	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
		PAGINA: 1 de 9

26.

FECHA miércoles, 30 de mayo de 2018

Señores
UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
 BIBLIOTECA
 Ciudad


UNIDAD REGIONAL	Extensión Facatativá
TIPO DE DOCUMENTO	Trabajo De Grado
FACULTAD	Ciencias Sociales, Humanidades Y Ciencias Póliticas
NIVEL ACADÉMICO DE FORMACIÓN O PROCESO	Pregrado
PROGRAMA ACADÉMICO	Psicología

El Autor(Es):

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS	No. DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
Farfan Ríos	Xiomara	1070976883
Muñoz Siza	Sergio	101844907

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
 NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL	VIGENCIA: 2017-11-16
	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 2 de 9

Director(Es) y/o Asesor(Es) del documento:

APELLIDOS COMPLETOS	NOMBRES COMPLETOS
Amaya	Jaime Andrés

TÍTULO DEL DOCUMENTO
IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CONDUCTAS DE RIESGO QUE PROPICIAN EL CONTAGIO DEL VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD LGBTI DEL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DE BOGOTÁ

SUBTÍTULO (Aplica solo para Tesis, Artículos Científicos, Disertaciones, Objetos Virtuales de Aprendizaje)


TRABAJO PARA OPTAR AL TÍTULO DE: Aplica para Tesis/Trabajo de Grado/Pasantía
Psicólogo

AÑO DE EDICIÓN DEL DOCUMENTO	NÚMERO DE PÁGINAS
30/05/2018	117p

DESCRIPTORES O PALABRAS CLAVES EN ESPAÑOL E INGLÉS (Usar 6 descriptores o palabras claves)	
ESPAÑOL	INGLÉS
1. Actitudes	Attitudes
2. Conductas de riesgo	Behavior of risk
3. Cárcel	Jail
4. VIH	HIV
5.	
6.	

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
 Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
 www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
 NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*


	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16
		PAGINA: 3 de 9

RESUMEN DEL CONTENIDO EN ESPAÑOL E INGLÉS
(Máximo 250 palabras – 1530 caracteres, aplica para resumen en español):

Desde la psicología se ha identificado que la conducta humana esta mediada por procesos no observables como las actitudes, en este orden de ideas dichos procesos de conducta y cognición se han venido estudiando en diferentes contextos tales como el penitenciario y en ámbitos de la salud, es por eso que varias investigaciones han identificado a la población privada de la libertad y a los sectores LGBTI con mayor incidencia de contagio de VIH a consecuencia de la puesta en práctica de conductas de riesgo. Mencionado lo anterior en el establecimiento carcelario de Bogotá EC hay una tasa de contagio de 46 personas según cifras de la oficina de sanidad del establecimiento, situación que preocupa, puesto que esta es una población flotante; ya sea por el traslado de institución o por la reintegración a la sociedad, sumado a que las condiciones de habitabilidad y sanitarias de los establecimientos carcelarios no son las mejores, hechos que pueden propiciar el contagio del VIH. De tal manera, cobra importancia describir las actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH/SIDA de los sectores auto reconocidos LGBTI privados de la libertad del establecimiento carcelario EC Bogotá. Para esto se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, donde se seleccionó una muestra por conveniencia de 33 sujetos privados de la libertad que se auto reconocen en algún sector LGBTI, el instrumento utilizado para la recolección de la información fue la encuesta de vigilancia del comportamiento (EVC). Una vez aplicada la encuesta, se pudo evidenciar un fenómeno denominado en la psicología como disonancia cognitiva debido a que a pesar de que existe un nivel medio de conocimientos y una actitud negativa hacia el contagio de VIH y positiva hacia las personas contagiadas se sigue emitiendo conductas riesgosas por parte de la población.

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL REPOSITORIO INSTITUCIONAL	VIGENCIA: 2017-11-16 PAGINA: 4 de 9

From psychology has been identified that human behavior is mediated by unobservable processes such as attitudes, in this order of ideas such behavioral processes and cognition have been studied in different contexts such as the penitentiary and health areas, is that is why several studies have identified the population deprived of freedom and the LGBTI sectors with the highest incidence of HIV infection as a result of the implementation of risk behaviors.

Mentioned the above in the prison establishment of Bogotá EC there is a contagion rate of 46 people according to figures from the health office of the establishment, a situation that worries, since this is a floating population; either by the transfer of institution or by the reintegration into society, added to the fact that the conditions of habitability and health of the prison establishments are not the best, facts that may lead to the spread of HIV. In this way, it is important to describe the risk attitudes and behaviors associated with the HIV / AIDS transmission of self-recognized LGBTI sectors deprived of the freedom of the EC Bogotá prison establishment. For this a quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out, where a sample was selected for the convenience of 33 individuals deprived of liberty who self-recognized in some LGBTI sector, the instrument used for the collection of the information was the surveillance survey of the behavior (EVC). Once the survey was applied, a phenomenon called cognitive dissonance could be seen in applied psychology, because despite the fact that there is a medium level of knowledge and a negative attitude towards HIV infection and a positive attitude toward infected people, it continues to be issued. Risky behavior on the part of the population.



AUTORIZACION DE PUBLICACION

Por medio del presente escrito autorizo (Autorizamos) a la Universidad de Cundinamarca para que, en desarrollo de la presente licencia de uso parcial, pueda ejercer sobre mí (nuestra) obra las atribuciones que se indican a continuación, teniendo en cuenta que, en cualquier caso, la finalidad perseguida será facilitar, difundir y promover el aprendizaje, la enseñanza y la investigación.

En consecuencia, las atribuciones de usos temporales y parciales que por virtud de la presente licencia se autoriza a la Universidad de Cundinamarca, a los usuarios de la Biblioteca de la Universidad; así como a los usuarios de las redes, bases de datos y demás sitios web con los que la Universidad tenga perfeccionado una alianza, son: Marque con una "X":


AUTORIZO (AUTORIZAMOS)	SI	NO
1. La reproducción por cualquier formato conocido o por conocer.	X	
2. La comunicación pública por cualquier procedimiento o medio físico o electrónico, así como su puesta a disposición en Internet.	X	
3. La inclusión en bases de datos y en sitios web sean éstos onerosos o gratuitos, existiendo con ellos previa alianza perfeccionada con la Universidad de Cundinamarca para efectos de satisfacer los fines previstos. En este evento, tales sitios y sus usuarios tendrán las mismas facultades que las aquí concedidas con las mismas limitaciones y condiciones.	X	
4. La inclusión en el Repositorio Institucional.	X	

De acuerdo con la naturaleza del uso concedido, la presente licencia parcial se otorga a título gratuito por el máximo tiempo legal colombiano, con el propósito de que en dicho lapso mi (nuestra) obra sea explotada en las condiciones aquí estipuladas y para los fines indicados, respetando siempre la titularidad de los derechos patrimoniales y morales correspondientes, de acuerdo con los usos honrados, de manera proporcional y justificada a la finalidad perseguida, sin ánimo de lucro ni de comercialización.

Para el caso de las Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, de manera complementaria, garantizo(garantizamos) en mi(nuestra) calidad de estudiante(s) y por ende autor(es) exclusivo(s), que la Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi(nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro (aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá - Cundinamarca
 Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
 www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
 NIT 890 680 062-2

Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
 Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Manual

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAr113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL	VIGENCIA: 2017-11-16
	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 6 de 9

autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos de la Tesis o Trabajo de Grado es de mí (nuestra) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

Sin perjuicio de los usos y atribuciones otorgadas en virtud de este documento, continuaré (continuaremos) conservando los correspondientes derechos patrimoniales sin modificación o restricción alguna, puesto que, de acuerdo con la legislación colombiana aplicable, el presente es un acuerdo jurídico que en ningún caso conlleva la enajenación de los derechos patrimoniales derivados del régimen del Derecho de Autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, "*Los derechos morales sobre el trabajo son propiedad de los autores*", los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables. En consecuencia, la Universidad de Cundinamarca está en la obligación de RESPETARLOS Y HACERLOS RESPETAR, para lo cual tomará las medidas correspondientes para garantizar su observancia.

NOTA: (Para Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía):

Información Confidencial:

Esta Tesis, Trabajo de Grado o Pasantía, contiene información privilegiada, estratégica, secreta, confidencial y demás similar, o hace parte de la investigación que se adelanta y cuyos resultados finales no se han publicado.


SI ___ NO _X_.

En caso afirmativo expresamente indicaré (indicaremos), en carta adjunta tal situación con el fin de que se mantenga la restricción de acceso.

LICENCIA DE PUBLICACIÓN

Como titular(es) del derecho de autor, confiero(erimos) a la Universidad de Cundinamarca una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, por un plazo de 5 años, que serán prorrogables indefinidamente por el tiempo que dure el derecho

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAAR113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL	VIGENCIA: 2017-11-16
	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 7 de 9

patrimonial del autor. El autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito. (Para el caso de los Recursos Educativos Digitales, la Licencia de Publicación será permanente).

b) Autoriza a la Universidad de Cundinamarca a publicar la obra en formato y/o soporte digital, conociendo que, dado que se publica en Internet, por este hecho circula con un alcance mundial.

c) Los titulares aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.

d) El(Los) Autor(es), garantizo(amos) que el documento en cuestión, es producto de mi(nuestra) plena autoría, de mi(nuestro) esfuerzo personal intelectual, como consecuencia de mi (nuestra) creación original particular y, por tanto, soy(somos) el(los) único(s) titular(es) de la misma. Además, aseguro(aseguramos) que no contiene citas, ni transcripciones de otras obras protegidas, por fuera de los límites autorizados por la ley, según los usos honrados, y en proporción a los fines previstos; ni tampoco contempla declaraciones difamatorias contra terceros; respetando el derecho a la imagen, intimidad, buen nombre y demás derechos constitucionales. Adicionalmente, manifiesto (manifestamos) que no se incluyeron expresiones contrarias al orden público ni a las buenas costumbres. En consecuencia, la responsabilidad directa en la elaboración, presentación, investigación y, en general, contenidos es de mí (nuestro) competencia exclusiva, eximiendo de toda responsabilidad a la Universidad de Cundinamarca por tales aspectos.

e) En todo caso la Universidad de Cundinamarca se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.

f) Los titulares autorizan a la Universidad para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.

g) Los titulares aceptan que la Universidad de Cundinamarca pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.

h) Los titulares autorizan que la obra sea puesta a disposición del público en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en el "Manual del Repositorio Institucional AAAM003"

i) Para el caso de los Recursos Educativos Digitales producidos por la Oficina de Educación Virtual, sus contenidos de publicación se rigen bajo la Licencia Creative Commons: Atribución- No comercial- Compartir Igual.

