una vez que el individuo ha reconocido sus necesidades, su incapacidad de autocuidado o ambas, se activa la demanda de autocuidado y se hace necesaria la intervención de Enfermería, la cual se ve determinada por los factores condicionantes básicos. La

¹⁰ GARCÍA VARGAS, Mery Constanza. Teorías y Prácticas en Promoción y Prevención. En : La Salud Pública Hoy: enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá: UNAL, 2003. p. 176-177.

intervención implica la valoración de tres aspectos: 1) requisitos de autocuidado universal, 2) requisitos del desarrollo y 3) requisitos de autocuidado en la desviación de la salud.

Se entiende como factores condicionantes básicos a las características que afectan la capacidad de autocuidado del individuo o al tipo y cantidad de cuidado requerido, y son: la edad, el sexo, estado de desarrollo, el estado de salud, la orientación sociocultural, disponibilidad y adecuación de los recursos, factores del sistema familiar, patrón de vida y factores ambientales.

Los requisitos de autocuidado universal representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas del individuo, que mantienen la estructura y funcionamiento humano:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales.

Los requisitos de desarrollo son las expresiones más específicas y particulares de la persona que se derivan de una condición (por ejemplo el embarazo) o están asociados a un acontecimiento de la vida (por ejemplo la muerte) y de estos hay dos grupos. Los primeros son los que apoyan los procesos vitales, promueven el desarrollo y la maduración y previenen efectos negativos(vida intrauterina, vida neonatal, lactancia, infancia, adolescencia, adulto joven, adulto, y embarazo), los segundos son los que mitigan o superan efectos negativos reales o potenciales (privación educacional, problemas de adaptación social, pérdidas de familiares amigos o colaboradores, pérdida del trabajo, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición social o económica, mala salud, condiciones de vida o incapacidad, enfermedad terminal, muerte, peligros ambientales).

Por último los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud son los que existen para personas que están enfermas o lesionadas, que tienen enfermedades específicas incluyendo malformaciones e incapacidades, y además están bajo diagnóstico y tratamiento médico.

5.3.2. Teoría Del Déficit Del Autocuidado “Es el elemento crítico de la teoría tiene su origen en la necesidad propia de saber cómo los seres humanos sometidos a limitaciones

a causa de su salud o relacionada con ella, pueden ocuparse de su autocuidado o del cuidado dependiente. *La teoría del déficit del autocuidado*: es una relación entre la demanda de autocuidados terapéuticos y la acción de autocuidado de las propiedades humanas en la que las aptitudes desarrolladas para el autocuidado que constituyen la acción, no son operativas o adecuadas para conocer e identificar algunos o todos los componentes de la demanda de autocuidado terapéutico existente o previsto.

Esto pone en evidencia, que su teoría del déficit de autocuidado abarca a aquellas personas que requieren una total ayuda del profesional de Enfermería por su incapacidad total para realizar actividades de autocuidado. Pero también valora a aquellas que pueden ser realizadas en conjunto enfermera-persona y aquellas actividades en que puede realizar y debe aprender a realizarlas siempre con alguna ayuda”¹¹.

5.3.3. Teoría De Sistemas En la teoría de sistemas se marcan las pautas que implementan las formas de intervención, en tanto que “refiere una serie continua de acciones cuando los profesionales de Enfermería vinculan su ayuda a las capacidades de las personas para regular sus acciones de autocuidado”. Esta teoría se subdivide en tres sistemas: de apoyo educativo, parcialmente compensatorio y totalmente compensatorio.

APOYO EDUCATIVO	PARCIALMENTE COMPENSATORIO	TOTALMENTE COMPENSATORIO
Realiza el cuidado terapéutico del paciente	Realiza algunas de las medidas de autocuidado por el paciente	Realiza el autocuidado
Compensa la capacidad del paciente para realizar su autocuidado	Compensa las limitaciones del paciente para realizar su autocuidado	Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado.
Apoya y protege al paciente	Ayuda al paciente en lo que necesite	
<i>Dejar hacer al otro.</i>	<i>Hacer con el otro</i>	<i>Hacer por el otro</i>

5.4. PATRONES FUNCIONALES

La valoración es un paso fundamental en la realización del trabajo del profesional de Enfermería, se define como el acto de recoger datos acerca de la persona, el sistema familiar o la comunidad. Es un proceso dinámico, formado por una serie de actos sistemáticos, organizados y deliberados para reunir la mayor cantidad de información. La fase de valoración tiene dos partes básicas: la recolección y el registro de datos. La

¹¹ OREM, Dorothea E. Teoría General de Déficit del Autocuidado. En : www.informed.sld.cu/revistas/enf/vol15-i-99

valoración general según los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, se convierte en la herramienta más valiosa para la recolección de los datos que orientarán el trabajo enfermero. En ésta se consignan los datos biofísicos, psicológicos, socioeconómicos, políticos y espirituales del individuo, para que representen una variedad de factores que influyen en su vida. Se utiliza el término patrón para referirse a algo que se repite en el comportamiento de las personas a través del tiempo, un hecho que sucede una sola vez no se considera un patrón.

Los once patrones que clasifica Gordon son evaluables tanto en personas enfermas como en personas sanas, y se construyen a partir de lo que ellas describen y de lo que la enfermera observa, pero los patrones no son observables. Ningún patrón puede entenderse aisladamente, sujeto y medio funcionan como un todo.

A continuación se hace una descripción general de cada patrón con los lineamientos o parámetros básicos a tener en cuenta para hacer la valoración.

1. **PATRÓN DE PERCEPCIÓN Y MANEJO DE LA SALUD:** describe lo que la persona percibe de su enfermedad o salud, y como se comporta con respecto a la salud, intentando comprender lo que el individuo siente de su propio estado y de lo importante que es para su desarrollo personal, profesional, en sus actividades diarias y planes futuros. Comprende también, los cuidados de salud-enfermedad tales como acciones preventivas, remedios caseros, cumplimiento de prescripciones médicas o de enfermería, alteraciones pasadas del estado de salud, tratamientos e intervenciones realizadas y costumbres nocivas para la salud (cigarrillo, alcohol, etc.).
2. **PATRÓN DE NUTRICIÓN Y METABOLISMO:** describe las costumbres del individuo respecto del consumo de alimentos y líquidos relacionados con sus necesidades metabólicas. Comprende la cantidad de alimentos, tipos, horarios, apetito, preferencias, intolerancias o restricciones y suplementos. Debe incluir datos del estado nutricional como relación peso-talla, aumento o pérdida de peso, temperatura corporal, apariencia general, signos de anemia, condiciones de la piel, lesiones y formas de cicatrización, grado de hidratación y estado de las membranas mucosas, estado de la dentadura, cuero cabelludo y uñas, alteraciones al ingerir alimentos, formas de alimentación, y tipo de dieta que recibe en razón a su estado de salud.
3. **PATRÓN DE ELIMINACIÓN:** describe las formas usuales de la función excretora (intestino, vejiga y piel) y sus características, los elementos usuales para ayudarla, sus alteraciones, ruidos intestinales, otras secreciones, sudoración excesiva, reportes de laboratorio, etc.
4. **PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO:** describe las costumbres o prácticas usuales respecto del ejercicio, la actividad, ocio y recreación. Comprende actividades de la vida diaria, tipo y cantidad de ejercicio o deporte, factores que intervienen en la actividad, valoración de los sistemas cardio-respiratorio, neuromuscular y esquelético.
5. **PATRÓN DE SUEÑO Y DESCANSO:** describe las costumbres de la persona respecto del descanso, sueño y relajación, en cuanto a su calidad y cantidad,

ayudas para dormir, insomnio, pesadillas, factores ambientales, preocupaciones, y respuestas a las alteraciones experimentadas.

6. **PATRÓN COGNOSCITIVO- PERCEPTUAL:** describe las capacidades cognoscitivas funcionales de la parte sensorial: visión, oído, olfato, gusto, tacto. Características del lenguaje, capacidad para aprender y tomar decisiones, memoria, nivel de conciencia, orientación temporo-espacial, capacidad mental, estado de ánimo, percepción del dolor y forma de manejarlo. Valoración física de los órganos de los sentidos, alteraciones e incomodidades de cada uno de ellos.
7. **PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO:** describe la percepción y el concepto de sí mismo, en cuanto a sus capacidades cognoscitivas, afectivas y físicas. Su autoimagen, identidad, cambios de humor repentinos, cómo afecta su estado de salud su rutina en el trabajo, en el hogar, en lo económico y en lo sexual. Describe la participación de la persona en su autocuidado, si acepta ayuda de otros o utiliza medidas compensatorias o prótesis.
8. **PATRÓN DE RELACIÓN CON EL ROL:** define lo que el individuo hace en la familia y la sociedad. Comprende los principales roles y responsabilidades de la vida diaria en el hogar, trabajo, grupo, así como sentimientos de soledad por falta de sistemas de apoyo. Describe la estructura familiar, los problemas familiares y como son manejados, lo que piensa la familia de su situación, la forma de adaptación y la relación con la institución.
9. **PATRÓN REPRODUCTIVO SEXUAL:** refleja la identidad sexual de la persona y su capacidad para expresar su sexualidad, características de su reproducción, menarquia, ciclos, embarazos, hijos, menopausia, trastornos menstruales, alteraciones sexuales, infertilidad, impotencia, uso de anticonceptivos.
10. **PATRÓN DE ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS:** Identificación de tipo e intensidad del estrés que se asocia a la forma de vida de la persona, formas de afrontamiento, tolerancia, mecanismos de defensa y adaptación del individuo y la familia, apoyo de la familia ante la nueva situación.
11. **PATRÓN DE CREENCIAS Y VALORES:** define el sistema de creencias de la persona y la familia, el valor dado a su creencia, normas individuales y sociales, fe, prácticas espirituales usuales como la oración.¹²

¹² DIAZ, Cristina. El proceso de enfermería y su aplicación en el ejercicio profesional. Tunja: U.P.T.C., 1988. p. 35-36.

6. MARCO CONCEPTUAL

La cárcel vista desde fuera, por algunos ciudadanos comunes y corrientes, no evoca más que la idea de terribles hombres y mujeres poseídos por los deseos más malvados y más bajos; puede que se reconozca que están sometidos a una serie de condiciones difíciles, pero en ningún momento (a no ser por una noticia de radio o de televisión relacionada con dicho ámbito) pasa por la mente del hombre o la mujer libre, un sentimiento, una idea, una sensación que siquiera se asimile a la realidad vivida por estos conciudadanos que faltaron a la sociedad y que por tanto son juzgados y condenados por ella.

Se puede afirmar que a través de la historia se comprueba la relación existente entre la sociedad y la cárcel, sin negar que ha cambiado y se ha acomodado a las diferentes épocas, gobiernos y formas de imponer el poder.

En el siglo XVI en Europa todo crimen era castigado con la muerte, no sin antes atormentar el cuerpo del “paciente” con diversa torturas (desprendimiento de los músculos por medio de tenazas, descoyunturamiento amarrando cada una de las extremidades a caballos que tiraban en diferentes direcciones o proporcionar azotes hasta causar una gran llaga sobre la cual se vertía plomo caliente) y en general todo un despliegue de imaginación en la invención y ejecución de los castigos más despiadados; así, el castigo del cuerpo del trasgresor por medio de los suplicios se convertía en espectáculos punitivos para el entretenimiento del pueblo.

La pena no solo es la manera de reprimir los delitos, sino que constituye toda una filosofía del castigo, la cual, de acuerdo con las formas sociales, los sistemas políticos y las creencias, puede ser severa o indulgente, dirigida a la expiación o encaminada a obtener una reparación de la falta, la persecución de los individuos o la asignación de actividades colectivas que enmienden de alguna manera el perjuicio causado. Es por ello que en casi toda Europa durante el surgimiento de la revolución industrial, se implementó en las prisiones, casas de pobres y reformatorios, el trabajo como mecanismo punitivo (la primera parte de la pena en forma individual y los dos últimos tercios en forma colectiva), como medio de enseñanza de un oficio para ejercerlo una vez se recuperara la libertad y se desarrolló una cultura del trabajo como medio de subsistencia, con el agravante que su fin favorecía los intereses de los dueños de las fábricas. La cárcel y la fábrica estrechan sus lazos: el campesino y el artesano salen de sus tierras en busca de oportunidades de empleo en la ciudad, la oferta de mano de obra excede la demanda, lo cual causa mendicidad, delincuencia, etc., ocasionando que la cárcel se llene de estos campesinos y artesanos que terminan trabajando como castigo, sin salario y bajo una serie de duras normas propias de este periodo.

En la segunda mitad del siglo XVIII en Europa, se produce un vuelco total, se pide que “las penas sean moderadas y proporcionales a los delitos, que la muerte no se pronuncie ya sino contra los culpables de asesinato, y que los suplicios que indignan a la humanidad sean abolidos”¹³, es decir, que en este periodo surge la humanización de los castigos, y el delincuente es asumido como un ser humano que ha cometido una falta, y que, sin embargo, merece una oportunidad para rehabilitarse, concientes de que posee sentimientos, pensamientos y valores propios, que no se deshacen a pesar que sus actos los lleven a ser condenado

¹³ FOUCAULT, Michel. Vigilar y Castigar: nacimiento de la prisión. México: siglo XXI, 1985. p. 77.

A la vez que surge dicha sensibilización, surge también el cambio en los delitos: los crímenes violentos y las agresiones físicas son reemplazados por los delitos contra la propiedad. La delincuencia difusa, ocasional, pero frecuente de las clases más pobres se encuentra sustituida por una delincuencia limitada y hábil. En Francia esto se puede atribuir a la creación de un aparato policiaco que impidiendo el desarrollo de una criminalidad organizada y a cielo abierto, la empuja hacia formas más discretas.

Ante el surgimiento de nuevos delitos y tipos de delincuentes fue necesario establecer un código que abarcara todas las prácticas ilícitas y definiera claramente las infracciones, al igual que los castigos para las mismas.

Posteriormente, “el castigo pasa de ser un arte de las sensaciones insoportables a una economía de los derechos suspendidos”¹⁴; como lo menciona Foucault. En el siglo XIX la pena no se centra en castigar el cuerpo del delincuente mediante el sufrimiento, sino el alma, mediante la pérdida de los bienes o los derechos que poseía. El delito pasa de ser un ataque personal al poder del soberano, la fuerza del príncipe, quien debe vengar el daño hecho a su reino, el desorden instaurado, el ejemplo dado mediante el encierro en la prisión (la palabra proviene de príncipe), a una ofensa a la sociedad. Se pretende “hacer del castigo y la represión de los ilegalismos una función regular, coexistiva a la sociedad, no castigar menos sino castigar mejor, castigar con una severidad atenuada quizá, pero para castigar con más universalidad y necesidad, introducir el poder de castigar más profundamente en el cuerpo social”¹⁵. La proporción entre la pena y la calidad del delito está determinada por la influencia que tiene sobre el orden social el pacto que se viola, esta concepción reviste gran importancia en la medida que la influencia del delito en la sociedad es independiente de su atrocidad, un delito horrible y atroz es una rareza, pero una pequeña fechoría o robo es fácil de contagiarse y multiplicarse. Es entendible entonces que lo que se busca con la pena es causar un daño que exceda el beneficio obtenido mediante el crimen, la sola idea de este daño será suficiente para evitar nuevos delitos, allí se gestó la corriente que afirma que la esclavitud eterna es mejor que la pena de muerte, pues la tortura se da en pequeñas cuotas a lo largo de la vida, en vez de un fin repentino y casi privado de sufrimiento; así, la primera deja mayor ejemplo al pueblo.

Es también durante este siglo donde nace el concepto de “presunción de inocencia” del delincuente hasta que no se compruebe el delito, hasta el momento, siempre el delincuente era encontrado culpable, y si las pruebas no eran lo suficientemente contundentes se recurría a la tortura, para que él las completara mediante la confesión.

Muchos pensadores se dedicaron a buscar el mecanismo correcto para el tratamiento de delitos y delincuente, del diseño de la prisión ideal, del estudio del objetivo de las penas, etc., sin duda alguna una de las ideas más impactantes de la época fue: “un déspota imbécil puede obligar a unos esclavos con unas cadenas de hierro, pero un verdadero político ata mucho más fuertemente por la cadena de sus propias ideas” [...] y sobre las flojas fibras del cerebro se asienta la base inquebrantable de los imperios más sólidos.”¹⁶ Se pone de manifiesto la nueva forma de manejar el poder de castigar, el objetivo era lograr que en la mente de cada ciudadano se formara la terrorífica idea de lo

¹⁴ *Ibíd.* p. 18.

¹⁵ *Ibíd.* p. 86.

¹⁶ FOUCAULT, Michel. *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: siglo XXI, 1985. p. 107.

que le sucedería al cometer un delito, ya no se requeriría el espectáculo de tortura pública para desistir de todo intento de delinquir, cada cual tendría la plena seguridad sin necesidad de ver, que dentro de la prisión el delincuente estaba recibiendo su merecido.

Una vez en la cárcel el delincuente era obligado a trabajar, pues se consideraba el mejor medio de castigarlo, “contra una mala pasión una buena costumbre, contra una fuerza otra fuerza”, se decía. La pena debía ser limitada, una pena que no tuviera término sería contradictoria, ya que de nada servirían todas las coacciones que se imponen al condenado con el fin de volverlo virtuoso, no podría jamás aprovecharse, el esfuerzo hecho para reformarlo sería trabajo y costo perdidos por parte de la sociedad, por lo cual se afirmaba que “si hay incorregibles es preciso decidirse a eliminarlos”¹⁷

Se manifestaba también que “el ideal sería que el condenado apareciera como una especie de propiedad rentable: un esclavo puesto al servicio de todos”¹⁸ esto se lograría mediante el trabajo en las calles, arreglando caminos, etc. con el fin de reparar en algo la pérdida que le ha causado a la sociedad. Hacer de la pena un libro de lectura público. Le Peletier (citado por Foucault en su libro “Vigilar y Castigar”), proponía que una vez al mes, el pueblo pudiera visitar a los condenados, en cuya celda estará escrito nombre, castigo y sentencia, además se conducirá a los hombres y jóvenes para que vean las sentencias de los presos en las minas. Se evidencia una metodología innovadora, la idea de un encierro penal es criticada por muchos reformadores, por que está desprovista de efectos sobre el público, es inútil a la sociedad, e incluso perjudicial, pues resulta costoso, mantiene a los condenados en la ociosidad y multiplica sus vicios. Además el cumplimiento de tal pena es difícil de controlar y se corre el peligro de exponer los detenidos a la arbitrariedad de sus guardianes.

El privar a un hombre de su libertad y vigilarlo en la prisión es un ejercicio de tiranía, en vez de esto se debe tratar de hacer todo lo posible por “atraer al bien y apartar del mal”, un claro ejemplo de ello fue el Rasphuis de Ámsterdam (citado por Foucault en su libro “Vigilar y Castigar”), donde se trató de implementar la pedagogía universal del trabajo, convertir al *homo criminallis* en *homo oeconomicus*. En este sentido, la celda era una idea de los monasterios católicos que se dedicó a la recuperación del *homo oeconomicus* y su conciencia religiosa; en medio de la soledad y la reflexión, se suministraban Biblias y las personas que podían servir de edificación irían a visitarlos, la cárcel se convierte en una máquina de modificar los espíritus, no se pretende hacer justicia por el delito (la justicia la hará Dios) sino evitar que éste se replique.

Acercándose más a la situación actual, Alan Parker ilustra en su película “Expreso de Media Noche” la presencia de incongruencias entre el delito y la pena, además de la experiencia del protagonista al estar preso en un lugar alejado de su hogar quedando en completo abandono y a merced del abuso de autoridad, de la tortura y de condiciones de salud deplorables; que lo llevan a un nivel tal de desespero que ocasiona su demencia.

En “Sueños de fuga”, otra cinta contemporánea, Frank Darabont plasma a lo largo de una interesante trama, una mezcla de sentimientos de compañerismo, amistad, esperanza y deseos de superación personal y colectiva. La vivencia del protagonista refleja la situación que experimentan algunos internos de nuestro medio, quienes

¹⁷ Ibíd. p. 111

¹⁸ Ibíd. p. 113

manifiestan una reclusión injusta, y de muchos otros con quienes al dialogar es imposible no quebrantar hasta las últimas fibras del alma, no sólo por conocer su genuino arrepentimiento, sino por explorar un sin número de cualidades que se pensarían inexistentes en ésta población; simultáneamente se presenta la ambigüedad entre los aspectos positivos y negativos de la cárcel: por un lado la existencia de condiciones de reclusión adecuadas, comparables con las descritas en la declaración universal de los derechos humanos de la ONU, en su aparte **Principios básicos para el tratamiento de los reclusos**¹⁹, y por otro lado los errores de la justicia al condenar personas inocentes, el abuso de poder por parte de las autoridades que defienden la ley, la corrupción, la falsa moral que hay en el medio y la exposición a tratos crueles y degradantes.

Para el caso Colombiano la información más reciente que existe sobre el origen del sistema de prisiones data de 1906, época en que se organizó la primera colonia penal del país. Ocho años más tarde, en 1914, se creó la Dirección General de Prisiones y se trazaron las primeras normas de operación de la cárcel como medio de sanción social. La versión más conocida que se tiene de la cárcel de mediados de siglo es el panóptico, un sistema de prisión que permitía el control de detenidos desde una torre central y que funcionó en las ciudades de Tunja (ayer convento Agustiniiano, hoy casa museo y biblioteca Alfonso Patiño Rosselli) y Bogotá hasta la década de los cuarenta.

En la capital del país, el panóptico operó en lo que hoy son las instalaciones del Museo Nacional. Hasta 1940 la entidad contó con las secciones Directiva, Personal y Administrativa y, previendo su crecimiento institucional, se convirtió en Departamento del Ministerio de Justicia, con el nombre de "División General de Establecimientos de Detención Penas y Medidas de Seguridad". Luego, en la década de los sesenta, la entidad se convirtió nuevamente en Dirección General de Prisiones y quedó adscrita al Ministerio de Justicia.

A partir de entonces las cárceles colombianas han tenido un desarrollo regular, mientras que las condiciones sociales que generan el delito han aumentado, se han expedido nuevas leyes para combatir el crimen y las dificultades del sistema judicial han crecido, factores que han incidido en el crecimiento sistemático de detenidos en Colombia. En 1993 se aprobó la ley 65 o Código Penitenciario que, en adelante, regularía el funcionamiento y operación de las prisiones colombianas. Esta legislación permitió unificar criterios sobre el sistema carcelario colombiano hasta hoy.

Ante la necesidad de modernizar el sistema carcelario colombiano, el 30 de diciembre de 1992 se creó el Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC) en reemplazo de la Dirección General de Prisiones. El propósito de este cambio institucional fue la formulación de una política carcelaria lógica y coherente con énfasis en la humanización y la resocialización. Así, la entonces Dirección General de Prisiones se fusionó con el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia.

El INPEC nace entonces como una alternativa de cambio para agilizar los procesos de ampliación y mejoramiento de servicios en las cárceles del país.

Las funciones que venía desarrollando el Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia y

¹⁹ PRINCIPIOS BÁSICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LOS RECLUSOS. En : www.un.org/spanish/

del Derecho fueron asumidas por la Subdirección de Construcciones. Hoy el INPEC tiene el control sobre 169 establecimientos: diez penitenciarías, 23 cárceles de distrito, 1 colonia penal, 10 reclusiones de mujeres y 125 cárceles de circuito. El manejo del sistema carcelario en cuanto a políticas y estrategias de desarrollo se efectúa a través de seis regionales que abarcan el total de establecimientos en todo el país.

7. MARCO DE REFERENCIA

7.1. ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD CARCELARIA EN COLOMBIA Y SU SITUACIÓN DE SALUD. INFORME: MISIÓN INTERNACIONAL DERECHOS HUMANOS Y SITUACIÓN CARCELARIA “CENTROS DE RECLUSIÓN EN COLOMBIA *UN ESTADO DE COSAS INCONSTITUCIONAL Y DE FLAGRANTE VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS*²⁰”

[...] Las cárceles colombianas se caracterizan por el hacinamiento, las graves deficiencias en materia de servicios públicos y asistenciales, el imperio de la violencia, la extorsión y la corrupción, y la carencia de oportunidades y medios para la resocialización de los reclusos. Razón le asiste a la Defensoría del Pueblo cuando concluye que las cárceles se han convertido en meros depósitos de personas. Esta situación se ajusta plenamente a la **definición del estado de cosas inconstitucional**. Y de allí se deduce una **flagrante violación de un abanico de derechos fundamentales** de los internos en los centros penitenciarios colombianos, tales como la dignidad, la vida e integridad personal, los derechos a la familia, a la salud, al trabajo y a la presunción de inocencia, etc. [...]

En efecto, tanto **el derecho a la dignidad como el de no recibir tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes se ven quebrantados** por el hacinamiento y las malas condiciones de la estructura física y de servicios públicos que se encuentra en los centros de reclusión; los derechos a la vida y la integridad física son vulnerados o amenazados de manera inminente por el mismo hacinamiento, por la mixtura de todas las categorías de reclusos y por la carencia de los efectivos de guardia requeridos; el derecho a la familia es quebrantado por la superpoblación carcelaria y las deficiencias administrativas, condiciones éstas que implican que los visitantes de los reclusos han de soportar prolongadas esperas, bajo las inclemencias del clima, para poder ingresar al centro, y que dificultan en grado extremo las visitas conyugales y familiares; el derecho a la salud se conculca dadas las carencias infraestructurales de las áreas sanitarias, la congestión carcelaria, la deficiencia de los servicios de agua y alcantarillado y la escasez de guardia para cumplir con las remisiones a los centros hospitalarios; los derechos al trabajo y a la educación son violados, como quiera que un altísimo porcentaje de los reclusos no obtiene oportunidades de trabajo o de educación y que el acceso a éstos derechos está condicionado por la extorsión y la corrupción; el derecho a la presunción de inocencia se quebranta en la medida en que se mezcla a los sindicados

²⁰ ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS. Antecedentes de la comunidad carcelaria en Colombia y su situación de salud. En: Informe misión internacional derechos humanos y situación carcelaria “centros de reclusión en Colombia un estado de cosas inconstitucional y flagrante violación de derechos humanos”. Bogotá, 2001.

con los condenados y en que no se establecen condiciones especiales, más benévolas, para la reclusión de los primeros, etc. [...]

Derecho a la salud: La Misión constató graves deficiencias en materia de sanidad y servicios de salud en todas las cárceles y penitenciarías visitadas, incluyendo problemas de insalubridad e inadecuada atención médica que con frecuencia impiden responder a las necesidades básicas de salud de los internos y obstaculizan o impiden una respuesta adecuada a la situación precaria de salud generada por el hacinamiento y la insalubridad.

Por ejemplo, la Misión constató que las deficiencias de sanitarios y el suministro irregular de agua, así como la baja calidad de esta para el consumo humano, afectan a la mayoría de los establecimientos carcelarios y penitenciarios del país. La Misión nota con grave preocupación la frecuente falta de atención y respuesta adecuada por parte de las autoridades del INPEC a las numerosas y fundamentadas denuncias de graves deficiencias sanitarias en los establecimientos bajo su responsabilidad. Por ejemplo, la alcaldía de Bucaramanga denunció, tras una inspección a la cárcel de Distrito Judicial Modelo de dicha ciudad, que varios pabellones e instalaciones del mismo, incluyendo la enfermería, presentan serias deficiencias sanitarias e incluso ordenó, a mediados de octubre de 2001, el cierre sanitario del pabellón o comunidad 3 de dicho establecimiento. La Misión constató, durante su visita a dicho centro, el 16 de octubre, la persistencia de las condiciones denunciadas y el incumplimiento de dicha orden. Cabe acotar que la Misión considera que las deplorables condiciones sanitarias observadas en dicho centro son similares a las constatadas en casi todos los demás establecimientos visitados por la misma.