Diagonal 18 No. 20-29 Fusagasugá – Cundinamarca
Teléfono (091) 8281483 Línea Gratuita 018000976000
www.ucundinamarca.edu.co E-mail: info@ucundinamarca.edu.co
NIT: 890.680.062-2

*Documento controlado por el Sistema de Gestión de la Calidad
Asegúrese que corresponde a la última versión consultando el Portal Institucional*

	MACROPROCESO DE APOYO	CÓDIGO: AAar113
	PROCESO GESTIÓN APOYO ACADÉMICO	VERSIÓN: 3
	DESCRIPCIÓN, AUTORIZACIÓN Y LICENCIA DEL	VIGENCIA: 2017-11-16
	REPOSITORIO INSTITUCIONAL	PAGINA: 8 de 9



j) Para el caso de los Artículos Científicos y Revistas, sus contenidos se rigen bajo la Licencia Creative Commons Atribución- No comercial- Sin derivar.



Nota:

Si el documento se basa en un trabajo que ha sido patrocinado o apoyado por una entidad, con excepción de Universidad de Cundinamarca, los autores garantizan que se ha cumplido con los derechos y obligaciones requeridos por el respectivo contrato o acuerdo.

La obra que se integrará en el Repositorio Institucional, está en el(los) siguiente(s) archivo(s).

Nombre completo del Archivo Incluida su Extensión (Ej. PerezJuan2017.pdf)	Tipo de documento (ej. Texto, imagen, video, etc.)
1. IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CONDUCTAS DE RIESGO QUE PROPICIAN EL CONTAGIO DEL VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD LGBTI DEL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DE BOGOTÁ.pdf	Texto
2.	
3.	
4.	

En constancia de lo anterior, Firmo (amos) el presente documento:

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS	FIRMA (autógrafo)
Sergio Muñoz Siza	
Fátima Ríos Ximenes	

12.1.50

**IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CONDUCTAS DE RIESGO
QUE PROPICIAN EL CONTAGIO DEL VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD
LGBTI DEL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DE BOGOTÁ**

XIOMARA FARFAN RÍOS

SERGIO MUÑOZ SIZA

ASESOR: JAIME ANDRES AMAYA

MONOGRAFIA DE PREGRADO

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, POLITICAS Y HUMANIDADES

FACATATIVA

MARZO DE 2018

**IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CONDUCTAS DE RIESGO
QUE PROPICIAN EL CONTAGIO DEL VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD
LGBTI DEL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DE BOGOTÁ**

XIOMARA FARFAN RÍOS

SERGIO MUÑOZ SIZA

ASESOR: JAIME ANDRES AMAYA

MONOGRAFIA DE PREGRADO

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, POLITICAS Y HUMANIDADES

FACATATIVA

MARZO DE 2018

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	4
Planteamiento del problema	6
Justificación.....	10
Objetivos	16
Marco teórico	¡Error! Marcador no definido.
Marco epistemológico.....	56
Metodología.....	¡Error!
r! Marcador no definido.9	
Tipo de estudio.....	¡Error!
Marcador no definido.9	
Población de estudio.....	59
Tamaño de la muestra	59
Instrumento	60
Procedimiento	62
Operacionalización de las variables.....	63
Consideraciones éticas.....	73
Resultados.....	75
Discusión.....	92
Conclusiones	103
Recomendaciones.....	106
Referencias.....	107
Anexos.....	115

LISTA DE FIGURAS

FIGURA I: Casos notificados de VIH, SIDA y muertes por sida, Colombia 1983-2012	8
FIGURA II: Grafico datos sociodemográficos; edad	64
FIGURA III: Grafico datos sociodemográficos; religión	64
FIGURA IV: Grafico datos sociodemográficos; orientación sexual	64
FIGURA V: Grafico tiempo de permanencia en el establecimiento	65
FIGURA VI: Grafico conductas lesivas; consumo de alcohol	66
FIGURA VII: Grafico conductas lesivas; Consumo de SPA	66
FIGURA VIII: Grafico conductas lesivas; jeringas y tatuajes	67

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: Operacionalización de las variables	51
TABLA 2: Conducta sexual	68
TABLA 3: Conocimientos y actitudes	77
TABLA 4: Tabla de contingencias uso de condón en la última relación sexual	85
TABLA 5: Tabla de contingencias vías de contagio	90
TABLA 6: Tabla de contingencias prueba confidencial de VIH	

IDENTIFICACIÓN DE LAS ACTITUDES Y CONDUCTAS DE RIESGO QUE PROPICIAN EL CONTAGIO DEL VIH/SIDA EN LA COMUNIDAD LGBTI DEL ESTABLECIMIENTO CARCELARIO DE BOGOTÁ

RESUMEN

Desde la psicología se ha identificado que la conducta humana esta mediada por procesos no observables como las actitudes, en este orden de ideas dichos procesos de conducta y cognición se han venido estudiando en diferentes contextos tales como el penitenciario y en ámbitos de la salud, es por eso que varias investigaciones han identificado a la población privada de la libertad y a los sectores LGBTI con mayor incidencia de contagio de VIH a consecuencia de la puesta en práctica de conductas de riesgo. Mencionado lo anterior en el establecimiento carcelario de Bogotá EC hay una tasa de contagio de 46 personas según cifras de la oficina de sanidad del establecimiento, situación que preocupa, puesto que esta es una población flotante; ya sea por el traslado de institución o por la reintegración a la sociedad, sumado a que las condiciones de habitabilidad y sanitarias de los establecimientos carcelarios no son las mejores, hechos que pueden propiciar el contagio del VIH. De tal manera, cobra importancia describir las actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH/SIDA de los sectores auto reconocidos LGBTI privados de la libertad del establecimiento carcelario EC Bogotá. Para esto se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal, donde se seleccionó una muestra por conveniencia de 33 sujetos privados de la libertad que se auto reconocen en algún sector LGBTI, el instrumento utilizado para la recolección de la información fue la encuesta de vigilancia del comportamiento (EVC). Una vez aplicada la encuesta, se pudo evidenciar un fenómeno denominado en la psicología como disonancia cognitiva debido a que a pesar de que existe un nivel medio de conocimientos y una actitud negativa hacia el contagio de VIH y positiva hacia las personas contagiadas se sigue emitiendo conductas riesgosas por parte de la población.

PALABRAS CLAVES: ACTITUDES, CONDUCTAS DE RIESGO, CARCEL, VIH.

SUMMARY

From psychology has been identified that human behavior is mediated by unobservable processes such as attitudes, in this order of ideas such behavioral processes and cognition have been studied in different contexts such as the penitentiary and health areas, is that is why several studies have identified the population deprived of freedom and the LGBTI sectors with the highest incidence of HIV infection as a result of the implementation of risk behaviors.

Mentioned the above in the prison establishment of Bogotá EC there is a contagion rate of 46 people according to figures from the health office of the establishment, a situation that worries, since this is a floating population; either by the transfer of institution or by the reintegration into society, added to the fact that the conditions of habitability and health of the prison establishments are not the best, facts that may lead to the spread of HIV. In this way, it is important to describe the risk attitudes and behaviors associated with the HIV / AIDS transmission of self-recognized LGBTI sectors deprived of the freedom of the EC Bogotá prison establishment. For this a quantitative, descriptive, cross-sectional study was carried out, where a sample was selected for the convenience of 33 individuals deprived of liberty who self-recognized in some LGBTI sector, the instrument used for the collection of the information was the surveillance survey of the behavior (EVC). Once the survey was applied, a phenomenon called cognitive dissonance could be seen in applied psychology, because despite the fact that there is a medium level of knowledge and a negative attitude towards HIV infection and a positive attitude toward infected people, it continues to be issued. Risky behavior on the part of the population.

KEY WORDS: ATTITUDES, BEHAVIOR OF RISK, JAIL, HIV.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La psicología como ciencia humana encargada de estudiar la cognición y el comportamiento ha incursionado en diferentes contextos con el fin de explicar los fenómenos que atañen a los seres humanos durante su ciclo vital, para llegar a explicar o dar solución a dichos fenómenos han surgido un sin número de investigaciones y teorías explicativas. A la hora de estudiar el comportamiento humano se han tenido en cuenta varios procesos que lo preceden, uno de ellos son las actitudes, estos juicios valorativos se consolidan de acuerdo al conocimiento existente sobre determinado tema o conducta, y de acuerdo a lo que se percibe como correcto socialmente, como se cita a continuación, “Las actitudes están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter pre conductual”(Castro,2000,pg.38), de acuerdo a esta afirmación las actitudes cumplen un papel importante en la toma de decisiones y finalmente en la emisión de las conductas, por lo que es relevante su identificación y cambio a la hora de abordar un problema.

Al estar inmerso en el contexto penitenciario se puede observar diversas dificultades, uno de las principales sectores donde existe problemas es en el área de la salud, donde la psicología cumple un papel fundamental tanto investigativo como interventor, como se mencionaba anteriormente las actitudes y los conocimientos que tenga un individuo puede ser determinantes a la hora de realizar o no conductas saludables o de riesgo como se menciona a continuación "Las actitudes son creencias internas que influyen en los actos personales y que reflejan características como la generosidad, la honestidad o los hábitos de vida saludables" (Schunk, 1997: 392; citado por Castro,2000,pg.38). Gracias a los aportes de la psicología de la salud se ha abordado los procesos salud- enfermedad desde una perspectiva individual, social y biológica, por lo que a la psicología de la salud

le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud (Diaz,2010, pg.60)

Por otro lado se ha identificado que existe una alta tasa de contagio del virus de VIH dentro del establecimiento carcelario de Bogotá, se tiene registro de 46 personas, sin embargo, se presume que existen más contagiados que lo mantienen en secreto por temor a la discriminación, de los contagiados un gran porcentaje pertenece a la comunidad LGBTI.

Dando una mirada más amplia a el fenómeno del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) se identifica que este agente infeccioso que afecta el sistema inmunológico de los seres humanos, debilita la capacidad de defensa del organismo, en consecuencia, aumenta la vulnerabilidad de adquirir infecciones oportunistas que disminuyen la calidad de vida de las personas e incluso pueden causar la muerte, al ser una enfermedad infectocontagiosa genera riesgo y afectación a nivel individual, familiar y comunitario. Su rápida diseminación ha generado que este virus sea considerado como un problema de salud pública y comunitaria, en donde diferentes disciplinas han contribuido en su abordaje, tal es el caso de la psicología; que ha generado estrategias de promoción, prevención y atención, sin embargo, a través de los años los índices de contagio de esta infección no disminuyen, por el contrario, han aumentado. A través de la investigación se ha llegado a determinar que existen conductas de riesgo y actitudes que influyen en el contagio y reinfección del VIH, relacionadas con los hábitos y estilos de vida (Bayes, 1995).

Con el transcurso del tiempo y a partir de diversas investigaciones se ha identificado a la población con mayor vulnerabilidad de contagio de VIH, entre estos grupos se encuentra la comunidad lesbiana, gay, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) y la población privada de la libertad (PPL). Según el ministerio de protección social, en su guía de prevención del VIH/SIDA. Población privada de la libertad, menciona que la prevalencia de la infección en centros penitenciarios puede llegar a ser veinte veces más elevada que en población en condiciones diferentes. Los factores precipitantes que convierten a la cárcel en un escenario vulnerable son, el hacinamiento, la falta de información, condiciones de salubridad inadecuadas, las diferentes formas de violencia, dificultad para acceder a un sistema de salud apropiado y violación de los derechos, por otra parte el contagio en la comunidad LGBTI está asociado con la discriminación, puesto que existen prejuicios hacia los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), hecho que dificulta la realización de programas de prevención y el acercamiento a la población para minimizar conductas sexuales de riesgo (sin protección) (2011).

Teniendo en cuenta lo anterior, es de esperar que en el establecimiento carcelario masculino EC, Bogotá, se encuentra un grupo poblacional que cuenta con varias características de riesgo, entre ellas, personas que hacen parte de la comunidad LGBTI, PPL seropositivos, según registros de la oficina de sanidad existen 53 sujetos infectados con medida de detención intramural, adicionalmente “el establecimiento EC o cárcel la modelo, tiene una capacidad real para 3.081 PPL, sin embargo, actualmente se encuentran aproximadamente 4.949 PPL en esta institución, por lo que el porcentaje de hacinamiento corresponde al 90,6%.”(INPEC, 2017). Dichas cifras de contagio representan un riesgo latente y preocupación para el establecimiento EC, pues al ser una cárcel de sindicatos dichas personas que se contagien allí migran a otros penales llevando así el contagio de forma desproporcionada.

Por lo anterior cobra importancia la realización de investigaciones en actitudes y conductas que propician el contagio de VIH en este grupo poblacional con el fin de reconocer las vulnerabilidades y necesidades específicas de este tipo de comunidad, que a futuro servirá para orientar intervenciones, especialmente en este tipo de población caracterizada como vulnerable al contagio.

En el marco de la psicología el VIH se percibe como un fenómeno multidisciplinario de implicaciones médicas y psicológicas, en donde se cumple con tres objetivos principales nombrados por la unidad de investigación social y del comportamiento del programa central del SIDA de la Organización mundial de la salud. El primero objetivo es la prevención del contagio que busca modificar los comportamientos que ponen en riesgo de infección a la población en general desde una mirada de los niveles en prevención primaria, el segundo objetivo es el control el cual aborda a la población ya infectada con el fin de modificar aquellas conductas que propician la dispersión del virus, y el último es el apoyo cuya finalidad es atender el sufrimiento psicológico de las personas que padecen la infección y que alteran su cotidianidad trayendo múltiples psicopatologías y consecuencias psicosociales tales como los problemas familiares (Simón,1999).

De tal forma, el VIH y la psicología se observa desde una óptica asistencial y terapéutica, en donde el protagonismo lo realiza la psicología clínica, a la hora de intervenir a las personas ya contagiadas y a sus familias, a su vez el campo de la investigación lo realizan

otras disciplinas tales como la enfermería o medicina, desconociendo que la ciencia encargada del estudio de la conducta y cognición humana es la psicología, por ende, es un reto para la psicología especialmente de la salud volver a retomar temas como la investigación en estas áreas, que abonan al bienestar colectivo de los grupos sociales.

Actualmente existe registro de 46 personas pertenecientes a la comunidad LGBTI en la cárcel EC Modelo, de las que se tomará una muestra de 33 personas, se realizó esta investigación en un lapso de tiempo de 8 meses, con el fin de responder la siguiente pregunta de investigación, ¿Cuáles son las actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH/SIDA que se presenta en los sectores auto reconocidos de la comunidad LGBTI privada de la libertad en el Establecimiento Carcelario de Bogotá ?

JUSTIFICACIÓN

La ciencia se ha interesado en comprender el comportamiento humano, buscando determinar los factores que lo provocan, desde la psicología se ha estudiado los factores que anteceden la conducta, proponiendo diversas teorías dentro de las que se encuentra la acción razonada, donde se afirma que las actitudes y creencias llegan a determinar el comportamiento de una persona, dicha teoría menciona que las actitudes tienen un componente cognitivo y otro conativo, el primero “incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación”, por otro lado, el componente Conativo

Muestra las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas. (Castro, 2000, pg.41)

También debe tenerse en cuenta que las actitudes están mediadas por los conocimientos y creencias que posee una persona, es decir, así como la actitud ejerce influencia en el comportamiento, las creencias influyen en las actitudes, como lo cita Castro

Uno de los constructos más importantes en este modelo es el referido a la concepción de las "creencias" como antecedentes de las actitudes, pues plantea que la actitud hacia un objeto es el producto de las creencias que la persona tiene hacia el mismo. De igual forma postula que tales creencias tanto las actitudinales como las normativas contienen, por una parte, elementos de expectativa y por otra, elementos de valor; esto es lo que Fishbein y Ajzen han llamado la Probabilidad Subjetiva y la Deseabilidad Subjetiva, respectivamente (Castro,2000, pg. 54).

De esta teoría parten diversas investigaciones en múltiples contextos donde se busca identificar las actitudes y creencias, con el fin de conocer sobre qué aspectos tanto actitudinales como de conocimiento intervenir para lograr la mitigación de determinado problema, la acción razonada hace parte de los modelos expectativa valor, donde puede aplicarse a temas relacionados con la salud que le interesan a la psicología, como lo son los hábitos saludables, la prevención, promoción o intervención sobre distintas patologías

“Los modelos sobre la expectativa –valor enfatizan el papel de las actitudes como predictores de las prácticas de la salud. El argumento principal de estos modelos es que los cambios de actitud son prerequisite para cambiar la conducta” (León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004, p.155).

Dicho lo anterior cabe resaltar que existen conductas directamente relacionadas con el proceso salud- enfermedad, desde el escenario penitenciario se puede observar

Un grave problema de salud que se presenta en algunos penales colombianos es el aumento de privados de libertad contagiados de VIH, razón por la que cobra importancia la realización de investigaciones que apunten a la identificación de las creencias y actitudes que están propiciando la realización de conductas de riesgo por parte de la población privada de la libertad.

Debe tenerse en cuenta que la infección por VIH /SIDA es un problema de salud pública que se ha venido evidenciado a través de los años, desde su aparición en la época de los 80. Según cifras de ONUSIDA a finales del 2015 y comienzos del 2016 “36,7 millones de personas contagiaron el virus, y 1.3 millones de personas han muerto a causa de la infección” (2015). Año tras año dicho virus ha venido tomando más fuerza y extendiéndose por los diferentes continentes, siendo una de las principales causas de muerte en el mundo según estadísticas de la organización mundial de la salud (OMS).

Según el ministerio de salud y protección social desde 1985 al 31 de diciembre de 2012 se ha reportado un total de 95.187 casos de infección por VIH Sida y muerte, lo que evidencia que año tras año sigue un crecimiento paulatino de casos a nivel nacional. Para el año 2012 ingresaron al SIVIGILA un total de 8.196 casos. De estos 5.914 (72,2%) fueron hombres y 2.282 (27,8%) mujeres; el 98,5% corresponde al mecanismo de transmisión sexual (Minsalud.2013. pg.2).

Actualmente el sistema integral de información de protección social (SISPRO) ha reportado un total de 9419 casos de infección por VIH hasta el año 2016 con una concentración de 6197 casos nacionales (SISPRO, 2018).

Casos notificados de VIH, SIDA y muerte por sida Colombia 1983 a 2012



Figura I.

Por lo que se puede evidenciar del gráfico anterior, año tras año la infección ha incrementado mostrando cambios significativos en la equivalencia de dispersión epidemiológica; teniendo en cuenta el último boletín epidemiológico llevado a cabo en Colombia el cual fue en el año 2013, y viendo el comportamiento estadístico de la infección, se podría inferir que a la fecha la dispersión de la infección en la población colombiana no ha decrementado, por el contrario, se ha elevado.

El contagio del virus del VIH se da a través de diferentes prácticas y en diferentes poblaciones o comunidades, no hay una excepción característica que defina el contagio del VIH por región. Todos los seres humanos son susceptibles al contagio de este virus, unos grupos sociales más que otros, como se describe a continuación:

La infección por VIH afecta principalmente a aquellos grupos poblacionales que se encuentran en riesgo social, que tradicionalmente no se benefician de los programas de salud por sus condiciones socio sanitario desfavorable. El VIH es una seria

amenaza para la salud de la población carcelaria; constituye un desafío significativo para las autoridades penitenciarias, de salud pública y los gobiernos nacionales, mundialmente los niveles de infección de VIH tienden a ser más altos entre la población carcelaria que entre la que goza de libertad. Esta situación a menudo viene acompañada y se exagera por los altos índices de otras infecciones, por ejemplo, hepatitis B, C y tuberculosis (Gaviria, Lastre y Trejos. 2014. Pg. 26).

Como se menciona anteriormente, el contagio del virus en los penales colombianos, es un problema, que se complica por la cantidad de PPL que habitan las cárceles, y por otros factores o variables que inciden en ello. Dentro de los penales el contagio de enfermedades se debe a muchas variables que inciden en su incremento, como lo es el hacinamiento, el consumo de sustancias psicoactivas, la insalubridad que se observa dentro de las cárceles, los pocos profesionales de la salud que dan cobertura a la población carcelaria, la actividad sexual sin protección, y los efectos de prisionalización, todos estos son factores relevantes que están asociados al problema de salud pública y comunitaria del contagio del VIH en penales colombianos. “según el informe del INPEC de enero del 2017 la población privada de libertad (PPL) a nivel nacional asciende a un total de 118.925, de las cuales 7.800 son mujeres y 111.125 son hombres”.

El hacinamiento es un factor a tener en cuenta, puesto que, la sobrepoblación implica una serie de demandas que el sistema penitenciario y el sistema de salud deben cubrir, incrementando el costo y el trabajo de los profesionales y servicios de atención primaria para la población PPL, junto con el hacinamiento llegan otros factores fundamentales que se asocian al problema de salud pública. Dichos factores son las “conductas de riesgo como compartir material de inyección, consumo de sustancias psicoactivas, compartir elementos de usos personal, mantener relaciones sexuales con otros hombres sin protección, tatuajes, autolesiones y lesiones entre los reclusos y enfermedades infectocontagiosas las cuales constituyen una vía de transmisión muy eficaz” (Gaviria, Lastre y Trejos. 2014. Pág.28). Pero también se acentúan o toman importancia aquellas variables o procesos que antepone la conducta, como lo son las actitudes, cuya importancia radica en la evaluación del contexto para así poder emitir la conducta.

Como lo define Latorre & Beine: las creencias y actitudes también determinan en

forma significativa la práctica de las conductas de salud, la creencia de que un determinado comportamiento puede contribuir a evitar una enfermedad, así como la sensación de vulnerabilidad ante una enfermedad, son factores que contribuyen a la práctica de una conducta en salud determinada (1994. pg.31).