La mayoría de los centros carcelarios y penitenciarios carecen de programas de salud preventiva, de prevención y tratamiento de adicciones, de primeros auxilios, de seguridad industrial, de salud ocupacional y de saneamiento ambiental, de acuerdo a la propia Contraloría General de la República, publicados en 1997. En la mayoría de las reclusiones femeninas no existen servicios de ginecología ni pediatría. La Misión constató la persistencia de estas falencias.

La Misión notó además que es habitual que haya sendas demoras en el traslado de pacientes que requieran tratamiento externo o especializado, incluyendo heridos y parturientas y que no se cumple con la dotación de medicamentos suficientes, apropiados y adecuados. Esta situación afecta, según la Defensoría del Pueblo, a la mayoría de los centros carcelarios y penitenciarios del país. La Misión pudo constatar la veracidad y extensión de este problema.

Efectivamente, en absolutamente todos los centros carcelarios y penitenciarios visitados la Misión recogió fundadas quejas por parte de los internos sobre largas demoras en la prestación de servicios médicos, incluyendo las remisiones para la atención médica especializada. La Misión constató la vigencia de esta situación aún en el caso de un oneroso establecimiento de alta seguridad, inaugurado tan solo escasos días antes de la visita de la delegación y cuyo servicio médico ya era, sin embargo, marcadamente ineficiente, insuficiente e inadecuado, incluyendo la falta de debida asistencia laboral del personal responsable, como pudo comprobar la delegación al examinar el libro de registros correspondiente.

En tal sentido, la Misión llegó a constatar la prevalencia de situaciones como las que dieron lugar a las sentencias T-606 y T-607 de la Corte Constitucional, ambas de octubre de 1998, las cuales confirmaron graves deficiencias en la prestación de servicios de salud a las personas privadas de libertad en Colombia, incluyendo un estado de cosas inconstitucional en los centros carcelarios y penitenciarios en virtud de la falta de adecuada atención médica y suministro de medicamentos a los internos que los requieren, aunado a la falta de un adecuado sistema de seguridad social de salud en los centros carcelarios y penitenciarios del país.

La Misión también notó la falta generalizada de cumplimiento de las normas que obligan la realización de un examen médico de los internos al ingreso de los penales.

Conclusiones y recomendaciones: La Misión concluye que el derecho a la salud de las personas privadas de libertad se viola de manera generalizada y sistemática en las cárceles y penitenciarías de Colombia.

Por ello:

-El Estado colombiano debe cumplir de manera inmediata y efectiva con sus obligaciones en la materia, comenzando por el cumplimiento sin dilaciones de las Sentencias T-522/92, T-530/99, T-606/98 y T-607/98 de la Corte Constitucional, en las cuales se considera inexcusable la falta de prestación de servicios médicos y medicamentos necesarios, expeditos, oportunos y suficientes, se ordena su prestación y suministro a los internos que lo requieran y se ordena asimismo la implementación de un sistema de seguridad social en salud para todas las personas privadas de libertad, sindicadas y condenadas en Colombia.

-El Estado colombiano, mediante las instituciones directamente responsables, deberá también dar inmediato cumplimiento a las Sentencias T-535/98 y T-502/94 de la Corte Constitucional, las cuales ordenan garantizar normas y niveles adecuados de higiene y sanidad en los centros de reclusión y proteger la salud de enfermos de enfermedades debilitantes como el SIDA, respectivamente. Ambas sentencias tampoco se han cumplido hasta la fecha.

En virtud de la situación de incumplimiento de las sentencias arriba mencionadas por parte de las autoridades directamente responsables (Ministerio de Justicia y del Derecho, el INPEC y el Ministerio de Salud), con las graves consecuencias que acarrea, incluyendo la vulneración de las obligaciones del Estado colombiano en materia de salvaguarda y protección de los derechos humanos de sus ciudadanos, deberá asegurarse un monitoreo independiente y efectivo de su efectivo cumplimiento y deberá sancionarse administrativa y/o penalmente a todo funcionario y/o a las autoridades responsables de tal incumplimiento.

A la par de lo anterior el Estado deberá desarrollar una política multisectorial, a mediano y largo plazo, que incluya principalmente a los Ministerios de Justicia y del Derecho y al de Salud, al INPEC, *la Universidad**, a la sociedad civil y a la empresa privada, a fin de priorizar la atención del sector salud en las cárceles y penitenciarías,

* El texto se subraya por interés de las investigadoras

mediante el apoyo a programas e iniciativas para mejorar la calidad de la atención médica primaria (preventiva), secundaria y terciaria, incluyendo programas especiales sobre enfermedades prevenibles e infecto-contagiosas (Tuberculosis y VIH/SIDA).

8. MARCO INSTITUCIONAL INSTITUTO NACIONAL PENITENCIARIO Y CARCELARIO, INPEC.

8.1. OBJETIVOS INSTITUCIONALES

- Ejecutar y desarrollar la política carcelaria y penitenciaria dentro de los lineamientos establecidos por el Gobierno Nacional y la Constitución Política.
- Hacer cumplir las medidas de aseguramiento, las penas privativas de la libertad y las medidas de seguridad que establezcan las autoridades judiciales.
- Diseñar y ejecutar programas de resocialización, rehabilitación y reinserción a la sociedad, para los internos de los establecimientos carcelarios y penitenciarios
- Diseñar y establecer los mecanismos necesarios de control de los programas de resocialización de los internos a la sociedad. (Art. 3 Decreto 2160 de 1992).

El Establecimiento Carcelario del Municipio de Tunja fue creado mediante Resolución 04659 del 27 de Diciembre de 2001. El municipio de Tunja mediante Acuerdo 005 de 1986 expedido por el Consejo Municipal cedió a título de donación al Fondo Rotatorio del Ministerio de Justicia el lote donde hoy funciona el establecimiento. A partir del 15 de Marzo de 2002 funciona con el INPEC.

Según la clasificación de los establecimientos de reclusión mencionada en el Código Penitenciario y Carcelario, Art. 20 a 28 (ver anexo No A), se clasifica como cárcel, la cual es un establecimiento de detención preventiva, previsto exclusivamente para retención y vigilancia de sindicados.

8.2. NORMATIVIDAD: CODIGO NACIONAL PENITENCIARIO. Ley 65 de 1993.

Artículo 5º.Respeto a la dignidad humana. En los establecimientos de reclusión prevalecerá el respeto a la dignidad humana, a las garantías constitucionales y a los

derechos humanos universalmente reconocidos. Se prohíbe toda forma de violencia síquica, física o moral.

Artículo 9º. Funciones y finalidad de la pena y de las medidas de seguridad. La pena tiene función protectora y preventiva, pero su fin fundamental es la resocialización. Las medidas de seguridad persiguen fines de curación, tutela y rehabilitación.

Artículo 17º. Cárceles departamentales y municipales. Corresponde a los departamentos, municipios, áreas metropolitanas y al distrito capital de Santafé de Bogotá, la creación, fusión o supervisión, dirección y organización, administración, sostenimiento y vigilancia de las cárceles para las personas detenidas preventivamente y condenadas por contravenciones que indiquen privación de la libertad, por orden de autoridad policiva.

El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario ejercerá la inspección y vigilancia de las cárceles de las entidades territoriales.

En los presupuestos municipales y departamentales, se incluirán las partidas necesarias para los gastos de sus cárceles, como pagos de empleados, raciones de presos, vigilancia de los mismos, gastos de remisiones y viáticos, materiales y suministros, compra de equipos y demás servicios.

Artículo 52º. Reglamento general. El INPEC expedirá el reglamento general, al cual se sujetarán los respectivos reglamentos internos de los diferentes establecimientos de reclusión.

Este reglamento contendrá los principios contenidos en éste código, en los convenios y en los tratados internacionales suscritos y ratificados por Colombia.

Establecerá, así mismo, por lo menos, las normas aplicables en materia de clasificación de internos por categorías, consejos de disciplina, comités de internos, juntas para distribución y adjudicación de patios y celdas, visitas, “la orden del día” y de servicios, locales destinados a los reclusos, higiene personal, vestuario, camas, elementos de dotación de celdas, alimentación, ejercicios físicos, servicios de salud, disciplina y sanciones, medios de coerción, contacto con el mundo exterior, trabajo, educación y recreación de los reclusos, debe pasarse lista por lo menos dos veces al día en forma ordenada. Uso y respeto de los símbolos penitenciarios.

Artículo 58º. Derecho de petición, información y queja. Todo interno recibirá a su ingreso, información apropiada sobre el régimen del establecimiento de reclusión, sus derechos y deberes, las normas disciplinarias y los procedimientos para formular peticiones y quejas.

Ningún interno desempeñará función alguna que implique el ejercicio de facultades disciplinarias, de administración o de custodia y vigilancia.

Artículo 61°. Examen de ingreso. Al momento de ingresar un sindicado al centro de reclusión, se le abrirá el correspondiente prontuario y deberá ser sometido a examen médico, con el fin de verificar su estado físico para la elaboración de la ficha médica correspondiente. Si el sindicado se encontrare herido o lesionado será informado de este hecho el funcionario de conocimiento. En caso de padecer enfermedad infectocontagiosa será aislado. Cuando se advierta anomalía psíquica se ordenará inmediatamente su ubicación en sitio especial y se comunicará de inmediato, al funcionario de conocimiento, para que ordene el examen por los médicos legistas y se proceda de conformidad.

Artículo 63°. Clasificación de internos. Los internos en los centros de reclusión, serán separados por categorías, atendiendo a su sexo, edad, naturaleza del hecho punible, personalidad, antecedentes y condiciones de salud física y mental. Los detenidos estarán separados de los condenados, de acuerdo a su fase de tratamiento; los hombres de las mujeres, los primarios de los reincidentes, los jóvenes de los adultos, los enfermos de los que puedan someterse al régimen normal.

La clasificación de los internos por categorías, se hará por las mismas juntas de distribución de patios y asignación de celdas y para estos efectos se considerarán no solo las pautas aquí expresadas, sino la personalidad del sujeto, sus antecedentes y conducta.

Artículo 64°. Celdas y dormitorios. Las celdas y dormitorios permanecerán en estado de limpieza y de aireación. Estarán amoblados con lo estrictamente indispensable, permitiéndose solamente los elementos señalados en el reglamento general. Los dormitorios comunes y las celdas, estarán cerrados durante el día en los términos que establezca el reglamento. Los internos pasarán a aquellos, a la hora de recogerse y no se permitirán conductas y ruidos o voces que perturben el reposo.

La limpieza del establecimiento estará a cargo de los internos. En el reglamento se organizará la forma de prestarse este servicio por turnos y de manera que a todos corresponda hacerlo. El aseo del alojamiento individual y su conservación en estado de servicio, será responsabilidad del interno que lo ocupa. Las labores aquí enunciadas, no forman parte del régimen ocupacional para la redención de la pena.

Artículo 67°. Provisión de alimentos y elementos. El Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario tendrá a su cargo la alimentación de los internos y la dotación de elementos y equipos de: trabajo, sanidad, didácticos, deportivos, de recreación y vestuario para condenados y todos los recursos materiales necesarios para la correcta marcha de los establecimientos de reclusión.

Los detenidos a juicio del consejo de disciplina podrán proporcionarse a su cargo la alimentación, sujetándose a las normas de seguridad y disciplina previstas en el reglamento general e interno.

Artículo 68°. Políticas y planes de provisión alimentaria. La Dirección General de

INPEC fijará las políticas y planes de provisión alimentaria que podrá ser por administración directa o por contratos con particulares. 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. Los internos comerán sentados en mesas decentemente dispuestas. La prescripción médica, la naturaleza del trabajo, el clima y hasta donde sea posible, las condiciones del interno, se tendrán en cuenta para casos especiales de alimentación.

Artículo 69°. Expendio de artículos de primera necesidad. La dirección de cada centro de reclusión organizará por cuenta de la administración, el expendio de artículos de primera necesidad y uso personal para los detenidos y condenados.

Está prohibida la venta y consumo de bebidas alcohólicas.

En ningún caso se podrá establecer expendios como negocio propio de los internos o de los empleados.

El INPEC fijará los criterios para la financiación de las cajas especiales.

Artículo 79°. Obligatoriedad del trabajo. El trabajo en los establecimientos de reclusión es obligatorio para los condenados como medio terapéutico adecuado a los fines de la resocialización. No tendrá carácter afflictivo ni podrá ser aplicado como sanción disciplinaria. Se organizará atendiendo las aptitudes y capacidades de los internos, permitiéndoles dentro de lo posible escoger entre las diferentes opciones existentes en el centro de reclusión. Debe estar previamente reglamentado por la Dirección General del Instituto Penitenciario y Carcelario. Sus productos serán comercializados.

Artículo 94°. Educación. La educación al igual que el trabajo constituye la base fundamental de la resocialización. En las penitenciarías y cárceles de distrito Judicial habrá centros educativos para el desarrollo de programas de educación permanente, como medio de instrucción o tratamiento penitenciario, que podrán ir desde la alfabetización hasta programas de instrucción superior. La educación impartida deberá tener en cuenta los métodos pedagógicos propios del sistema penitenciario, el cual enseñará y afirmará en el interno, el conocimiento y respeto de los valores humanos, de las instituciones públicas y sociales, de las leyes y normas de convivencia ciudadana y el desarrollo de su sentido moral.

En los demás establecimientos de reclusión se organizarán actividades educativas y de instrucción, según las capacidades de la planta física y de personal, obteniendo de todos modos, el concurso de las entidades culturales y educativas.