De acuerdo a lo anterior, el hacinamiento en las cárceles colombianas es un determinante para dar pie al desarrollo de los comportamientos y actitudes asociados al contagio del VIH dentro de los penales, según el informe estadístico de la Oficina asesora de planeación del INPEC para el (2017) “hay una tasa sobre poblacional de 118.925 personas, lo que significa un índice de hacinamiento del 51,7%”.

Por consiguiente, siendo el establecimiento penitenciario E. C de Bogotá o cárcel modelo perteneciente a la regional central, esta cuenta “con una capacidad real para 3.081 internos, sin embargo, actualmente se encuentran 4.949 PPL en esta institución, de los cuales 3.016 son sindicados y 1.933 condenados. El porcentaje de hacinamiento corresponde al 90,6%.” (INPEC, 2017). Dentro del recinto penitenciario EC, se encuentra la habitabilidad de grupos excepcionales los cuales también son privados de la libertad y tienen ciertas características como endogrupo. Dichos grupos excepcionales se distinguen por “sus características específicas de sexo o género, etnia, edad, nacionalidad, discapacidad física, que los diferencian del resto de la población” (Oficina Asesora de planeación del INPEC, 2015. Pág, 28).

Según lo anterior, el sexo o el género son aquellas características valederas para tener en cuenta la conformación de un grupo excepcional o endogrupo. Teniendo en cuenta esto, la comunidad LGBTI de la cárcel modelo de Bogotá, se considera un grupo excepcional con características particulares y riesgosas, como las ya mencionadas, por el ministerio de salud y por el INPEC. Por lo cual cobra relevancia la implementación de la investigación en dicho grupo poblacional. El establecimiento carcelario cuenta con 4.847 internos de los cuales 46 hacen parte de los sectores LGBTI.

Según Bayés en la actualidad, el SIDA es uno de los principales problemas de salud que se plantea a las autoridades penitenciarias de muchos países incluyendo a Colombia, debido a la frecuente práctica de comportamientos de riesgo por los internos, en especial la toxicomanía, la realización de tatuajes, las relaciones sexuales

sin protección y las autolesiones (Bayés, 1995.Pág,52).

Debido al índice tan elevado de aglomeración que se vive en los penales Colombianos, las problemáticas sociales y sanitarias por las que atraviesan los privados de la libertad y el contraste de los estudios ya existentes más los aportes teóricos del campo aplicado del psicólogo, se toma la decisión de investigar las actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del virus del VIH/SIDA en los sectores LGBTI de la cárcel EC de Bogotá, y posterior a esto abonar a futuras intervenciones eficaces desde los diferentes niveles de prevención y promoción que se pueden llevar a cabo dentro del recinto carcelario.

Por lo anterior y teniendo en cuenta las estadísticas y la descripción del factor biopsicosocial ya mencionado, la investigación se anclará a la línea de investigación en desarrollo humano de la universidad de Cundinamarca, dado que, se indagará sobre aquellas dimensiones psicológicas que atañen al comportamiento de los individuos, tal como lo son las actitudes y la conducta humana, que se dan dentro de un entorno psicosociocultural, tal como lo son las prácticas que se ejercen o se llevan a cabo dentro de la cárcel. De igual manera, toda la información recopilada durante la investigación, tanto resultados como discusiones será notificada a las oficinas de sanidad y psicosocial de la institución.

OBJETIVO GENERAL

- Identificar las actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH/SIDA de los sectores auto reconocidos LGBTI privados de la libertad del establecimiento carcelario EC Bogotá.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población LGBTI del establecimiento carcelario de Bogotá EC, por medio de encuesta de auto- reconocimiento del INPEC.

- Identificar actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH/SIDA a través del instrumento *ENCUESTAS DE VIGILANCIA DEL COMPORTAMIENTO (EVC)*
- Analizar los posibles factores de riesgo de contagio de VIH enmarcados dentro del instrumento EVC, por pabellón, teniendo en cuenta las características sociodemográficas propias de los PPL de los sectores LGBTI.

MARCO TEORICO

VIH/SIDA DESDE SU APARICIÓN HASTA LA ACTUALIDAD

La raza humana desde el inicio de la existencia se ha tenido que enfrentar a diferentes situaciones que generan peligro para su sobrevivencia, tales como el enfrentar a depredadores, pasar por periodos de hambruna, guerras entre civilizaciones o culturas, sobrellevar los picos fluctuantes del cambio climático y afrontar epidemias o pandemias de agentes biológicos, entre muchos más riesgos que atentan contra la existencia de la raza. Pasando por todos estos peligros y muchos más que no fueron nombrados, los seres humanos han venido generando estrategias de aprendizaje y de afrontamiento para mitigar el riesgo creado por el ambiente.

Respecto a la aparición del VIH/SIDA se ha generado en la comunidad científica varias teorías sobre su existencia y diseminación. Explicaciones muy arraigadas a lo científico otras argumentadas desde posturas religiosas y moralistas.

Una de las teorías que explican la aparición del virus enuncia que el VIH fue desarrollado como parte de un programa de armas biológicas. Según los estudios del profesor Jacob Segal, antiguo director del Instituto Biológico de Berlín, el genoma del VIH es casi idéntico al del virus MaediVisna, que provoca una afección cerebral

del ganado ovino y no se transmite al ser humano. El 3 % que difiere, corresponde con total exactitud a un fragmento del código genético del HTLV-I, que provoca una forma de leucemia que ataca las células T y raramente resulta fatal. El doctor Segal plantea que la única explicación posible a este fenómeno sería la hibridación de estos 2 virus mediante ingeniería genética. El potencial destructivo del VIH podría haber sido incluso previsto por sus creadores ya que su patología combina los efectos complementarios de ambas enfermedades. Los pacientes que no fallecen a causa de la deficiencia inmunológica, terminan presentando el mismo tipo de afección cerebral de las ovejas infectadas por el Visna (Miranda y Nápoles, 2009. Pg, 66).

Como se mencionó anteriormente, se creyó que la noxa biológica fue creada con fines bélicos, creación de la ingeniería genética con fines destructores. El instituto español de estudios estratégicos (IEEE) afirma que “la fabricación no parece tener obstáculos para grupos con cierta preparación y con los medios materiales y económicos necesarios, siendo la dispersión el proceso más complicado y quizás el mayor obstáculo tecnológico en la creación de un poderoso programa de armas biológicas” (2012, pg3). Por tal motivo, en la década de los 80 casi 90 se pensaba que la teleología del virus de la inmunodeficiencia humana era netamente militar con desenlaces bélicos.

Por el contrario, hay una teoría la cual surge en los años 80 y ha sido la más respaldada por la comunidad científica, ya que, explica con mayor severidad e historiográficamente la aparición del problema.

Según cita González en el (2002) el SIDA se originó en una remota tribu africana; algunos científicos piensan que una cierta especie de mono transmitió el virus a la tribu y que la enfermedad afectó a muchas personas de esta comunidad. En algún momento llegó a África un grupo de trabajadores haitianos. A su regreso a Haití, estos obreros llevaron consigo el virus. Algunos miembros de las comunidades homosexuales de Nueva York y Florida solían ir a Haití a vacacionar, estos hombres se contagiaron y a su vez llevaron consigo la enfermedad a los Estados Unidos y de esta forma el virus comenzó a propagarse por el mundo occidental (pg.10).

Como se afirma anteriormente, a partir de las movilizaciones de los seres humanos por el mundo, el virus tuvo mayor propagación y menos control, lo cual potencio a que el problema se convirtiera en pandemia. “Los primeros casos reportados por la enfermedad fueron en 1970, donde 5 sujetos de orientación homosexual presentaron síntomas iguales, todos dirigidos a un cuadro de infección respiratoria y desaparición o poca funcionalidad de su sistema inmune, sin justificación alguna desde entonces científicos de la facultad de medicina de la universidad de california se dieron a la tarea de investigar dichos casos, con el fin de dar explicación a los sucesos que se fueron incrementando en la población homosexual, por ende al fenómeno social y medico se le denomino la peste rosa o el síndrome gay” (Miranda y Nápoles, 2009).

La denominación de la peste rosa fue desechada tiempo después al evidenciar que dicho fenómeno no sólo se presentaba en la población LGBTI de los Estados Unidos, sino que también se evidenciaron casos en otros grupos sociales, como trabajadoras sexuales, bebés lactantes, consumidores de sustancias psicoactivas por vía endovenosa, sujetos heterosexuales y usuarios de los servicios de trasfusión de sangre “El 24 de septiembre de 1982, durante un encuentro de la Food and Drug Administration (FDA) sobre productos de sangre, Bruce Voeller, ex director de la National Gay Task Force, propuso llamar a la nueva enfermedad: síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)” (Miranda y Nápoles, 2009,pg. 65).

Más adelante en mayo de 1986, el comité internacional sobre taxonomía del virus recomendó un nuevo término, virus de la inmunodeficiencia humana, el comité eligió el término porque identifica el grupo afectado –el ser humano- y describe el efecto principal del virus el cual es la inmunodeficiencia (Valenzuela, 1991.Pg, 1).

Es así como diferentes entidades gubernamentales comenzaron a investigar y a identificar las características biológicas y psicosociales de la epidemia. Con el fin de mostrar a la comunidad científica una posible solución al problema descubierto de esa época y retirando de la jerga científica el nombre de linfadenopatía (LAV) denominado así por el “instituto nacional de cáncer Pasteur en París, y el nombre dado por los científicos estadounidenses en 1984 el cual lo llamaban virus linfonotrópico T humano del tipo 3” (Valenzuela, 1991).

Mientras que en el centro de enfermedades de Atlanta florida en los Estados Unidos los científicos de allí daban validez a su descubrimiento, en Francia pasaba lo mismo, expertos en el tema se peleaban los derechos de autor por el descubrimiento del virus. Por lo tanto, estas dos naciones discrepaban sobre los derechos de autor, varias organizaciones se pusieron al frente de la crisis sanitaria, tratando de buscar la ayuda de los gobiernos, especialmente las comunidades activistas. Como lo menciona Piot y Caraël “un sector muy golpeado por la infección fue la comunidad LGBTI, eso hizo que los activistas de dicho grupo social se hicieran notar con marchas y desmanes, ya que, pese a que se les acuñaba la culpa por la infección, también los olvidaban sin prestarles alguna ayuda” (2008. pg.88). Esto hizo ver al mundo entero, que se estaba pasando por un problema sanitario, pero aparte de eso también genero ciertas dificultades de orden social tales como la estigmatización y segregación de ciertos grupos sociales.

Como lo afirma la directora de la fundación María fortaleza el estigma y la discriminación fueron provocados por varios factores, tales como la inadecuada información sobre la enfermedad, los mitos existentes acerca de la forma de transmisión, los prejuicios, la falta de acceso a tratamientos, la información irresponsable y alarmista de los medios de comunicación, la connotación del SIDA como enfermedad incurable y los miedos sociales entorno a la sexualidad y a la muerte. (Arturo, 2003.Pg, 204).

Es así como el mundo iba creando construcciones alrededor de la situación, las preguntas inundaban los centros hospitalarios, en las morgues cientos de cuerpos invadían sus salas y en las calles personas luchaban por sus derechos civiles, mientras que en universidades y centros de investigación científicos de diferentes áreas buscaban encontrar alguna cura para tal magnitud. Por lo tanto, “los directores de los programas de salud como los especialistas no venían con las soluciones en la mano, llegaban con un gran problema sin solucionar” (Piot y Caraël, 2008. Pg. 36). A consecuencia de esa lucha incansable de búsqueda de conocimiento, logran identificar a otro grupo social vulnerable al contagio, siendo este los beneficiarios de las drogas consumidas por vía endovenosa.

Como lo ratifica Piot y colaboradores “En 1986 la OMS pone en marcha el programa global del SIDA (GPA) en donde la distinguía personalidad del médico Jhonathan Mann

logra movilizar varios recursos para personas infectadas, también consigue sacar el SIDA del coto de la sanidad pública clásica y por ende obtiene la atención de más de 100 ministros de salud de diferentes naciones del mundo” (2008). Desde entonces la primera fuente de asistencialismo hacía las personas contagiadas fue el GPA, donde se buscaba dar atención primaria a las necesidades de las personas seropositivas, y de igual manera buscar ayuda humanitaria. Siendo el GPA el primer programa por el cual los gobiernos del mundo prestaron atención a la crisis sanitaria por la que se atravesaba en esa época.

En ese mismo momento histórico “Entre 1985 y 1986 comienzan en Estados Unidos las primeras pruebas clínicas de medicamentos para hacerle frente a la infección, y en 1986 la asamblea mundial de la salud recomienda una estrategia mundial para el control de SIDA” (Valenzuela, 1991.Pg, 2). De tal manera, varias organizaciones y gobiernos del mundo comenzaron a prestarle atención al problema, comenzaron a movilizar ayudas y surgen grandes cambios a nivel político y social, dando surgimiento a las políticas de salud pública y normas de salubridad.

Desde los primeros estudios clínicos a mediados de los noventa, los fármacos antirretrovirales demostraron una gran eficacia, en primer lugar, en la reducción de la carga viral y, también, en el aumento de linfocitos. Se demostró que esta terapia permitía una reducción de la incidencia de enfermedades oportunistas, un retraso en la progresión de la infección por VIH hasta el desarrollo del sida y un aumento muy significativo de la supervivencia de los pacientes (Farmaindustria, 2002.Pg, 13).

Los medicamentos antiretrovirales fueron el plus tecnológico de los años 90, cuando los gobiernos se movilizaron y trataron de buscar una cura para el virus que evidentemente no encontraron, pero hallaron sustancias que podían inhibir la reacción y reproducción del virus en el organismo. Según farmaindustrias afirmó en el (2002) que “La terapia antirretroviral potente ha conseguido que esta enfermedad, tradicionalmente mortal y que asediaba a prácticamente todos los países del mundo, pase a ser una enfermedad crónica y bien tolerada”. Hoy en día el VIH/SIDA como lo ratifican las industrias farmacéuticas y los profesionales expertos en el tema, es una enfermedad crónica no curable, pero con un tratamiento que puede potenciar la calidad de vida de los individuos seropositivos.

El alcance obtenido a través de la historia, ha sido indiscutiblemente sustancial, logrando así identificar la infección como un problema que atañe a todo el mundo, especialmente a ciertos grupos que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad por sus características propias tales como: la comunidad LGBTI, los beneficiarios del consumo de sustancias psicoactivas por vía endovenosa, las personas trabajadoras sexuales y la comunidad privada de la libertad. Pero en cierto modo el riesgo es latente para todo el mundo; Es así como el avance en la tecnología farmacéutica dio ese gran salto en crear los medicamentos antiretrovirales, y, por ende, los gobiernos crear políticas públicas dirigidas al combate de la infección. Este suceso en la historia de la humanidad trajo consigo grandes cambios a nivel biopsicosocial de las personas que viven la problemática de forma directa o indirecta.

Por otra parte, en América latina, donde la epidemia ha llegado a la población en general, y en donde las relaciones heterosexuales son el principal modo de transmisión en Centroamérica, mientras que en América del sur predominan como modo de transmisión las relaciones sexuales entre hombres y el uso de drogas inyectables desempeña una función importante en el cono sur (Abreu, Noguer & Cowgill, 2004.Pg, 7).

Es así como los diferentes factores económicos y sociales interfieren en la diseminación de la infección en América latina, tales obedecen específicamente al desarrollo de la nación. Por ende, los factores políticos y económicos inciden en la atención y prevención de las personas seropositivas y de la población en general. Según Cáceres “Los contextos de vulnerabilidad guardan directa relación con factores estructurales en torno de la clase social, el género, la diferencia sexual, y la etnicidad” (2003.Pg, 4).

Mientras tanto Colombia se ubica en el cuarto lugar entre los países continentales de América latina, en el número total de casos reportados por VIH/SIDA. El primer caso de SIDA registrado, fue diagnosticado en la ciudad de Cartagena de Indias en 1983, correspondiendo a una mujer, trabajadora sexual (Asociación Colombiana de infectología, 2002.pg, 12)

Para el 2002 según la asociación colombiana de infectología (ACIN) Colombia se ubicaba en el cuarto puesto de la lista de los países latinoamericanos con mayor incidencia

del contagio del virus de la inmunodeficiencia humana, para el 2015 según el diario BBC mundo “después de **Argentina** con (7.8%), con más casos nuevos de VIH es **Paraguay** (4,9%), seguido por **Bolivia** (4,8%), **Colombia** (4,6%) y **Ecuador** (3,9%)” (2016). Colombia sigue ocupando el cuarto puesto, reportando nuevos casos y conductas de riesgo que propician al contagio. “El estudio muestra que la epidemia del sida aún no está superada y que sigue siendo **la mayor amenaza para la salud mundial** de nuestro tiempo, dijo Peter Piot, miembro fundador de Onusida” (BBC Mundo, 2016).

En Colombia desde la aparición de la infección en el territorio nacional, como en todos los países del mundo, está ha tenido su gran incidencia económica en el sistema de seguridad social, ya que desde su llegada, el ministerio de salud la ha catalogado como una enfermedad de alto costo y de alto impacto social; de cierto modo el problema de salud pública ha tenido sus comportamiento epidemiológico adjuntándose a las dinámicas sociales de cada región, teniendo en cuenta el grado de vulnerabilidad social que se vive en los diferentes sectores poblacionales de los departamentos de Colombia.

Durante la primera década de la epidemia en Colombia, la caracterización de su comportamiento fue dada por el predominio marcado de la transmisión homosexual. A partir de los años noventa, se comenzó a evidenciar un cambio notorio en el comportamiento de la epidemia, observándose una transición gradual hacía el predominio de la transmisión heterosexual. Al interior del país particularmente en la región andina, sigue predominando la transmisión homo-bisexual, en las regiones centro-occidente y Bogotá el predominio de transmisión se da entre hombres que tienen sexo con hombres, por el contrario, en sectores tales como la costa atlántica y norte de Santander, el contacto heterosexual es la forma de transmisión predominante (ACIN, 2002.Pg,12).

Como se ha venido mostrando, la aparición de la noxa biológica ha causado gran revuelo en los diferentes sectores sociales y gobiernos del mundo, convirtiéndose en un problema de salud pública con mayor incidencia en sectores vulnerables. A través de la historia del VIH/SIDA las organizaciones científicas han tratado de encontrar una cura para el problema, encontrando soluciones tales como los medicamentos antirretrovirales, los cuales han sido el mayor avance tecnológico en dicho tema. De igual manera, se ha venido

hallando diferentes posturas alrededor del fenómeno, se ha necesitado el abordaje de diferentes profesiones que han contribuido a la causa. Hoy en día el problema del contagio del VIH y del padecimiento del SIDA tiene a las instituciones en un modo preventivo y atencional mientras que se encuentra una cura, para así en lo posible prevenir el contagio y promocionar la calidad de vida que los seres humanos requieren.

De tal forma, el VIH y la psicología se observa desde una óptica asistencial y terapéutica, en donde el protagonismo lo realiza la psicología clínica, a la hora de intervenir a las personas ya contagiadas y a sus familias, a su vez el campo de la investigación lo realizan otras disciplinas tales como la enfermería o medicina, desconociendo que la ciencia encargada del estudio de la conducta y cognición humana es la psicología, por ende, es un reto para la psicología especialmente de la salud volver a retomar temas como la investigación en estas áreas, que abonan al bienestar colectivo de los grupos sociales.

ASPECTOS GENERALES DEL VIH/SIDA COMO AGENTE BIOLÓGICO.

“El VIH es miembro del género lentiviridae de la familia de los retrovirus y se caracteriza por producir una infección lenta persistente, la cual causa enfermedad luego de un periodo largo de replicación” (Betancur, Correa, Estrada & Orozco. 2005. Pg. 3). Durante las investigaciones en los primeros momentos de aparición de la infección, se descubrieron grandes características respecto al virus, se realizó de forma científica su taxonomía encontrando que “existen dos tipos distintos de virus en humano que causan SIDA, VIH-1 y VIH-2, los dos tipos se distinguen entre sí por la organización de su genoma y de sus relaciones filogenéticas con otros lentivirus primates” (Brooks, Butel & Morse. 2005. Pag, 603).

Los virólogos han descrito las proporciones físicas del VIH “siendo este esférico con un diámetro aproximado de 100 nm, está compuesto por una nucleocápside formada por dos cadenas lineales de ARN y las enzimas asociadas, proteasa, integrasa y transcriptasa reversa necesaria para la primera fase de replicación vírica” (Betancur, et al, 2005. Pg, 3). Es así como el agente nóxico logra describirse e identificarse en la categoría molecular de la taxonomía microbiológica.

De igual modo que los demás microbios del ambiente, el VIH genera un cierto grado de patogenia en el cuerpo del ser humano, cumpliendo con un ciclo y obedeciendo a caracteres específicos de su composición molecular, es así como “la primera etapa inicia con la infección primaria, seguida de esta llega la diseminación del virus a órganos linfoides, el periodo de latencia clínica, luego la expresión del VIH y por último llega la enfermedad clínica y la muerte” (Brooks, et al, 2005.Pg, 606).