Las instituciones de educación superior de carácter oficial prestarán un apoyo especial y celebrarán convenios con las penitenciarías y cárceles de distrito judicial, para que los centros educativos se conviertan en centros regionales de educación superior abierta y a distancia (CREAD), con el fin de ofrecer programas previa autorización de ICFES. Estos programas conducirán al otorgamiento de títulos en educación superior.

Los internos analfabetos asistirán obligatoriamente a las horas de instrucción, organizadas para este fin.

En las penitenciarías, colonias y cárceles de distrito judicial, se organizarán sendas bibliotecas. Igualmente en el resto de centros de reclusión se promoverá y estimulará entre los internos, por los medios más indicados, el ejercicio de la lectura.

Artículo 104°. Servicio de sanidad. En cada establecimiento se organizará un servicio de sanidad para velar por la salud de los internos, examinándolos obligatoriamente a su ingreso de reclusión y cuando se decreta su libertad; además, adelantará campañas de prevención e higiene, supervisará la alimentación suministrada y las condiciones de higiene laboral y ambiental.

Los servicios de sanidad y salud podrán prestarse directamente a través de personal de planta o mediante contratos que se celebren con entidades públicas o privadas.

Artículo 105°. Servicio médico penitenciario y carcelario. El servicio médico penitenciario y carcelario estará integrado por médicos, psicólogos, odontólogos, psiquiatras, terapeutas, enfermeros y auxiliares de enfermería.

9. DISEÑO METODOLÓGICO

AREA: Salud y cuidado de colectivos.

LÍNEA: Salud comunitaria.

SUBLÍNEA: Promoción de la salud

ENFOQUE: Cuantitativo, en la medida que ofrece datos cuyo análisis puede facilitar la toma de decisiones y entorno a ella formular estrategias en cuanto a salud y educación.

METODO: Descriptivo, en el sentido que registra y analiza la naturaleza actual y la composición o proceso de los fenómenos. El método se hace sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona o grupo se conduce o funciona en el presente; en el caso de la presente investigación acerca de las prácticas de autocuidado de la salud de los internos durante su permanencia en el establecimiento carcelario, además de la infraestructura, talento humano y servicios que brinda la institución a dicha población.

UNIVERSO: El 100% de la población interna en el Establecimiento Carcelario del municipio de Tunja (120 internos hasta el 30 de marzo de 2004) y el 100% de los funcionarios del establecimiento carcelario (29 personas).

MUESTRA: El 30% del total de la población de internos (36 internos hombres, no se incluyeron mujeres dado que fueron trasladadas a establecimientos penitenciarios para mujeres) y de los funcionarios del establecimiento carcelario (9 personas).

MUESTREO: La selección de la muestra de internos se hizo por medio del muestreo estratificado, para lo cual se dividió la población de internos en subconjuntos de acuerdo

al ciclo vital así:

Adolescentes (de 18 a 22 años): población 20 internos, muestra 6 internos

Adultos jóvenes (de 23 a 40 años): población 73 internos, muestra 22 internos

Adultos maduros (de 41 a 60): población 27 internos, muestra 8 internos

Es decir, de los diferentes estratos por ciclo vital se tomó el 30% de la población, ésta fue seleccionada de manera intencional de acuerdo a la voluntad de cooperación de los internos y al interés de las investigadoras.

La selección de la muestra de los funcionarios, se realizó de manera intencional con el propósito de incluir personal directivo, administrativo y de cada compañía de guardia de acuerdo al interés de las investigadoras.

9.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

9.1.1 FUENTES

FUENTES PRIMARIAS

- Internos del establecimiento carcelario del municipio de Tunja.
- Funcionarios del establecimiento carcelario del municipio de Tunja.
- Observación directa de la infraestructura, talento humano y servicios prestados, la cual se realizó sin formato guía y se utilizó en el conocimiento y caracterización de la población.

FUENTES SECUNDARIAS

- Registros del establecimiento carcelario del municipio de Tunja (Cuadro de relación de internos – delitos – situación jurídica del 21 de Enero de 2004; Registros de principales motivos de consulta médica año 2003; Control diario de internos por celda.)
- Página Web del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario, INPEC (Población interna en establecimientos de reclusión discriminada por sexo, situación jurídica, departamentos y regionales, Noviembre 2003.)
- Documento: “ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD CARCELARIA EN COLOMBIA Y SU SITUACIÓN DE SALUD. INFORME: MISIÓN INTERNACIONAL DERECHOS HUMANOS Y SITUACIÓN CARCELARIA CENTROS DE RECLUSIÓN EN COLOMBIA *UN ESTADO DE COSAS*

INCONSTITUCIONAL Y DE FLAGRANTE VIOLACIÓN DE DERECHOS HUMANOS

INSTRUMENTOS:

- Encuesta, dirigida a los internos (Ver anexo B).
- Encuesta, dirigida a los funcionarios del establecimiento carcelario (Ver anexo C).

Las encuestas no requerían instructivo debido a que las investigadoras hacían las veces de encuestadoras.

9.2 VARIABLES

- **Prácticas de autocuidado.**
- **Cuidado Institucional.**

9.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Para el diseño de variables se tuvo en cuenta los Patrones Funcionales de Marjory Gordon y los Requisitos de Autocuidado Universal de Dorothea E. Orem (Ver anexo D).

9.4 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La información se procesó mediante el paquete estadístico SPSS. Se hizo uso de la estadística descriptiva con la cual se obtienen: medias, máximos, mínimos, frecuencias, promedios y rangos de las variables.

9.5 ETICA DE LA INVESTIGACIÓN

Para la realización de la presente investigación se informó detalladamente a las directivas de Establecimiento Carcelario del municipio de Tunja, así como a los funcionarios y población interna que constituyeron la muestra, acerca de los fines de la misma, siendo voluntaria su participación.

La información suministrada por el establecimiento carcelario y la recolectada por medio de los instrumentos aplicados a funcionarios e internos del mismo y contenida en el presente documento es utilizada por las investigadoras estrictamente con fines académicos y de investigación, asegurando su completa confidencialidad, por lo tanto no deberá ser reproducida total ni parcialmente.

10. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información será analizada teniendo como eje organizador los once patrones funcionales de M. Gordon, en los cuales se basó la recolección de la misma y por medio de la Teoría General del Déficit de Autocuidado de Dorothea E. Orem, se explicará por qué los internos en el establecimiento carcelario del municipio de Tunja, necesitan y pueden ser ayudados a través de enfermería.

CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

El 17% de la población corresponde a adolescentes finales (18 a 22 años), el 61% a adultos jóvenes (23 a 40 años) y el 22% son adultos maduros (41 a 60 años). Estos datos cobran importancia en la medida que permiten contextualizar el autocuidado, pues como lo menciona Tulia María Uribe, “es necesario dar una direccionalidad de acuerdo con el género y el ciclo vital humano. Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida, con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes”.²¹

El 57% de la población es Boyacense, sin embargo, existen otros lugares de origen como Cundinamarca y Santander (11% cada una), Arauca (6%) y en menor proporción de otros departamentos como Tolima, Antioquia, Meta y Risaralda (3% cada una).

Antes de su reclusión, cerca de la mitad de los internos residía en Boyacá (52%), en los municipios y pueblos circunvecinos a la ciudad de Tunja. Los demás tienen como lugar de residencia a Cundinamarca, Santander, Arauca con 22%, 8% y 6% respectivamente y en menor proporción Casanare, Meta, Tolima y Antioquia con el 3% cada uno.

En cuanto a la escolaridad, el 11% de la población no tiene escolaridad alguna, el 56% cursó la primaria, el 19% bachillerato (en los dos casos estudios incompletos), y una minoría alcanzó estudios técnicos o universitarios (3%).

La unión libre predomina en un 44% de los internos, es más evidente dentro de los adultos jóvenes (57% de los mismos), el 25% son solteros, el 22% casados y el 3% separados, el 6% no responden.

Un dato relevante es que el 58% de la población no se encuentra afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud; cabe resaltar que ningún adolescente cuenta con

²¹ URIBE J., Op. cit.

afiliación al mismo. Del 39% que cuenta con afiliación, la mayoría pertenecen al régimen subsidiado y una minoría al contributivo. El 3% de la población no responden si cuenta o no con afiliación.

PATRON DE PERCEPCION DE LA SALUD-MANEJO DE LA SALUD

El 47% de los reclusos percibe que su salud desde el ingreso a la cárcel ha sido regular, el 14% que ha sido mala y el 39% considera que ha sido buena, dentro de las razones a las cuales aluden su estado de salud se encuentran, escasa atención, mal estar, bajas defensas, demora en la atención, falta de medicamentos, estas ultimas corroboradas por la Misión Internacional de la ONU “Derechos humanos y situación carcelaria en Colombia” la cual confirma graves deficiencias en la prestación de servicios de salud a las personas privadas de libertad en Colombia; otras razones manifestadas por los internos son: animo decaído y mala comida y dormida, siendo los adultos jóvenes quienes enferman y se quejan más a diferencia de los adultos maduros quienes centran sus quejas en dolencias por enfermedades crónicas como artritis, ulcera gástrica y diabetes.

Ante dicha situación el 39% de la población considera que podría mejorar su salud alimentándose mejor, de hecho la mayoría considera que la alimentación es poca y de deficiente calidad, como se verá en el patrón nutricional-metabólico. El 29% menciona que podría mejorarla haciendo ejercicio, sin embargo la mayoría de los internos no lo realiza, por otra parte no existen los espacios adecuados y suficientes de acuerdo con lo manifestado por los internos y lo encontrado en las visitas de observación; en menor proporción consideran que podrían mejorar su salud mediante la consulta médica periódica y actividades de recreación y esparcimiento, consumiendo medicamentos y estando con la familia, esto último se dificulta debido a que la mayor parte de los internos proceden de municipios aledaños a la ciudad de Tunja y sus familiares no cuentan con los recursos económicos para su desplazamiento.

El 53% de los internos manifiesta que la información que posee acerca del cuidado de su salud es insuficiente, lo cual representa una limitación ya que como Tulia María Uribe refiere “es condición para la promoción del autocuidado contar con cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber que de lugar a intercambios y relaciones interindividuales”²²; de otro lado, el 36% considera la información suficiente y el 11% restante no responde.

El 61% de los internos refiere no haber padecido enfermedad alguna durante su estancia carcelaria, el 39% ha enfermado, de ellos la mayor proporción corresponde a los adultos maduros (62%) seguido por los adultos jóvenes (45%). Las principales patologías de los reclusos son, en su orden, gripas, alergias y amebiasis; en menor proporción malestar estomacal, afecciones de los ojos, diabetes, H.T.A., úlcera gástrica, neumonía, dolor renal, artritis, dolor de piernas y tos, las cuales coinciden en su mayor parte con las primeras causas de consulta del año 2003 según el informe suministrado

²² URIBE J., Op. cit.

por la médica de la institución.

El 30% de los internos atribuye dichas enfermedades, en su orden, a dormir en el suelo, debido a la situación de hacinamiento manifestada por ellos y corroborada por el 100% de los funcionarios encuestados, al frío, a la calidad del agua, calidad de la alimentación, pensar en el encierro, escasa atención médica, hacinamiento y condiciones del baño, una minoría manifiesta no saber a que se deba su enfermedad. Cuando enferman, el 40% de los internos afirma consumir algún medicamento, el 37% solicitan consulta médica el 19% no hace nada y el 4% cuida su alimentación.

Actualmente el 17% de la población consume medicamentos, los cuales son suministrados, en su orden, por la institución, la familia, los amigos o directamente por la EPS. Una minoría usa remedios caseros suministrados por la familia (noni y agua de hierbas)

De otra parte el 19% de los funcionarios encuestados refieren la presencia de accidentes o lesiones de los internos, generalmente debido a actividades deportivas, riñas y casos fortuitos.

En cuanto al manejo de la salud relacionado con el aseo corporal, se encontró que el 31% de los internos manifiesta haber experimentado cambios en sus costumbres, uno de ellos señala que dicho cambio ha sido benéfico, puesto que ahora se baña todos los días; el 55% no ha experimentado cambios y el 5% restante no responde. Según lo referido por los internos, la mayoría de ellos (55%) se lava las manos más de tres veces al día, el 31% tres veces, y en menor proporción dos veces al día o por lo menos una vez al día.

En lo referente a las costumbres nocivas para la salud como lo es el consumo de cigarrillo, expresan que desde antes de su ingreso a la cárcel el 39% de los internos fumaba; la cantidad de cigarrillos fumados al día oscilaba entre 2 y 20 con un promedio de 7.4. Actualmente el porcentaje de fumadores ha aumentado en un 3%, de igual manera aumentó la cantidad de cigarrillos fumados al día, 3 a 30 con un promedio de 9.

Un caso particular es el de los adolescentes quienes en su totalidad fumaban antes de su ingreso a la cárcel, actualmente el 17% de ellos ha dejado de fumar. Este es un dato importante dado que en este ciclo vital se adquieren hábitos que constituirán factores protectores o de riesgo con repercusiones en etapas posteriores.

Los motivos prioritarios para fumar descritos por la población son: el desespero por el encierro, aburrimiento, soledad y rabia, y por último la adicción.

Referente al consumo de sustancias alucinógenas dentro del establecimiento carcelario, el 56% cree que no se consumen y el 33% que si; de estos últimos el 91% refiere la marihuana como la droga más consumida, dicha afirmación es corroborada por la mayoría (55%) de los funcionarios encuestados; el 9% restante refiere el bazuco.

De acuerdo a lo expresado por los internos se encuentra que el requisito de autocuidado universal afectado es el de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano ya que se evidencian factores de riesgo individuales y ambientales que condicionan las prácticas de autocuidado.

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

La mayoría de los internos (75%) no se siente satisfecho con la alimentación que recibe, las razones que aluden son en su orden: la mala alimentación y poco nutricional. Además el 64% considera que es poca cantidad, en contraste con el 89% de los funcionarios quienes la consideran suficiente, el 36% restante de los internos la considera suficiente, siendo la calidad lo que la mayoría desearía que se mejorara y en menor proporción la cantidad y la presentación. Estos datos sumado a que el 55% de ellos ha notado una disminución en su peso corporal y a la afirmación que podrían mejorar su salud alimentándose mejor, pone de manifiesto la existencia de una demanda de autocuidado y la necesidad de una pronta intervención.

La población más afectada con la pérdida de peso son los adulto jóvenes y los adultos maduros, lo cual puede estar relacionado con el estado anímico que manifiesta dicha población como se analizará en el patrón de autopercepción y autoconcepto.

En general el menú consta de: agua de panela, pan, avena, a veces huevo y chocolate, sopas, arroz, papa, granos, carne, ensaladas, jugos, rellena, salchichón, entre otros alimentos.

Mientras el 66% de los internos afirma consumir otros alimentos fuera del menú suministrado por la institución el 34% no lo hace; la población que menos accede a los mismos son los adultos jóvenes (33%). Esta situación se puede explicar por la poca cantidad de alimentación que refieren es suministrada y sus deficiencias en la calidad, lo cual induce a los internos a recurrir al servicio de la caseta.

Los funcionarios encuestados refieren que el suministro de la alimentación se realiza por el consorcio elegido mediante licitación, algunos afirman que el menú es escogido por una nutricionista y otros que es acordado entre el consorcio contratista y el INPEC; el 100% de ellos refiere que cuando un interno por su situación de salud requiere una dieta especial, la institución se la suministra.

En este patrón se refleja la insatisfacción con la cantidad y calidad de la alimentación así como la pérdida de peso de algunos internos, lo cual pone de manifiesto la alteración del requisito de autocuidado universal de mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

PATRÓN DE ELIMINACIÓN

Los síntomas urinarios referidos por la población encuestada son en su orden orinadera por la noche, siendo los más afectados los adultos jóvenes, dolor al orinar y dolor en los riñones. Sin embargo dichos síntomas no se encuentran dentro de las diez primeras causas de consulta, motivo por el cual amerita profundizarse en la etiología de los mismos con el fin de guiar las acciones de promoción y prevención adecuadamente.

El 36% de los internos manifiesta haber presentado problemas de estreñimiento

asociándolos al estrés, calidad de la alimentación, poca ingesta de líquidos y a otras causas dentro de las cuales mencionan falta de privacidad (existe un baño por celda, a veces sin puerta, compartido por aproximadamente 16 personas).

El 36% afirma haber presentado episodios de diarrea los cuales asocian a la calidad del agua (específicamente refieren “el agua con que preparan el jugo”), calidad de la alimentación, malos hábitos higiénicos y hacinamiento. Es notoria la necesidad de evaluar el proceso de preparación y suministro de la alimentación, dando cumplimiento a lo descrito en el Código Nacional Penitenciario Ley 65 de 1993 en sus artículos 67°, 68° y 104°.

Dichos datos evidencian una alteración en el requisito de autocuidado universal de provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación, en este caso por parte de los internos y del establecimiento carcelario, al no brindar las condiciones que prevengan los sucesos mencionados.

PATRÓN DE ACTIVIDAD Y EJERCICIO

El 64% de la población encuestada refiere no practicar ningún tipo de ejercicio dentro del establecimiento, más evidente en los adultos maduros (87%), quienes refieren la no existencia de posibilidades adecuadas para ellos; el 36% de los internos realiza algún tipo de ejercicio, siendo el microfútbol el deporte más practicado seguido por pesas y flexiones de pecho, la insuficiencia de zonas recreativas y deportivas para el número de internos es ratificada por el 89% de los funcionarios encuestados.

La frecuencia con la que realizan ejercicio es una vez a la semana. Además el 45% de los internos refiere desgano al realizar sus actividades diarias, el 25% dificultad de movimiento, y en menor proporción dolor y otras causas, donde se mencionan rasquiña en la piel, pensadera, estar enfermo de la columna y dolor en los ojos.

El 44% manifiesta la realización de actividades por parte de la institución para la utilización del tiempo libre de la población interna, el 42% refiere que no se realizan y el 14% no responde. Entre las actividades que refieren ser realizadas se encuentran charlas de estudio, trabajo artesanal y actividades de recreación y deporte, además de estas los funcionarios refieren la realización de actividades culturales, religiosas, programas de promoción y prevención y actividades lúdicas con las familias. La actividad a la que dedican el tiempo libre con mayor proporción es leer, le siguen en su orden conversar, trabajar, ver televisión, jugar fútbol, no hacen nada y otras como hacer anillos, hacer aseo, lavar ropa ajena y estudiar.

Las actividades a las que desearían dedicar el tiempo libre son en primer lugar trabajos de taller, los grupos que más se interesan por dicha actividad son adolescentes y adultos jóvenes; en segundo lugar se encuentran las actividades de educación, siendo los adultos maduros quienes se inclinan en mayor proporción por ésta, y en tercer lugar están las actividades artesanales y en menor proporción actividades de salud, de recreación y otras (gimnasio).

El 89% de los funcionarios encuestados afirma que la Institución facilita las herramientas o implementos de trabajo a los internos, son requisitos para acceder a las

mismas que el interno se encuentre en lista, estar en el área de herramientas, ser responsable y contar con el permiso de las directivas, además mencionan que la institución les presta a los internos servicios de educación, médico, odontológico, religiosos, alimentación, recreación, trabajos para redención de pena y sanidad, sin embargo consideran necesario implementar otros servicios relacionados con los aspectos sociales, psicológicos y jurídicos de los internos, así como de enfermería y talleres para trabajo; al respecto Tulia María Uribe, señala que “es condición para la promoción del autocuidado de la salud, que además de convertirse en una filosofía de vida con responsabilidad individual y ligada a la cotidianidad, este fundamentada en sistemas de apoyo, como el social y el de salud”²³.

Con la ejecución de dichas actividades se daría cumplimiento a lo planteado en el Código nacional Penitenciario Ley 65 de 1993 en su artículo 94° donde se consagra que la educación al igual que el trabajo constituye la base fundamental de la resocialización.

Según lo mencionado por los funcionarios la disposición de basuras se realiza mediante su clasificación y entrega al carro recolector diariamente y la utilización de bolsas rojas para los residuos del consultorio médico.

PATRÓN DE SUEÑO Y DESCANSO

La mayor parte de la población (62%) duerme en promedio 7.6 horas diarias, el 38% restante no responde; el 53% de la población aduce sentirse descansado después de dormir, el 39% no se siente descansado, siendo más evidente el problema en los adultos maduros. El 44% presenta problemas de incomodidad al dormir, los grupos más afectados son los adolescentes y los adultos maduros; el 38% se despierta temprano, notándose más este problema dentro de los adultos jóvenes; el 13% del total de la población sufre de insomnio y el 5% presenta pesadillas. Dichos problemas son atribuidos al frío por dormir en el piso, compartir el camarote con un desconocido, la pensadera en los problemas y la familia y el hacinamiento entre otras causas. Los problemas citados anteriormente podrían explicar la situación de desgano manifestada por los internos así como la inactividad.

El requisito de autocuidado universal de mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo se encuentra afectado, en la medida que predomina la inactividad de los internos, como se evidencia en el patrón de actividad y ejercicio, debido a la falta de espacios y opciones suficientes y adecuadas que favorecen la resocialización. En cuanto al reposo, según el patrón de sueño y descanso, no se evidencian alteraciones relevantes, los problemas referidos al dormir pueden ser intervenidos mediante la solución de las condiciones a las cuales atribuyen los mismos.

²³ URIBE J., Op. cit.

PATRÓN COGNOSCITIVO-PERCEPTIVO

En cuanto a la participación en la toma de decisiones, se encuentra que en las de familia la mayoría participa (47%) lo cual constituye una fortaleza pues a pesar de su situación de reclusión el núcleo familiar continúa teniéndolo en cuenta; en menor proporción manifiestan participar en la toma de decisiones referentes a su salud, a sus compañeros y al uso de su tiempo, hecho que podría pensarse como debilidad, por la Institución no brindar espacios suficientes para que los internos se involucren más en la toma de decisiones; Tulía María Uribe señala la importancia que en la promoción del autocuidado se incluya la participación activa e informada de las personas en el cuidado de su propia salud, “entendida la participación como el proceso mediante el cual la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma, dirigiendo la sensibilización a aumentar el grado de control y compromiso sobre su propia salud”²⁴. Sin embargo existe un alto porcentaje de subregistro debido a que la mayoría de los internos no responden los diferentes ítems.

La mayoría de los internos (64%) refiere que la cárcel le permite participar en actividades deportivas, recreativas y de esparcimiento, generalmente mediante la práctica del microfútbol y el parqués; un 25% refiere no tener la oportunidad de participar y el 11% no responde. Las opciones de deporte, recreación y esparcimiento de que refieren disponer los internos son muy limitadas, lo cual difiere con lo expresado por los funcionarios encuestados, quienes afirman que existen otros servicios tales como juegos de mesa, ping pong y pesas.

El 50% de la población asegura poder manifestar sus incomodidades e inconformidades, 28% no poder hacerlo y 22% no responde; son comunicadas en primer lugar a los directivos de la institución, al defensor del pueblo o al monitor de celda, y en menor proporción a la familia o al personal de guardia, por su parte los funcionarios refieren que su actitud frente a las incomodidades e inconformidades de los internos es “escucharlos, recurrir al conducto regular, y buscar la raíz de la misma dándole solución en la medida de lo posible”. Esto constituye una fortaleza por cuanto se evidencia la posibilidad de dialogo entre internos y directivos. Sin embargo no se pueden olvidar las personas que expresan no poder comunicarlas, haciéndose evidente la necesidad de fortalecer la intervención del monitor de celda como medio para canalizar la información efectivamente.

PATRÓN DE AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

El estado de ánimo que predomina en la mayoría de la población es la tristeza (61%), solo el 22% lo refiere como alegre y un 17% expresan otros estados como: aburrido, deprimido, desmotivado, desgarbado, en especial los adolescentes y adultos jóvenes, mientras que la población de adultos mayores manifiestan tranquilidad espiritual y

²⁴ URIBE J., Op. cit.

conformidad. Como M. Foucault refiere en su libro “Vigilar y castigar” se puede apreciar que la cárcel continúa afligiendo las alma de los internos y no sus cuerpos, dado que el castigo consiste en además de privarlos de los beneficios materiales del mundo exterior, también de bienes más trascendentales como lo son su libertad, su independencia, la protección y amor de una familia, los amigos, llegando a deteriorar su ánimo y aún su autoestima, lo cual contrasta con la percepción de las cárceles por parte de la mayoría de los funcionarios quienes afirman “estas son instituciones de rehabilitación y reinserción social, que les permite la expresión y fortalecimiento de los valores”.

Los internos se describen a sí mismos como personas trabajadoras, buena gente, responsables, sencillos, amables, inteligentes, humildes, calmados, seguros de sí mismo, personas útiles para la sociedad pero también como personas que no valen nada en la cárcel, antisociales, agresivos, víctimas de las injusticias, concientes de su error, con esperanzas y deseos de cambiar, de trabajar y seguir adelante. Tulia María Uribe menciona que “para que se asuma el autocuidado como una práctica cotidiana de vida, es necesario desarrollar en las personas autoestima y generar niveles de fortalecimiento o empoderamiento como estrategias que reviertan la internalización de la impotencia, favorezcan el sentido de control personal y desarrollen habilidades de movilización personal y colectiva para cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud”²⁵.

Describen su estado emocional como deprimidos por falta de libertad, desesperados, desmotivados, desilusionados y con nerviosismo, sin apoyo, mal económicamente, en un encierro fatal, ultrajados, calumniados, consideran la cárcel como la muerte y una minoría se siente con fortaleza espiritual y ganas de luchar. En éstas palabras salidas de los propios internos se refleja el poder que tiene la cárcel sobre las mentes y los sentimientos de las personas que han faltado a la sociedad y deben ser castigados por ella; el vivir esta experiencia brinda dos posibilidades, decidir modificar la conducta o por el contrario endurecerse y llegar a albergar un verdadero odio social.

Las personas a quienes los internos acuden cuando tienen problemas son: en primer lugar, los familiares con un 62%, seguido por los internos con un 13%, personal de la institución y otros (Dios y nadie) con un 10% cada uno y en menor proporción los amigos con un 5%. A pesar que dentro del presente análisis se detectó que existe un alto porcentaje de personas que no son visitadas, y que las personas a quienes manifiestan sus inconformidades e incomodidades son generalmente los directivos, en este patrón se aprecia que la mayoría de los internos cuando tiene problemas acuden en primera instancia a su familia, notándose la importancia de la misma a pesar del distanciamiento en el cual se encuentran.

A la pregunta a qué se dedicará cuando salga de la cárcel, el 34% respondió que a buscar trabajo, a estudiar y a volver al trabajo 29% cada una, el 6% no lo saben y un 2% no responde. A medida que se avanza en el ciclo vital se pierde el interés por el estudio y se afianza la necesidad de recuperar el trabajo y las relaciones familiares.

²⁵ URIBE J., Op. cit.

PATRÓN DE ROL Y RELACIONES

Como se ha visto a lo largo del desarrollo del presente análisis una gran proporción de internos refieren la importancia de sus familias para el afrontamiento de la situación de privación de libertad en la cual se encuentran, así mismo de contar con ella para la resolución de sus problemas, en éste ámbito se encontró que el tipo de familia que predomina es nuclear con el 67% seguida por familia extensa con el 19% y en menor proporción monoparental paterna, monoparental materna y unitaria.