El virus a nivel fisiológico produce una replicación de su carga genética, inoculando a las células blancas y a otro grupo celular tal como “las células Nk, los linfocitos T CD8+, linfocitos CD4+, los macrófagos, las células del sistema nervioso y las dendríticas” (Shors, 2009. Pág., 456). Es así como después de tener el contagio por fluidos contaminados el virus entra al torrente sanguíneo del cuerpo y comienza a colonizar este tipo de células. Se han detectado solo tres formas de transmisión del agente biológico, según el psicólogo clínico Alfonso Roa docente de la cátedra en psicología de la salud de la universidad complutense de Madrid hay tres mecanismos de transmisión los cuales son: “sostener relaciones sexuales sin protección ya sea vaginal, anal y oralmente, por contacto tras cutáneo de sangre y transmisión vertical de madre infectada a hijo en etapa gestante o en el momento del parto” (2005).

La transmisión perinatal del virus del VIH según Basualdo, Coto y Torres “de madre a hijo, puede suceder antes, durante o después del parto, aunque las evidencias muestran que en su gran mayoría la infección sucedería en el útero” (1996.Pg, 83).

Por el contrario, la transmisión sexual es una de las más predominantes en todo el mundo, el riesgo de adquirir la infección por VIH depende de varios factores, entre ellos del tipo de contacto sexual, ya sea anal, oral o vaginal, la carga viral, la susceptibilidad del receptor e inclusive su estado inmunitario. Las estadísticas revelan que la gran mayoría de las infecciones han ocurrido en hombres homosexuales, estudios de comportamiento revelan que el riesgo de infección en estos hombres aumenta con el número de parejas sexuales masculinas y la frecuencia con la que ellos actúan como pasivos en su relación. En cuanto a la transmisión de la infección entre mujeres se ha descrito solo en tres oportunidades. (Basualdo, Coto y torres, 1996.Pg, 83).

Por el contrario “entre los individuos que mantienen una actividad heterosexual, la conversión se ha asociado con el número de parejas diferentes, mientras mayor sea el número de nuevas parejas mayor es la probabilidad de infección” (1er simposio colombiano de intervención y atención integral a pacientes con SIDA, 1992. Pag. 40). De tal manera, que la infección es bidireccional en las relaciones heterosexuales, según Basualdo y colaboradores en (1996) describieron que se ve una mayor incidencia de contagio de hombre a mujer que de mujer a hombre, aunque la eficacia de esta descripción aún no está claramente definida.

Otra forma de transmisión es la iatrogénica o parental, en donde los sujetos que adquieren el virus son consumidores de sustancias endovenosas o pacientes clínicos. “Se ha descrito infección iatrogénica en pacientes a través de la exposición a transfusiones, inseminaciones artificiales, hemodiálisis, trasplante de órganos, inyecciones intramusculares e intravenosas, acupuntura e instrumentación con equipos contaminados con sangre” (1er simposio colombiano de intervención y atención integral a pacientes con SIDA, 1992. Pg. 41). Teniendo en cuenta las tres formas de transmisión del virus del VIH se ha descrito los fluidos corporales con mayor concentración de carga viral siendo estos “la sangre, el semen y las secreciones vaginales. Por lo tanto, se necesita solo el contacto de sangre-sangre o semen sangre para que realmente exista transmisión del VIH” (Basualdo, et al, 1996.Pag, 763).

Dado el caso de que haya contagio del retrovirus, este pasa por un proceso biológico dentro del cuerpo el cual fue descrito anteriormente, adicional a esto, el organismo contaminado entra en un periodo en donde “la seroconversión ocurre generalmente entre 6 y 12 semanas posteriores a la exposición al virus, este es el intervalo entre la infección y la aparición de los primeros anticuerpos detectables, a este periodo se le denomina ventana inmunológica” (Basualdo, et al, 1996.Pg, 769). Durante dicho tiempo el organismo logra generar anticuerpos para combatir la infección, pero esta a su vez y como mecanismo microbiológico logra inocular las células inmunes, posterior a esto en los laboratorios clínicos por medio de pruebas de sangre logran reconocer la proteína p24 o antígeno p24 en sangre.

Al principio de la infección, los aisladores del VIH primarios son M-trópicos, sin embargo, todas las cepas del virus infectan a linfocitos primarios T CD4; conforme la infección avanza, los virus M-trópicos dominantes son sustituidos por virus T-trópicos, en cuanto a esto las consecuencias de la disfunción de las células T CD4

causada por la infección por VIH son devastadoras, debido a que el linfocito T CD4 desempeña una función decisiva en la respuesta inmunitaria humana (Brooks, et al, 2005.Pag, 608).

Después de que el virus inocule el organismo pasando por el proceso inmunológico descrito anteriormente, este comienza a replicar su ARN en las células inmunitarias del organismo, llevando a este a que se vuelva vulnerable a los agentes nocivos del ambiente, pero también endeble a ciertos crecimientos tumorales de los diferentes tejidos corporales. El VIH y su aumento en el organismo traen consigo como todo microorganismo un nivel de incidencia patogénica, el cual puede disminuir la calidad de vida del individuo y generar costos para el sistema de salud. El virus de la inmunodeficiencia adquirida se caracteriza por tener de 3 a 4 manifestaciones clínicas con diferentes cuadros patológicos, los cuales pueden afectar desde el sistema respiratorio hasta el sistema óseo-muscular.

Para evaluar el riesgo de progresión de la enfermedad lo ideal es determinar la carga vírica y la cifra de linfocitos CD4. Con cifras de CD4 inferiores a 750/ml y ARN de VIH-1 igual o inferior a 1500 copias/ml, el 1.7 % de los individuos desarrollan SIDA al cabo de 6 años. Cuando el recuento de CD4 fue igual o menor a 200/ml y el ARN del VIH-1 superior a 60.000 copias/ml, el 97,9% de los individuos desarrolla SIDA en el lapso de 6 años (Betts, Chapman & Penn, 2044. Pag.773).

Es así como las autoridades sanitarias y médicas recomiendan vigilar al paciente seropositivo, con los valores dados anteriormente, y por medio de esto el cuerpo médico puede decidir si se inicia esquema de tratamiento antirretroviral o por el contrario no lo requiere. También se puede tener en cuenta la presencia del cuadro clínico por el que cursa el sujeto seropositivo y su estado inmunológico, el cual es determinante para su calidad de vida y bienestar médico.

Las autoridades sanitarias y la comunidad científica que se ha dedicado al estudio del virus desde su aparición, han logrado identificar las características y manifestaciones clínicas que agobian al cuerpo humano tras su expansión en este. “La infección por VIH causa tres tipos principales de manifestaciones 1) enfermedad viral aguda, 2) procesos mediados inmunológicamente relacionados con la respuesta del huésped ante la infección viral crónica 3) enfermedades oportunistas debidas a la alteración de las respuestas del huésped” (Mandel,

Bennett y Dolin. 2012, pág. 1718). Es así como la infección poco a poco va deteriorando el estado de salud en general de las personas, que a su vez sufren apariciones y cambios a nivel biológico, psicológico y social. Apariciones que pueden traer consigo signos y síntomas negativos, que solo se pueden prevenir con adecuados hábitos de vida y adherencia al tratamiento dado por el grupo interdisciplinar de profesionales expertos en el tema.

Según Cecchini y Gonzáles las enfermedades infecciosas que aquejan a los pacientes seropositivos son “ la toxoplasmosis la cual se manifiesta de forma negativa en el SNC, la enfermedad de Chagas, la cual afecta el funcionamiento normal del SNC produciendo chagomas cerebrales necróticos, la estrongiloidosis que afecta a los intestinos por la presencia de larvas las cuales migran a diversos órganos, de igual manera enfermedades tales como microsporidiosis, criptosporidiosis, ciclosporiasis e isisporosis se dan en pacientes seropositivos por la aparición de una noxa parasitaria que inocula el sistema gastrointestinal, produciendo grandes diarreas, deshidratación severa y mal funcionamiento de las estructuras del tracto gastrointestinal” (2008).

En los pacientes con VIH la disfunción renal se asocia así mismo al uso de drogas por vía intravenosa, la hepatitis B y C, la hipertensión renal, las alteraciones hídricas y electrolíticas, las infecciones y la neoplasia oportunista concomitante, además muchos fármacos usados en el tratamiento de la infección por VIH y las infecciones oportunistas asociadas son nefrotóxicos (Mendell, Bennett y Dolin, 2012, Pág.1725).

La gran mayoría de alteraciones en los diferentes sistemas corporales se dan por la principal causa en particular, la cual es la aparición de diferentes agentes nocivos en el cuerpo que producen infecciones, otra causa en común son las alteraciones oncológicas que pueden afectar diferentes tipos de tejido. Todo esto surge a raíz de la poca capacidad inmunitaria que tiene el cuerpo para combatir la aparición de agentes infecciosos y crecimientos, personas expertas en el tema sugieren mantener el periodo asintomático de la infección por VIH mediante la ingesta del tratamiento antirretroviral y la modificación de las conductas de riesgo que posibiliten el contagio de más infecciones o el deterioro del estado de salud. Todo esto se presenta durante el tercer periodo o nivel de manifestación clínica, en el cual el cuerpo se encuentra expuesto ante las enfermedades oportunistas.

En el síndrome retroviral agudo puede haber manifestaciones encefalopáticas y neuropáticas, el síntoma más frecuente es la cefalea aguda o subaguda, acompañada de signos meníngeos, alteraciones en el comportamiento ataxia y anormalidades del sistema nervioso periférico (SNP) entre esta puede haber compromiso de pares craneanos como el V, VI y VIII con parálisis de Bell, plexopatía braquial (Restrepo, Robledo, Leiderman, Restrepo I, Botero y Bedoya, 2003, Pg. 660).

En diferentes grados y sistemas el agente toxico produce un daño sustancial a las personas seropositivas, desde su seroconversión hasta la etapa final, dicho virus trabaja con el fin de colonizar células CD4, a tal punto de producir cambios a niveles estructurales, como lo es el daño axonal o la neuropatía de los nervios periféricos a consecuencia de crecimientos tumorales o de infecciones, los órganos sensitivos tampoco se escapan del daño vírico “siendo las enfermedades oculares manifestaciones muy frecuentes de la enfermedad por VIH, con una amplia variedad de causas que van desde la retinopatía benigna hasta las infecciones oportunistas que ponen en peligro la visión del paciente” (Mandell, Bennett y dolin, 2012, Pag. 1726).

Como se ha venido describiendo el compromiso de la enfermedad, esta no solo afecta el nivel biológico sino también el nivel psicológico y social del individuo, siendo los cambios neuropsicológicos los más notorios en la fase SIDA, llevando a la persona a padecer alteraciones cerebrales y psicológicas que apuntan a la sintomatología de un trastorno neurodegenerativo.

En el complejo demencial por VIH aparecen síntomas como dificultad para la concentración, pérdida progresiva de la memoria reciente, tanto el pensamiento como la conversación son lentos, los oficios complejos se hacen difícil de realizar. Hay alteraciones del cálculo, del juicio y de la coordinación. El trastorno motor se manifiesta por dificultad para el balanceo y coordinación para la marcha, la cual se hace lenta; hay pérdida de los movimientos finos de las manos, con dificultad para comer y escribir e incapacidad para sostener objetos (Restrepo, Robledo, Leiderman, Restrepo I, Botero y Bedoya, 2003, Pág. 664).