Antes del ingreso a la cárcel el 78% de los internos sostenían la familia, el 19% restante no lo hacía y un 3% no responde. Al analizar los resultados por ciclo vital, se encuentra que el 100% de los adultos maduros sostenía la familia, a diferencia de los adultos jóvenes y adolescentes quienes asumían ésta responsabilidad en solo el 86% y 33% de los casos respectivamente. Actualmente la familia es sostenida en primer lugar por la esposa o compañera, seguida por los padres, suegros, hermanos e hijos; siendo los ahorros fuente importante dentro del sostenimiento familiar, una minoría no responde.

Las dificultades económicas afrontadas actualmente por la mayoría de hogares Colombianos se ve agravada en este caso por la ausencia del padre cabeza de familia, lo cual genera cambios de rol al interior del núcleo familiar, posiblemente hambre, deserción escolar, etc., y en general una serie de situaciones y conflictos que deterioran sus relaciones, lo cual se corrobora con lo expresado por el 66% de los internos quienes piensan que las relaciones familiares se han afectado luego de su ingreso a la cárcel, las razones que aluden son en su orden el distanciamiento, la falta de apoyo hacia la familia y problemas económicos; solo una minoría refiere no haber experimentado cambios. Sin embargo el 75% de la población considera que el afrontamiento familiar con respecto a su situación de reclusión es de apoyo, el 14% de rechazo y el 11% consideran que es ignorado por su familia.

El 50% de la población refiere ser visitado con frecuencia y en igual proporción manifiestan que no; quienes los visitan con mayor frecuencia son, la familia seguida por los amigos y vecinos. Como se mencionó anteriormente el lugar de residencia de las familias es un factor determinante en las visitas, propiciando que la mitad de ellos vea limitada la posibilidad de contar con su apoyo directo.

Del total de la población el 61% refiere no haber presentado ninguna dificultad con alguien dentro de la institución, el 33% alude haber tenido dificultades en su relación con compañeros, pareja, familia y amigos y el 6% no responde. La población adolescente tiene mayor proporción de problemas en sus relaciones especialmente con otros internos, lo cual se puede atribuir a las crisis de autoridad, identidad e independencia propias de su etapa; seguidos por los adultos jóvenes quienes comparten dificultades con otros internos y familiares, la excepción la constituyen los adultos maduros, quienes en su mayoría manifiestan no haber tenido problemas con nadie y los pocos casos que existen se limitan a las relaciones con la esposa y los hijos, posiblemente porque como se expuso anteriormente el 100% de ellos era cabeza de familia.

Según los funcionarios del Establecimiento Carcelario encuestados, cuando un interno comete una falta se le aplica el conducto regular: hablar con él, uso del bastón de mando

y gases lacrimógenos en caso de disturbios, dependiendo de la gravedad del hecho se aíslan, se pasa informe a la hoja de vida, se traslada, se suspende la visita o la redención, si la tenía; por otro lado se utilizan estímulos como “rebaja de pena, redención de la pena, anotaciones en la cartilla bibliográfica, diplomas, menciones, premios en los campeonatos deportivos, celebración de días especiales, felicitaciones y beneficios administrativos”.

En cuanto al trato del personal de guardia hacia los internos el 69% lo considera bueno, el 14% regular y un 17% no responde. Por su parte los dragoneantes describen a los internos como “seres humanos con sentimientos, errores y capacidades que necesitan atención”, por otro lado según lo expresado por la mayoría de los funcionarios “la idea es continuar humanizando la cárcel cada día más” Se evidencia la existencia de relaciones humanizadas, las cuales es conveniente continuar fortaleciendo en el Establecimiento Carcelario.

Las situaciones manifestadas por los internos dejan ver la alteración del requisito de autocuidado universal de promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, dado que se limitan estas posibilidades debido a la poca participación en la toma de decisiones, la falta de interacción con la familia y apoyo a ésta, el predominio de un estado de ánimo triste, además de sentimientos de desespero, desmotivación, desilusión y nerviosismo entre otros.

PATRÓN REPRODUCTIVO-SEXUAL

La edad promedio de inicio de vida sexual es 15.8 años de edad, siendo la mínima los 7 años y la máxima 20 años de edad. La edad de inicio de los adolescentes y jóvenes difiere de la de los adultos mayores, por cuanto los dos primeros iniciaron en promedio a los 15 años, y los segundos a los 17 años. La unión libre predomina en un 44% de los internos, es más evidente dentro de los adultos jóvenes (57% de los mismos), el 25% son solteros, el 22% casados y el 3% separados, el 6% no responden.

Del total de la población el 50% tienen vida sexual activa, el 44% no y un 6% de la misma no responde. El 53% de los internos afirma tener pareja estable, los adultos mayores son los de mayor estabilidad al respecto, el 47% restante afirma no tenerla.

El 56% de los internos manifiestan no tener fácil acceso a la visita conyugal el 33% si, y el 11% no responde. Las razones por las cuales se dificulta el acceso son: “Es cada mes, no viene nadie, por la distancia, por respeto a mi mujer, no hay dinero para que venga mi mujer, la mujer no es un animal para acostarla en el piso”. Además el 42% de ellos manifiesta la no existencia de un lugar adecuado para realizar la visita conyugal porque “A todos nos toca en la misma celda, por el hacinamiento, porque tocaría en el piso”, estas afirmaciones ponen de manifiesto la violación al artículo 5° del Código Nacional Penitenciario Ley 65 de 1993 referente al respeto a la dignidad humana. El 39% de los internos considera el lugar adecuado porque: “cada uno tiene su cambuche; uno debe adecuarse a las condiciones, arreglo el camarote, es en la cama donde duermo”. El 19% restante no responde.

El 36% de los internos manifiesta haber experimentado cambios o problemas en sus relaciones sexuales, especialmente el grupo de adultos maduros. Las razones que se

aluden son: “No es con el mismo cariño, hay poco deseo, estoy muy débil, perdí mi compañera cuando ingresé aquí, tengo disfunción eréctil, no pude compartir con la pareja, limitación en el tiempo, es cada mes, no es sitio para entrar a la esposa”, el 56% refieren no notar ningún cambio y el 8% restante no responde.

El 67% de la población manifiesta sentirse satisfechos con sus relaciones sexuales, el 19% no y el 14% restante no responde. Las razones de insatisfacción son “A veces no tengo visita, incomodidad, es cada mes, antes no tenía disfunción eréctil, ahora me encuentro solo y abandonado”

El 66% de los internos no usa método anticonceptivo, el 17% si y el 17% no responde. Los más usados son: anovulatorios por las parejas de la población adolescente, métodos de barrea por lo adultos jóvenes y métodos definitivos por los adultos maduros y sus parejas.

La mayoría de los internos son padres (78%) con un promedio de 3 hijos, el 22% no tiene hijos.

La mayoría de los internos no saben realizarse el autoexamen de testículo (73%). El 8% manifiesta saber realizárselo pero solo el 6% de ellos se lo realiza, el 19 % no responde.

El 47% de la población refiere haber recibido algún tipo de educación sexual, en tanto que el 39% no y el 14% restante no responde; de quienes afirman haberla recibido, el 39% lo hizo en el colegio seguida por la familia y los medios de comunicación con 17% cada una y en menor proporción los amigos, otros (libros y lugar de trabajo) y la universidad con 10%, 10% y 7% respectivamente.

El 6% de los internos ha presentado alguna infección de transmisión sexual y ha recibido tratamiento para la misma, el 94% restante responde negativamente. El 100% de la población encuestada cree que dentro de la cárcel no se presentan relaciones homosexuales.

Una vez más se ve afectado el requisito de autocuidado universal de promoción del funcionamiento y desarrollo humano dentro de los grupos sociales, específicamente por la limitación de la expresión sexual con sus parejas, simultáneamente se ve afectado el requisito de autocuidado universal de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano ante el desconocimiento de la realización de practicas preventivas como el autoexamen de testículo y la baja proporción de personas que manifiestan haber recibido algún tipo de educación sexual.

PATRÓN DE AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

La mayoría de la población (56%) afronta su situación de reclusión con resignación, 31% con tranquilidad, y en menor proporción con rabia y otras tales como fe, nostalgia y tristeza. Además, al indagar a los reclusos acerca de su actitud cuando algo les preocupa se encontró que el 38% habla con alguien, el 22% fuma (especialmente los adolescentes), el 20% se calla y en menor proporción se pone de mal genio, consume alguna droga y piensan, lloran, caminan de un lado para otro, hablan con Dios.

La mayor parte de las conductas asumidas para afrontar las situaciones estresantes son nocivas, notándose la alteración del requisito de autocuidado universal de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, por lo cual es necesario brindar a los internos nuevas opciones de afrontamiento, cuya aplicación sería facilitada por el hecho que la mayoría (42%) reconoce que la manera en que afrontan las situaciones estresantes no es adecuada, ya que como Tulia María Uribe refiere es condición para la promoción del autocuidado que sea un proceso voluntario de la persona para consigo misma; textualmente los internos señalan “me hago daño a mi mismo, me aferro al cigarrillo, me perjudica, no hago nada para mejorar, porque lo que quiero es trabajar”; sin embargo el 39% la considera adecuada porque “me pasa el aburrimiento y no tengo malos pensamientos, me despeja la mente e intento calmarme, me desahogo, nadie se entera de mis problemas, porque hablando con Dios siento tranquilidad”; el 19% no responde.

Por otro lado el 50% de los internos considera que podrían afrontar más fácilmente su estancia en la cárcel con trabajo y actividades de recreación y deporte, confirmándose una vez más dichas necesidades como se ha visto a lo largo del presente análisis; otra parte de la población considera que su afrontamiento mejoraría con servicio de trabajadora social (24%), charlas para el manejo del estrés (15%) y servicio de psicología (11%). Actualmente el Establecimiento Carcelario no cuenta con dichos servicios, siendo una necesidad sentida incluso por la mayoría de los funcionarios encuestados. Así mismo lo relacionado a la obligatoriedad del trabajo constituye un medio terapéutico adecuado para los fines de la resocialización como lo menciona el Código Nacional Penitenciario Ley 65 de 1993 en su artículo 79°.

PATRÓN VALORES Y CREENCIAS

Para los internos lo más importante es en primer lugar la familia (32%), dato reiterativo al analizar otros patrones, la vida (28%), la salud (22%), el trabajo (14%) y en menor proporción la mamá y salir de la cárcel. Dicha información cobra importancia en la medida que los internos cuentan con diferentes motivaciones para vivir.

La mayoría profesa alguna religión (67%), generalmente católica (83%) y en menor proporción cristiana (17%), el 22% no profesa religión alguna y el 11% restante no responde. Sus prácticas religiosas les ayudan a afrontar su situación porque “tengo mucha paciencia, todo lo dejo en manos de Dios, me aferro a Dios para que me ilumine, me da calma espiritual, le pido a Dios que aclare la situación porque soy inocente y porque el Señor nos enseña a salir del vicio y a cambiar”. Del total de la población el 53% considera que tiene fácil acceso a sus prácticas religiosas, el 25% que no y el 22% no responden, dichas prácticas religiosas fortalecen el requisito de autocuidado universal de prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano, como punto de apoyo en el afrontamiento de su situación de reclusión dada la importancia de la parte espiritual de los internos como seres integrales.

11. APLICACIÓN DE LA TEORÍA GENERAL DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Con base en el análisis de la información realizado se puede establecer la aplicación de la Teoría General del Déficit de autocuidado de la siguiente manera:

Para que un interno pueda autocuidarse debe desarrollar capacidades para proveerse de los cuidados adecuados a las condiciones del ambiente donde se encuentra, con el fin que dichas acciones se lleven a cabo de manera efectiva.

Cada interno pasa a ser un agente de autocuidado, por cuanto se provee a si mismo de algunos cuidados relacionados con el mantenimiento o mejoramiento de su salud; el establecimiento carcelario constituye el agente de cuidado dependiente, como ente externo responsable de proporcionar cuidados no terapéuticos; y el profesional de enfermería junto con un grupo interdisciplinario conforman la agencia de cuidados terapéuticos, la cual actúa cuando se activa una demanda de autocuidado, es decir, cuando los internos reconocen sus necesidades y su incapacidad de autocuidado, dicha demanda se pone de manifiesto con el análisis de la información por patrones funcionales ya expuesto.

La intervención del profesional de Enfermería está determinada por una serie de factores condicionantes básicos, los cuales afectan la capacidad de autocuidado de los internos y determinan el tipo y cantidad de cuidado requerido, para el caso corresponden a:

- ⇒ Condición de privación de libertad.
- ⇒ Ciclo vital al cual pertenecen.
- ⇒ Género.
- ⇒ El estado de salud percibido por los internos.
- ⇒ La orientación sociocultural.
- ⇒ Disponibilidad y adecuación de los recursos que el establecimiento carcelario ofrece a los internos.
- ⇒ Factores del sistema familiar, estado civil, tipo de familia, relaciones familiares.
- ⇒ Patrón de vida.
- ⇒ Factores ambientales

Una vez mencionados los factores que determinan el tipo de atención que el profesional de Enfermería debe brindar, se ha de tener en cuenta que la intervención implica la valoración de tres aspectos:

1. *Requisitos de autocuidado universal*: representan las acciones humanas que se producen a partir de las condiciones internas y externas de cada recluso, y que mantienen la estructura y funcionamiento humano, los cuales fueron analizados en cada uno de los patrones funcionales.

2. *Requisitos de desarrollo*: son las expresiones más específicas y particulares de los internos, que están asociados a un acontecimiento de la vida: adolescencia, adulto joven, adulto maduro, privación de la libertad, privación educacional, problemas de adaptación social, pérdida del trabajo, cambio súbito en las condiciones de vida, cambio de posición social o económica, distanciamiento familiar, estado de salud, condiciones de vida, enfermedad, peligros ambientales, entre otros.
3. *Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud*: son propios de los internos que tienen enfermedades específicas, tales como diabetes, úlcera gástrica, artritis, hipertensión arterial entre otras, algunas de las cuales están bajo diagnóstico y tratamiento médico, sin embargo por las condiciones especiales a que se enfrentan, tienen limitados los medios para la realización de los cuidados necesarios y el acceso a los controles requeridos.

Mediante el análisis de la información se detectó que para el caso de los internos con quienes se trabajó en la presente investigación se hace necesaria la utilización de los tres sistemas de la Teoría General de Déficit de Autocuidado de Dorothea E Orem: apoyo educativo (AE), parcialmente compensatorio (PC) y totalmente compensatorio (TC), los cuales fundamentan el plan de intervención tendiente a dar solución a los principales problemas encontrados en la población interna, mediante el trabajo interdisciplinario e intersectorial del Profesional de Enfermería en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

12. CONCLUSIONES

- ❖ La mayor parte de la población interna percibe su salud como regular o mala, las causas a las que atribuyen dicha situación generalmente son prevenibles, las alternativas de solución planteadas requieren de trabajo interdisciplinario entre el INPEC, y el sector salud, además del compromiso de la comunidad carcelaria.
- ❖ Los internos consideran que la cantidad de alimentación recibida es poca, consideran prioritario el mejoramiento de la calidad de la misma, haciéndose evidente la necesidad de realizar un mayor control por parte del Establecimiento Carcelario al consorcio que presta dicho servicio, propendiendo por el mejoramiento de la calidad de vida de los internos.
- ❖ La mayoría de los internos consideran que la información acerca del cuidado de su salud es insuficiente, poniéndose de manifiesto la necesidad de la implementación de programas que busquen suplir el déficit de conocimiento al que se encuentran expuestos y que limita sus prácticas de autocuidado de su salud.

- ❖ Existe un alto porcentaje de fumadores, y una minoría consume marihuana y bazuco; la práctica de dichos hábitos son atribuidos al aburrimiento y la pensadera en el encierro, lo cual puede deberse a las pocas opciones que los internos tienen para la utilización del tiempo libre, por lo cual se hace evidente la importancia de la creación de espacios para la realización de actividades que permitan solucionar dicha carencia.
- ❖ Las costumbres de aseo personal no se han visto afectadas de forma notoria, por el contrario existen casos donde se han fortalecido hábitos tales como el baño diario y el lavado de manos, los cuales constituyen prácticas importantes en el autocuidado de la salud.
- ❖ Los signos y síntomas del tracto urinario así como los problemas de diarrea y estreñimiento referidos por los internos, ameritan que se profundice en su etiología y que se implementen acciones de promoción y prevención ya que son atribuidos a causas prevenibles y factibles de intervenir con compromiso y trabajo intersectorial.
- ❖ En cuanto a la práctica de ejercicio se deben brindar mayores opciones así como mejores condiciones, espacios e implementos deportivos que permitan a los internos la realización de actividades de recreación y deporte como forma de utilización del tiempo libre.
- ❖ Es importante la adecuación de un espacio en donde los internos puedan realizar actividades de taller, como forma de trabajo, que además de ser una forma de redención de pena según lo estipulado por la ley 65 de 1993, se convierta en una opción para la adecuada utilización del tiempo libre dentro del Establecimiento Carcelario, evitando así la inactividad e improductividad en la cual se encuentran.
- ❖ El patrón de sueño de los internos es adecuado en cantidad de horas que duermen, sin embargo la incomodidad originada por el hacinamiento constituye la queja más grave referida por la mayoría de la población, dicha problemática será resuelta con las nuevas celdas en construcción, cuyas obras se espera sean culminadas en corto tiempo.
- ❖ A pesar del distanciamiento originado por la privación de libertad, los internos continúan participando en la toma de decisiones con respecto a su familia, la cual es fundamental en el afrontamiento de su situación, sin embargo es necesario fortalecer la participación de los internos en la toma de decisiones con respecto a su salud, sus compañeros y la utilización de su tiempo.
- ❖ Existe posibilidad de dialogo entre las directivas del Establecimiento Carcelario y los internos, hecho importante que facilita la comunicación de inquietudes o sugerencias para el mejoramiento de la calidad de vida de la población y la

solución de problemas. Sin embargo no se puede olvidar a las personas que expresan no poder comunicar sus incomodidades e inconformidades, haciéndose evidente la necesidad de fortalecer la intervención del monitor de celda como medio para canalizar la información efectivamente.

- ❖ Lo que más afecta a la población interna es el estado de ánimo triste como factor determinante en su comportamiento dentro del Establecimiento Carcelario, y como resultado del aburrimiento manifestado por los mismos, razón por la cual se deben crear alternativas que posibiliten la realización de actividades de trabajo, recreación, deporte y educación, en las cuales participen las diferentes entidades que tienen un compromiso social, tales como la Universidad, y que deben vincularse activamente al proceso de resocialización de dicha población.
- ❖ A medida que se avanza en el ciclo vital se pierde el interés por el estudio y se afianza la necesidad de recuperar el trabajo y las relaciones familiares. Conociendo las expectativas de los internos es necesario establecer un mecanismo que permita la vinculación de diferentes sectores que capaciten a dicha población para facilitar su incorporación al mundo laboral, de igual manera el fomento de conciencia ciudadana en el trato hacia las personas “resocializadas” es requisito indispensable para cumplir el verdadero fin que esta palabra encierra.
- ❖ Existe la necesidad de establecer un espacio adecuado para la realización de la visita conyugal, ya que es un derecho que se ve limitado por la incomodidad y la situación a la que se ven expuestos los internos y sus parejas.
- ❖ Existe desinformación en cuanto a prácticas de autocuidado, tales como la realización del autoexamen de testículo, siendo necesaria la implementación de actividades de promoción y prevención que brinden la posibilidad a la población interna de conocer y aplicar prácticas de autocuidado necesarias para el mantenimiento de su salud.
- ❖ La mayor parte de las conductas asumidas para afrontar las situaciones estresantes son nocivas, por lo cual es necesario brindar nuevos mecanismos de afrontamiento, que favorezcan la adecuada resolución de las mismas.
- ❖ El establecimiento carcelario posibilita la práctica de las creencias religiosas de los internos, lo cual constituye un factor protector, dada la importancia que los internos atribuyen al área espiritual en el afrontamiento de su situación de reclusión.
- ❖ El análisis de la información refleja el incumplimiento de la normatividad vigente, ley 65 de 1993, en lo relacionado con los mecanismos de la

resocialización como objetivo de la pena y las medidas de seguridad (Art. 9), alimentación (Art. 67 y Art. 68), condiciones de las celdas y dormitorios (Art. 64) y servicio médico el cual debe contar con un equipo interdisciplinario que incluya al profesional de Enfermería (Art. 105).

- ❖ A pesar de la gestión y los esfuerzos realizados por el personal administrativo del Establecimiento Carcelario en la vinculación de diferentes sectores para el mejoramiento de la calidad de vida de la población interna, aún existen falencias en lo relacionado con el respeto de los derechos fundamentales a la familia, la salud y el trabajo de los internos, así como la ausencia de programas de salud preventiva, prevención y tratamiento de adicciones, de primeros auxilios y saneamiento ambiental, situaciones que han sido ratificadas en los diferentes establecimientos carcelarios y penitenciarios Colombianos, según lo expuesto en el “Informe misión internacional derechos humanos y situación carcelaria en Colombia”.

13. RECOMENDACIONES

PARA LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

- Que durante la planeación y desarrollo de las prácticas comunitarias se tenga en cuenta a la población interna, ya que constituye un campo de práctica enriquecedor para el Profesional de Enfermería además que se contribuiría al mejoramiento de la calidad de vida de dicha población.
- Es necesario que los estudiantes y docentes reflexionemos acerca de nuestro papel como cuidadores de la salud de las personas, las familias y las *comunidades* en sus diferentes contextos, permitiendo que desde su formación el estudiante se empodere del carácter social de la profesión a través de la vivencia, incluyendo en asignaturas como adolescente, adulto y anciano temáticas relacionadas con la situación de salud de ésta población.

PARA EL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO

- Para lograr intervenir efectivamente los problemas que enfrentan la población interna se necesita el compromiso y el trabajo intersectorial, que vincule diferentes entes municipales, departamentales y nacionales, el INPEC, el sector educativo, las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) y la ciudadanía en general, en busca de una verdadera resocialización.
- Una de las principales fortalezas de la Institución es el talento humano con que cuenta, el cual se debe continuar afianzando con miras al crecimiento y mejoramiento institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- **BONILLA, Elssy y RODRIGUEZ, Penélope.** Más allá del Dilema de los Métodos : La Investigación en Ciencias Sociales. Bogotá, 1995. p. 42.
- **CARPENITO, Lynda.** Diagnóstico de Enfermería. 5º edición. España, s.n., 1995. p. 64-66.
- **CÓDIGO NACIONAL PENITENCIARIO (Colombia).** Ley 65 de 1993.
- **DIAZ, Cristina.** El proceso de enfermería y su aplicación en el ejercicio profesional. Tunja : U.P.T.C, 1988. p. 35-35.
- **FOUCAULT, Michel.** Vigilar y Castigar : nacimiento de la prisión. México : siglo XXI, 1985.
- **FRANCO, Saúl.** La Salud Pública Hoy. Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Bogotá : UNAL, 2003. p. 163-177.
- **ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS. ANTECEDENTES DE LA COMUNIDAD CARCELARIA EN COLOMBIA Y SU SITUACIÓN DE SALUD.** En: Informe misión internacional derechos humanos y situación carcelaria “centros de reclusión en Colombia un estado de cosas inconstitucional y de flagrante violación de derechos humanos”. Bogotá, 2001.
- **JIMENEZ, Teresa y GUTIERREZ, Edilma.** EL Proceso de Enfermería una metodología para la Práctica. Bogotá : Universidad Nacional, 1997. p. 33-50.
- **MELOSSI, Darío y PAVARINI, Máximo.** Cárcel y Fábrica: Los orígenes del sistema penitenciario S. XVI-IX. México: Siglo XXI, 1985.
- **MEMORIAS DE LAS PONENCIAS.** 43º Consejo de Directoras - 36º Asamblea General. Bogotá: ACOFAEN, 2000.
- **MENDEZ, Rosa y VELAZQUES Silvia.** Teoría General del Déficit de Autocuidado: Guía Básica Ilustrada. Santafé de Bogotá, 2001.
- **PROYECTO EDUCATIVO INSTITUCIONAL.** Tunja: U.P.T.C., 2002.

- **URIBE, Tulia María.** El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. En: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>
- **VELAZ, Graciela y CERDEÑO, Marlene.** Investigación en Salud. Bogotá: s.n., 1997. p. 94-99, 119-123, 221-251.
- **www.informed.sld.cu/revistas/enf/vol15-i-99**
- **[www. Inpec.gov.co](http://www.Inpec.gov.co)**
- **[www. Defensoria.org.co/otros/?comerciales](http://www.Defensoria.org.co/otros/?comerciales)**
- **SUEÑOS DE FUGA. U.S.A. : DARABON, Frank, 1981, película [VHS] (2 hrs) son., col., Inglés subtitulada.**
- **EXPRESO DE MEDIA NOCHE. U.S.A. : PARKER, Alan, 1978, película [VHS] (2 hrs) son., col., Inglés subtitulada.**

ANEXO A

CLASIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN EN COLOMBIA

Los establecimientos de reclusión según lo establecido en el Código Penitenciario y Carcelario para Colombia, ley 65 de 1993 Art. 20 a 28 son:

- ⓉLas cárceles son establecimientos de detención preventiva, previstos exclusivamente para retención y vigilancia de sindicados.
- ⓉLas penitenciarías son establecimientos destinados a la reclusión de condenados y en las cuales se ejecuta la pena de prisión, mediante un sistema gradual y progresivo para el tratamiento de los internos.
- ⓉLos centros de reclusión son de alta, mediana y mínima seguridad (establecimientos abiertos).
- ⓉCasa cárcel. Es el lugar destinado para la detención preventiva y el cumplimiento de la pena por delitos culposos cometidos en accidentes de tránsito.
- ⓉLos establecimientos de rehabilitación y pabellones psiquiátricos están destinados a alojar y rehabilitar personas que tengan la calidad de inimputables por trastorno mental o inmadurez psicológica, según dictamen pericial.

- ⑩Cárceles y penitenciarías de alta seguridad. Son establecimientos señalados para sindicados y condenados, cuya detención y tratamiento requiere mayor seguridad, sin perjuicio de la finalidad resocializadora de la pena.
- ⑩Reclusiones de mujeres. Son los destinados para detención y descuento de la pena impuesta a mujeres infractoras.
- ⑩Cárceles para miembros de la Fuerza Pública. Destinadas para el cumplimiento de la detención preventiva en centros de reclusión establecidos para ellos y, a falta de éstos, en las instalaciones de la unidad a que pertenezcan.
- ⑩Colonias agrícolas. Son establecimientos para purgar pena, preferentemente para condenados de extracción campesina o para propiciar la enseñanza agropecuaria.

ANEXO B

UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROYECTO DE GRADO “PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE
LOS INTERNOS EN EL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DEL
MUNICIPIO DE TUNJA”
ELABORADA POR ANGELA PATRICIA BENÍTEZ Y DIANA PATRICIA
PÉREZ
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS INTERNOS EN EL ESTABLECIMIENTO
CARCELARIO DEL MUNICIPIO DE TUNJA
2004

OBJETIVO: Indagar a los reclusos acerca de sus prácticas de autocuidado de la salud.

1. Edad _____
2. Lugar de nacimiento _____
3. En donde vivía antes de ingresar a la cárcel _____
4. Escolaridad
 - Ninguna
 - Primaria completa
 - Bachillerato completo
 - Técnico
 - Universidad
5. Estado civil
 - Soltero
 - Casado
 - Divorciado
 - Separado
 - Unión libre
 - Viudo
6. ¿Actualmente se encuentra afiliado a algún servicio de salud?
 SI ¿Cuál? _____
 NO

PERCEPCIÓN DE LA SALUD-MANEJO DE LA SALUD

7. ¿Cómo ha sido su salud desde su ingreso a la cárcel?