Teniendo en cuenta lo anterior, es así como la afectación del sistema nerviosos central va denotando alteraciones serías, que comprometen en su magnitud la funcionalidad de las

personas. De tal manera, los signos evidenciados en las personas seropositivas con estadios avanzados y sin adherencia a los esquemas antirretrovirales, tienden a mostrar variaciones a nivel cerebral de tipo demencial, tal y como se describió anteriormente, transformaciones a nivel cortical y subcortical que pueden llevar a un retroceso cognitivo y cambios a nivel motor, que intervienen con la normal funcionalidad del cerebro y de su cotidianidad. Una vez más la noxa vírica demuestra su potencial patogénico y su gran magnitud de afectar otros sistemas corporales y no solo el sistema inmune como se pensaba anteriormente. Por eso la importancia de las diferentes organizaciones mundiales en controlar su contagio ya que, esto trae consigo un impacto de alto costo a los servicios de salud de los diferentes países del mundo.

Por último, es preciso hablar de un síndrome que es relevante en la patogenia del virus del VIH y es un fenómeno que se ha venido estudiando por vario tiempo y aún se desconocen muchos factores, El síndrome inflamatorio de reconstitución inmune se presenta en pacientes con infección por VIH/SIDA, semanas o meses después del inicio del tratamiento antirretroviral. Consiste en síntomas y signos que pueden ser graves cuando fueron tratados previamente por una infección oportunista aparentemente curada, al hacerse evidente una infección oportunista subclínica o cuando una infección oportunista bajo tratamiento se agrava. Se presenta en el 10 al 25% de todos los pacientes de cualquier edad que inician la terapia antirretroviral y hasta en el 45% de quienes tienen una infección oportunista previa. Ocurre con más frecuencia con conteos de linfocitos CD4+ menores de 50 cels/mm³, y como resultado de un restablecimiento de la respuesta inmune. La inmunopatogenia precisa es desconocida, pero se considera que es desencadenada por antígenos y microorganismos infectantes. La duración del síndrome es de semanas a meses, la mayoría son leves y se resuelven espontáneamente. En el 50% hay manifestaciones en piel. El tratamiento consiste en continuar con la terapia antirretroviral, iniciar, continuar o ajustar el tratamiento de la infección oportunista, y el uso de corticosteroides o antiinflamatorios no esteroideos cuando sea necesario.

LA HOMOSEXUALIDAD A TRAVÉS DE LA HISTORIA Y LA APARICION DEL VIH

Desde el principio de los tiempos y en los diferentes lugares del mundo se ha encontrado personas con inclinaciones sexuales hacia personas del mismo sexo, esta conducta era percibida como antinatural, por lo que era castigaba con torturas y pena de muerte. (García, 1981).

Durante el siglo XIX se produce un cambio en la concepción de la homosexualidad y se genera un interés de estudio desde la medicina y la psicología, hasta este momento de la historia aparece por primera vez el término homosexualidad, antes se conocía como sodomía o práctica contra natural, la medicalización de la homosexualidad tuvo como resultado la despenalización de misma, ya no se dictaba tortura ni pena de muerte a estas personas, sin embargo la consideración de la homosexualidad como una enfermedad generó una serie de tratamientos y terapias, algunos de estos resultaban poco éticos, como infringir dolor a los pacientes, estos tratamientos científicos no dieron resultados.

Desde ese momento histórico hasta la actualidad han surgido diferentes teorías médicas y psicológicas que buscan explicar la homosexualidad, entre las que se encuentra la teoría psicodinámica, en la que Freud propone que las personas con orientación homosexual son víctimas de una detención en el desarrollo, interrupción causada por experiencias traumáticas, por lo que los niños no logran resolver el complejo de Edipo y así más tarde impediría que mantenga relaciones heterosexuales. Por otra parte, también desde la psicología las teorías conductistas, tratan de explicar la homosexualidad desde el aprendizaje, afirmando que se aprende a ser homosexual o heterosexual desde la infancia, según el tipo de experiencias reforzantes que el individuo haya experimentado, incluso la homosexualidad llegó a denominarse en el DSM como un trastorno mental. Desde la medicina surge la teoría de la causa hormonal, la cual propone que el cerebro del feto, durante las primeras semanas de gestación es muy sensible a las hormonas que producen sus propios testículos y a las hormonas masculinas que le proporciona la madre, si durante este proceso recibe la cantidad indicada de testosterona propia y de la madre, en su adultez tendrá una orientación heterosexual, si por el contrario no recibe la cantidad suficiente tendrá una orientación homosexual. La última de las teorías es la genética, el autor Hamer encontró marcadores genéticos relacionados con la homosexualidad masculina, en estudios realizados a hermanos, donde encontró concordancia total de una de una región localizada en el extremo del brazo

largo del cromosoma X, que es heredado de la madre, por lo que se evidencia un fuerte peso en la teoría, al menos del 50% (Prada, 2004).

Como se puede evidenciar un gran número de autores y desde las distintas disciplinas se ha tratado de hallar la causa de la homosexualidad, sin embargo, en las teorías mencionadas anteriormente, desde la medicina se atribuye completamente a el factor biológico y desde la psicología al factor situacional, por lo que en la actualidad ninguna de estas teorías se ha aceptado por completo y no se ha logrado atribuir la homosexualidad a un factor específico. Otros investigadores especializados en el estudio de la conducta sexual han llegado a generar nuevas teorías más holísticas como es el caso de Kisney.

El autor Kisney durante varios años realiza una investigación sobre la homosexualidad, presentando un informe que lleva su nombre, en el año 1948 publica el informe sobre la conducta sexual masculina, años más tarde en 1953 publica el informe sobre la conducta sexual femenina, llegando a concluir que existe una interacción entre factores biológicos, psicológicos, culturales e históricos, determina que la sexualidad está compuesta por el factor biológico, (genes y cromosomas, hormonas y órganos genitales), Identidad de género (sentimiento interno y personal de ser varón o de ser hembra), orientación sexual (atracción por individuos de determinado género) y el rol sexual (normas culturales de comportamiento que se esperan de hombre o mujeres) (Kisney; Prada,2004).

Mientras diferentes investigadores trataban de identificar la causa de la homosexualidad, dos científicos, Master y Johnson, se encargaban de estudiar la conducta sexual humana, e identificar particularidades y diferencias entre la conducta sexual en homosexuales femeninos y masculinos, en sus estudios determinaron que la conducta sexual era aprendida, razón por la que generaron un tratamiento, en el cual participaban personas de forma voluntaria para cambiar su orientación sexual mediante técnicas de conversión y reversión como se señala a continuación,

Durante los diez años de control clínico de evaluación y tratamiento de las insuficiencias homosexuales (1968-1977), el instituto acepto un total de 151 varones y mujeres homosexuales que solicitaron apoyo profesional para tratar sus disfunciones sexuales o revertir o convertir su orientación sexual (Master & Johnson,

1979.Pag.200).

Como respuesta a las nuevas forma de discriminación surgen los primeros movimientos activistas gay, que luchaban por una nueva concepción de la homosexualidad, sin diagnósticos, castigos ni culpa, este movimiento se caracterizaba por ser un colectivo el cual compartía una identidad y se sentían orgullosos de la misma, luchaba por el respeto de sus derechos y por terminar con la discriminación, los primeros pioneros del movimiento gay fueron Ulrichs y Hirschfeld y su desarrollo ya en siglo XX en la Europa entreguerras y en EEUU en la década de los cincuentas y sesentas, un hecho relevante en la historia de estos movimientos fue el 28 junio de 1969 en Stonewall (New york) donde homosexuales masculinos y femeninos se enfrentaron con las fuerzas policiales, conflicto que se prolongó hasta el día 2 de julio, este suceso generó un cambio en los movimientos que en ese momento eran más conservadores a movimientos políticos y sociales más agresivos, como lo fue el orgullo gay (Vences,2012).

La creación de estos movimientos visibilizo a la población homosexual, además de generar sentido de pertenencia y participación política, mitigando en cierta medida la discriminación y fortaleciendo la cultura gay, por lo que en algunos lugares del mundo empezaron a aceptar la diversidad sexual.

A principios de los años ochenta el desarrollo de la comunidad gay estuvo a punto de ser frenado por la aparición del VIH, en junio de 1981 se registra el primer caso de una extraño síndrome que terminaba rápidamente con la vida de las personas homosexuales, este nuevo síndrome afectaba el sistema inmunológico de quien lo portaba, en primera instancia lo era conocido como síndrome de los gais, aproximadamente un año más tarde le cambian el nombre a virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), este suceso desencadeno el cambio en la percepción hedonista del sexo, esta epidemia tuvo efectos devastadores en Norteamérica, lugar donde inicio, las medidas del gobierno para su control fueron represivas, se clausuraron los lugares de encuentro homosexual, mientras e Europa no se cerraron este tipos de lugar, debido a la participación política de las comunidades homosexuales, las cuales plantearon que la mejor opción era la prevención, utilizando dichos escenarios para sus

campañas y no llevar a la comunidad a la clandestinidad debido a que seguirían realizando conductas de riesgo.

En la década de los noventa a pesar de la gran cantidad de muertes a causa de VIH la comunidad gay nuevamente empieza a extenderse, esta epidemia le dio visibilidad a la comunidad, el sexo sigue siendo parte elemental de su vida social, sin embargo, la mayoría de personas empiezan a adoptar practicas seguras, el mundo homosexual se hacía más homogéneo, pero a la vez se segmentaba en subgrupos de acuerdo a sus preferencias y características, lesbianas, bisexuales y transgénero (Aldrich, 2006).

HOMOSEXUALIDAD PERSPECTIVA ACTUAL

En la actualidad la percepción social sobre la homosexualidad ha cambiado, gracias al estudio científico y desarrollo de diferentes teorías se ha logrado cambiar parcialmente el imaginario de homosexualidad como una conducta anormal y antinatural.

Ahora que se estableció que los homosexuales no son fisiológicamente diferentes, también es razonable pensar que, en un futuro próximo, una parte considerable de sus cargas actuales de oprobio público se alivien. Por supuesto, persistirán los problemas de ajuste para ellos a medida que se alteren los conceptos culturales. Los homosexuales deben reunir coraje social para salir de la posición amura de negación de la preferencia a la que los llevo la condena cultural; al mismo tiempo, no deben cometer el error de reaccionar demasiado ante las nuevas oportunidades de aceptación social; los prejuicios psicosociales no se alteran en un día (Master & Johnson, 1979.Pag.181).

Como lo predijo Masters y Johnson, después de los diferentes estudios científicos empezó a darse un cambio en la percepción social sobre la homosexualidad, se dio un gran paso puesto que la homosexualidad fue despenalizada y ya no se percibe como una patología, sin embargo, este proceso no ha sido fácil, a pesar del crecimiento de la comunidad y las diferentes campañas por parte de los colectivos gay y entidades gubernamentales, aun se presenta diversas formas de discriminación y segregación hacia esta comunidad.