- Buena
- Regular
- Mala

¿Por qué? _____

8. ¿Cómo cree que podría mejorarla?

- No sabe
- Haciendo ejercicio
- Alimentándose mejor
- Consulta médica periódica
- Con actividades de recreación y esparcimiento
- Consumiendo medicamentos
- Otra

¿Cual? _____

9. Considera que la información que tiene acerca del cuidado de su salud es

- Suficiente
- Insuficiente

10. ¿Durante su estancia en la cárcel ha padecido alguna enfermedad?

SI NO

¿Cual? _____

11. ¿A Qué cree que se deba dicha enfermedad?

12. ¿Qué hizo cuando se enfermó?

- Nada
- Cuidó su alimentación
- Consumió algún medicamento
- Solicitó consulta médica
- Usó remedios caseros
- Otra. ¿Cuál? _____

13. ¿Actualmente consume algún medicamento?

SI ¿Cual? _____
NO

14. ¿Quién le compra los medicamentos?

- Familia
- Institución
- Amigos
- Otro ¿Quién? _____

15. ¿Utiliza algún remedio casero?

SI ¿Cual? _____
NO

16. ¿Quién se lo suministra?

- Familia
- Institución
- Amigos
- Otro ¿Quién? _____

17. ¿Desde su ingreso a la cárcel han cambiado sus costumbres de aseo corporal?

- SI ¿Cual? _____
NO
18. ¿Cuántas veces al día se lava las manos?
 Una vez
 Dos veces
 Tres veces
 Mas de tres veces
19. ¿Antes de su ingreso a la cárcel fumaba?
SI ¿Cuántos diarios? _____
NO
20. ¿Actualmente fuma?
SI ¿Cuántos diarios? _____
NO
21. ¿Su motivo(os) para fumar son?

22. ¿Cree que dentro de la cárcel se consumen drogas alucinógenas?
SI ¿Cuál droga? _____
NO

NUTRICIONAL METABÓLICO

23. Qué come al :
a. Desayuno _____
b. Almuerzo _____
c. Comida _____
24. ¿Se siente satisfecho con la calidad de la alimentación que recibe?
SI NO
¿Por qué? _____
25. Considera que la cantidad de alimentación que recibe es:
 Poca
 Suficiente
 Mucha
26. ¿En qué le gustaría que se mejorara la alimentación?
 Cantidad
 Calidad
 Presentación
27. Después de su ingreso a la cárcel a notado que su peso:
 Aumentó
 Disminuyó
 Se mantuvo
28. ¿Consume otros alimentos a parte de los suministrados por la Institución?
SI ¿Cuáles? _____
NO

ELIMINACIÓN

29. ¿Ha presentado alguno de los siguientes síntomas?
 Dolor al orinar

- Orinadera por la noche
 - Sangre en la orina
 - Incapacidad para retener el chorro
 - Otro ¿Cuál? _____
30. Durante su estancia en la cárcel ha presentado problemas de estreñimiento
SI NO
31. Asocia éstos episodios a:
- Tipo de alimentación
 - Poca ingesta de líquidos
 - Estrés
 - Otra ¿Cuál? _____
32. Durante su estancia en la cárcel ha presentado episodios de diarrea
SI NO
33. Asocia éstos episodios a
- Malos hábitos higiénicos
 - Calidad de la alimentación
 - Calidad del agua
 - Otro ¿Cuál? _____

ACTIVIDAD Y EJERCICIO

34. ¿Practica algún tipo de ejercicio en éste lugar?
SI ¿Cuál? _____
NO
35. ¿Con que frecuencia?
- Una vez al día
 - Una vez a la semana
 - Una vez al mes
 - Otro ¿Cuál? _____
36. ¿Presenta alguna de las siguientes dificultades para realizar sus actividades diarias (Comer, Vestirse, Bañarse, Ir al baño)
- Dolor
 - Dificultad de movimiento
 - Desgano
 - Otra ¿Cuál? _____
37. ¿La Institución realiza actividades de utilización del tiempo libre?
SI ¿Cuáles? _____
NO
38. ¿actualmente en qué ocupa su tiempo libre?
- Nada
 - Jugar fútbol
 - Conversar
 - Leer
 - Ver televisión
 - Trabajar
 - Otro ¿Cuál? _____
39. ¿En qué le gustaría dedicar su tiempo libre?
- Actividades de educación
 - Actividades de recreación
 - Actividades de salud

- Actividades Artesanales
- Trabajos de taller
- Otro ¿Cuál? _____

SUEÑO Y DESCANSO

40. ¿Cuántas horas acostumbra dormir diariamente? _____

41. ¿Se siente descansado después de dormir?

- SI NO

42. Al dormir presenta problemas como:

- Despertarse temprano
- Insomnio
- Pesadillas
- Incomodidad
- Otra ¿Cuál? _____

43. ¿A que atribuye sus problemas al dormir?

COGNITIVO – PERCEPTIVO

44. Actualmente participa en la toma de decisiones respecto a:

- | | SI | | NO | A veces |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------|
| - Su familia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Su tiempo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Su salud | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| - Con sus compañeros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

45. ¿La cárcel le permite participar en la realización de actividades deportivas, recreativas o de esparcimiento?

- SI ¿Cuáles?

NO

46. ¿Lo visitan con frecuencia?

- SI NO

47. ¿Quiénes lo visitan con mayor frecuencia?

- Su familia
- Sus amigos
- Sus vecinos
- Otros ¿Quiénes? _____

48. ¿Si usted presenta alguna incomodidad o inconformidad puede manifestarla?

- SI ¿A quién?

NO

AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

49. Generalmente su estado de ánimo es:

- Alegre
- Triste
- Otro ¿Cuál? _____

50. Realice una breve descripción de lo que usted piensa de sí mismo

51. Realice una breve descripción de cómo se siente emocionalmente desde su ingreso a la cárcel

52. ¿A Quien acude cuando tiene problemas?

- Familia
- Amigos
- Internos
- Personal de la institución
- Otro ¿Cuál? _____

53. ¿A qué se dedicará cuando salga de la cárcel?

- No sabe
- Volver al trabajo
- Buscar trabajo
- Estudiar
- Otro ¿Cuál? _____

ROL Y RELACIONES

54. ¿Con quién(es) vivía antes de ingresar a la cárcel?

- Esposa/Compañera
- Hijos/Hijas
- Padres
- Suegros
- Hermanos
- Cuñados
- Abuelos
- Tíos
- Sobrinos
- Amigos
- Otros ¿Quienes? _____

55. ¿Era usted quien sostenía la familia ante de su ingreso a la cárcel?

SI NO

56. ¿Actualmente quién sostiene su familia?

57. ¿Cómo afronta su familia su situación de reclusión?

- Apoyándolo
- Rechazándolo
- Ignorándolo

58. ¿Ha afectado su situación de reclusión las relaciones con su familia?

SI ¿Cómo?

NO

59. ¿Durante su permanencia en la cárcel ha tenido dificultades en su relación con alguien?

SI ¿Con quién?

NO

60. ¿Cómo es el trato del personal de la guardia hacia los internos?

REPRODUCCIÓN Y SEXUALIDAD

61. Edad en la cual inició su vida sexual _____

62. ¿Actualmente tiene vida sexual activa?

SI NO

63. ¿Actualmente tiene una pareja estable?

SI NO

64. ¿Ha presentado cambios o problemas en sus relaciones sexuales después de su ingreso a la cárcel?

SI ¿Por qué?

NO

65. ¿Se siente satisfecho con sus relaciones sexuales?

SI NO

¿Por qué? _____

66. ¿Usa algún método de protección?

SI ¿Cuál?

NO

67. ¿Tiene hijos?

SI ¿Cuántos? _____

NO

68. ¿Puede acceder fácilmente a la visita conyugal?

SI

NO ¿Por qué?

69. ¿Existe un lugar adecuado para realizar la visita conyugal?

SI NO

Explique su respuesta

70. ¿Sabe cómo se realiza el autoexamen de testículo?

SI NO

71. ¿Se lo realiza?

SI ¿Cada cuanto? _____

NO

72. ¿Ha recibido algún tipo de educación sexual?

SI NO

73. ¿En donde?

Familia

Colegio

- Amigos
- Universidad
- Medios de comunicación
- Cárcel
- Otro ¿Cuál? _____

74. ¿Durante su estancia en la cárcel ha tenido alguna infección de transmisión sexual?

SI ¿Cuál? _____

NO

75. ¿Recibió tratamiento para la misma?

SI NO

76. ¿Cree usted que dentro de la cárcel se presentan relaciones homosexuales?

SI NO

AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

77. ¿Cómo ha afrontado su situación de reclusión?

- Con rabia
- Con resignación
- Con tranquilidad
- Otra ¿Cuál? _____

78. Cuando algo le preocupa:

- Habla con alguien
- Se calla
- Se pone de mal genio
- Fuma
- Consume alguna droga
- Otro ¿Cuál? _____

79. ¿Cree que la manera como afronta las situaciones estresantes es adecuada?

SI NO

¿Por qué?

80. ¿Cómo cree que podría afrontar más fácilmente su estancia en la cárcel?

- Servicio de trabajadora social
- Servicio de psicología
- Charlas acerca del manejo del estrés
- Trabajo y actividades de recreación y deporte
- Otra ¿Cuál? _____

VALORES Y CREENCIAS

81. ¿Qué es lo más importante para usted?

- La vida
- La familia
- El trabajo
- La salud
- Otro ¿Cuál? _____

82. ¿Profesa alguna religión?

SI ¿Cuál? _____

NO

83. ¿Cómo le ayudan sus creencias a afrontar su situación actual?

84. ¿Tiene fácil acceso a sus prácticas religiosas dentro de la cárcel?
SI NO

ANEXO C

**UNIVERSIDAD PEDAGÓGICA TECNOLÓGICA DE COLOMBIA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA
PROYECTO DE GRADO “PRÁCTICAS DE CUIDADO Y AUTOCUIDADO DE
LOS INTERNOS EN EL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DEL
MUNICIPIO DE TUNJA”
ELABORADA POR ANGELA PATRICIA BENÍTEZ Y DIANA PATRICIA
PÉREZ
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS FUNCIONARIOS DEL EL
ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DEL MUNICIPIO DE TUNJA
2004**

OBJETIVO: Identificar la participación del Establecimiento Carcelario en el cuidado de los reclusos durante el proceso salud-enfermedad.

1. ¿Qué cargo desempeña usted en la Institución?

 2. ¿Cuánto tiempo lleva vinculado a la institución?

 3. Con qué personal cuenta la institución en:
e. Servicios de salud

 - f. Personal administrativo

 - g. Personal de guardia

4. ¿Cómo se realiza la contratación del personal de la Institución?

5. ¿Permiten la vinculación de otros sectores para la realización de las diferentes actividades y la prestación de los servicios de la Institución?
SI
- ¿Cuáles? _____
- NO
6. ¿Cuál es su percepción de las Cárceles como Institución?

7. Realizando una comparación entre la capacidad carcelaria y el número actual de internos, ¿considera que existe hacinamiento?

SI NO

8. ¿Qué concepto tiene usted de los internos?

9. ¿Cuándo un interno le manifiesta una inconformidad usted que hace?

10. ¿Qué tipo de estímulos utiliza la Institución para los internos?

11. ¿Qué tipo de sanciones aplican a los internos cuando cometen una falta?

12. ¿En caso de agresividad de los internos qué medidas toma la institución?

13. ¿Qué actividades se realizan en la Institución con los internos?

14. ¿Qué actividades tiene asignadas usted con los internos del Establecimiento?

15. De dichas actividades ¿Cuáles considera usted son de resocialización a los internos?

16. Existen grupos conformados de internos que se dediquen a actividades de:

- Trabajo
- Deporte
- Religión
- Educación

Otro ¿Cuál?

17. ¿Existen en la institución talleres donde los internos realicen actividades manuales y artesanales?

SI NO

18. ¿Qué tipos de trabajo pueden realizar los internos dentro de la Institución?

19. ¿La institución facilita las herramientas o implementos de trabajo a los internos?

SI NO

20. ¿Existe algún requisito para acceder a dichas herramientas?

SI

¿Cual? _____

-

NO

21. ¿Existe un lugar destinado a las actividades educativas de los internos?

SI NO

22. ¿La institución cuenta con implementos deportivos al servicio de los internos?

SI ¿Cuales? _____

NO

23. ¿Considera que las zonas de recreación y deporte son adecuadas y suficientes para el número de internos?

SI NO

24. ¿Qué servicios presta la institución a los internos?

25. ¿Qué servicios considera necesario implementar en la institución?

26. En cuanto a la alimentación de los internos. ¿Cómo se escoge el menú que reciben?

27. De qué consta dicho menú al:

a. Desayuno

b. Almuerzo

c. Comida

28. Cuando un interno por condiciones de salud requiere una dieta especial. ¿la institución se la facilita?

SI NO

29. Considera que la cantidad de alimentación que reciben los internos es:

- Poca
- Suficiente
- Mucha

30. ¿Cuándo un interno requiere medicamentos quién se los suministra?

- No sabe
- Familia
- Institución
- Amigos
- Otro ¿Quién? _____

31. ¿Usted sabe si dentro del Establecimiento Carcelario se consumen drogas alucinógenas?

SI ¿Cuál? _____

NO

32. En cuanto a la visita conyugal. ¿Cuáles son los requisitos para que un interno acceda a ésta?

33. ¿Cuál es el sitio que la Institución dispone para la visita conyugal?

34. ¿Cree usted que dentro de la cárcel se presentan relaciones homosexuales?

SI NO

35. Dentro de Establecimiento Carcelario. ¿Se han presentado accidentes o lesiones de los internos?

SI NO

¿Por qué motivos? _____

36. ¿Qué posibilidad tienen los internos de practicar sus creencias religiosas?

37. Dentro del Establecimiento Carcelario. ¿Cómo se realiza la disposición de las basuras?

ANEXO D

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