Por esta razón, con el fin de hacer respetar los derechos de la comunidad homosexual,

se han generado numerosas políticas públicas a nivel mundial, entre las que se encuentra la dictada por la organización de los estados americanos (OEA) en la Resolución AG/RES. 2653 (XLI-O/11) de junio de 2011, donde se garantiza el respeto de los derechos humanos, orientación sexual e identidad de género. A nivel nacional, en el artículo 13 de la constitución política de Colombia se establece que: " Todas las personas nacen libres e iguales ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. " (constitución política de Colombia.1991. Pág.20).

Hoy por hoy existen diferentes actitudes frente a la homosexualidad, a pesar de que algunas personas aceptan y respetan la diversidad en cuanto a la orientación sexual, otras tienen actitudes caracterizadas por la falta de tolerancia, situación que genera conflicto, en primer lugar (De Irala,2006).

Gracias a los aportes de la psicología se a logrado comprender el fenómeno de la sexualidad humana de una forma más integral, teniendo en cuenta que existen diversos factores en ella y no solo la visión reduccionista de hombre-mujer, ahora se tiene en cuenta más factores, uno de ellos ya mencionado es el sexo el cual es otorgado al nacer de acuerdo a las características biológicas, sin embargo, en el proceso de desarrollo se generar otros fenómenos relacionados con la identidad como lo son el género y orientación sexual, la primera puede definirse como:

Una variable moduladora de los procesos intelectivos y emocionales relativos a la dicotomía varones y mujeres, pues socialmente se acepta la existencia de diferencias intrínsecas físicas, cognitivas, emocionales, comportamentales, de prestigio y de poder entre los sexos, estando ampliamente compartida la idea de que las mujeres son más tiernas, dependientes y están más preocupadas por el cuidado de los demás, y, en cambio los varones son más agresivos, competitivos e independientes. (Martínez & Bonilla, 2000, Pg. 57)

Como se evidencia anteriormente el género es un constructo social, que atribuye determinadas características a un sujeto según su sexo biológico, sin embargo, en la actualidad esta percepción ha cambiado, ahora es bien sabido que las formas de actuar, sentir, relacionarse, pensar y el rol que antes se consideraban propias de algún sexo, pueden variar de acuerdo al contexto social. Anteriormente se creía que solo existían dos identidades de género, masculina y femenina, pero con el paso del tiempo se empezó a considerar perspectivas diferentes como los individuos que al nacer se les identifica con sexo masculino, pero con el paso del tiempo su aspecto físico, la manera que actuar, pensar y sentir se convierte en femenina.

Debe tenerse en cuenta que el género es asignado socialmente a la hora de nacer de acuerdo a las características biológicas, sin embargo a veces no corresponde a las preferencias y percepción del individuo por lo que debe contemplarse la identidad de género, la cual hace referencia a la dimensión biológica, el reconocer sus deseos, sus preferencias y conductas sexuales, la identidad de género es la vivencia personal de su cuerpo, también incluye otras expresiones como la vestimenta, forma de relacionarse y la forma de hablar (Pérez & Gallardo, 2010). Diferentes autores han realizado estudios sobre la identidad de género, estos se han enfocado tanto en la manifestación pública como privada de una persona acerca de la percepción de su propio género. El psicólogo Money define la identidad de género como

La igualdad a sí mismo, la unidad y persistencia de la propia individualidad como varón, hembra o ambivalente, en mayor o menor grado, en especial tal como es experimentada en la conciencia acerca de sí mismo y en la conducta; la identidad de género es la experiencia personal del papel de género, y éste es la expresión pública de la identidad de género (Money, 1972.Pag.24).

Otro concepto importante para llegar a comprender la homosexualidad es la orientación sexual, se ha definido como la atracción emocional, erótica, romántica, placentera y afectiva

hacia otra persona, ya sea del sexo contrario, del mismo sexo, o de ambos sexos. Chávez & Liendo (2008) definen los diferentes tipos de orientación sexual entre los que se encuentran:

- Homosexual: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritarias o exclusivamente con personas del mismo sexo.
- Bisexual: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas con personas del mismo sexo o del sexo opuesto.
- Heterosexual: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritariamente o exclusivamente con personas del sexo opuesto.
- Gay: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritariamente o exclusivamente con personas del mismo sexo; en general se refiere al hombre.
- Lesbiana: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritariamente o exclusivamente con otra mujer.
- Travesti: persona que adopta una apariencia y una idea de género que no corresponde la identidad biológica asignada al nacer.
- Transexual: Personas que adoptan una apariencia y una identidad de género que no corresponde la identidad biológica asignada al nacer según su sexo biológico y que puede no adecuar sus genitales a tal identidad de género.
- Transgénero: Persona cuya identidad o género implica un cuestionamiento del esquema binario varón-mujer, e incluye diversas identidades como travesti.

Gracias a la nueva percepción de la sexualidad donde se llega a reconocer la diversidad de género y de orientación sexual, se promueve el enfoque diferencial al trabajar o intervenir con este tipo de población, este enfoque surge debido a las diversas formas de discriminación, situación que vulnera a las personas víctimas de este fenómeno como se describe a continuación,

A partir de la aproximación entre los Derechos Humanos y el Desarrollo Humano surge el Enfoque De Derechos, fundamentado en la promoción del

bienestar, la libertad sobre la base de la dignidad y la igualdad inalienable de todas las personas. Asumir este reto implica afrontar una realidad nacional marcada por actores y procesos históricos que perpetúan condiciones de discriminación, desigualdad y exclusión social las cuales impiden a diversos grupos de la población tener un goce efectivo de derechos (ministerio de protección social,2016).

El enfoque diferencial se encuentra orientado a varios grupos que se han identificado como vulnerables, entre ellos se encuentra enfoque de orientaciones sexuales e identidades de género, como se mencionó anteriormente aparece cuando a partir del análisis de género se pone al descubierto la estigmatización, discriminación y vulneración de derechos en razón de la sexualidad y los roles e identidades de género de las personas. Con este enfoque se busca disminuir la discriminación, promover un trato digno y garantizar a estos individuos el ejercicio pleno de sus derechos.

Desde la psicología es relevante a la hora de trabajar con comunidades con estas características aplicar dicho enfoque, puesto que este busca identificar las vulnerabilidades de la población, Genera acciones concretas en los programas para prevenir y atender los riesgos o vulnerabilidades específicas de la población y crea rutas de acción y herramientas de acuerdo con el grupo poblacional, contribuyendo a la movilización e inclusión social (ministerio de protección social,2016).

ACTITUDES

Las actitudes han sido un tema de interés para la psicología, se han relacionado directamente con la conducta, numerosos autores a través de la historia se han interesado en su estudio, los pioneros de estas investigaciones fueron Thomas y Znaniecki (1918), (como se citó en Ibáñez, Botella, Domenech, Feliu, Martínez, Pallí, Pujal & Tirado, 2004) quienes las definen de la siguiente manera “las actitudes son el proceso de conciencia individual que determina la actividad posible o real del individuo en el mundo social.” En este momento de la historia las actitudes eran entendidas desde un enfoque conductual y poco se tenía en cuenta aspectos cognitivos y afectivos.

Tiempo después gracias a Louis Thurstone, quien publica un artículo donde asegura que las actitudes son susceptibles a la medición y un año después desarrolla un instrumento de evaluación, se elimina cualquier duda sobre la existencia de las actitudes, además de convertirlo en un concepto más tangible. Thurstone en el año 1929, define las actitudes como

“la suma de las inclinaciones, sentimientos, prejuicios, sesgos, ideas preconcebidas, miedos, amenazas y convicciones sobre un determinado asunto” En su modelo teórico Thurstone, se entiende el termino actitud como el grado de “afecto” ya sea positivo o negativo asociado a algún objeto psicológico (Ibáñez, Botella, Domenech, Feliu, Martinez, Pallí, Pujal & Tirado, 2004).

Las teorías cognitivas tuvieron una fuerte influencia en el estudio de las actitudes, es relevante tener en cuenta que la cognición hace referencia los procesos mentales a través de los cuales se adquiere creencias, opiniones y conocimiento. De este modelo surgieron diversas teorías que buscaban refutar el simplismo conductual, una de ellas es la coherencia cognitiva, esta teoría resalta la relación entre la actitud y la conducta, además determina que las creencias y opiniones son los componentes básicos de conformación de una actitud. A su vez basado en el modelo cognitivo y rescatando la influencia social surge un modelo sociocognitivo, este fue propuesto por Pratkanis y Greenwald en 1989, estos autores establecen que la actitud es “la evaluación de una persona sobre un objeto de pensamiento” (Hogg, 2008. p.152).

Como se puede evidenciar en los últimos modelos propuestos se contemplaban diversos factores que influían en las actitudes, sin embargo, tiempo después surge un modelo considerado uno de los más completos y más aceptados en la actualidad, donde se tienen en cuenta los diversos factores contemplados en las anteriores teorías, este es el modelo de Himmelfarb y Eagly en 1974, donde se postula que existen tres aspectos que influyen en las actitudes, el cognitivo, afectivo y el conductual, describen una actitud como una organización que puede llegar a ser perdurable de creencias, sentimientos y tendencias conductuales hacia objetos, grupos, situaciones o eventos socialmente significativos (Hogg,2008).

A pesar de la gran variedad de conceptos existen características en las que coinciden todos los modelos, en primer lugar, las actitudes son un constructo teórico, puesto que no pueden observarse directamente sino a través del comportamiento, por otra parte las actitudes, la mayoría de las definiciones coinciden en el carácter evaluativo de estas, llegando a generar respuestas ya sea de aceptación o rechazo hacia determinado tema, las actitudes implican diversos tipos de respuesta; afectivas, cognitivas y conductuales (Castro, 2000).

Acerca de la formación de actitudes se ha generado un consenso en cuanto a que las actitudes no son innatas, sino que se establecen a través del aprendizaje, algunos de los factores que intervienen en la formación de actitudes son la experiencia directa, cuanto más se exponga un sujeto a determinado estímulo, se da una predisposición a generar algún tipo de actitud hacia el mismo, generalmente positiva. Por otra parte, desde las teorías conductistas se explica la adquisición de las actitudes desde el aprendizaje, por medio del condicionamiento clásico, condicionamiento instrumental y del modelamiento. Por último, los agentes socializadores son uno de los principales medios de transmisión de las actitudes, es decir, a través de los diferentes medios de socialización como la familia, escuela, medios de comunicación y pares se transmiten valores, patrones de conducta e información que afecta la formación de las actitudes, el hecho de que las actitudes sean aprendidas implica que son susceptibles al cambio y fomentación. Como se mencionó anteriormente las actitudes son aprendidas y su formación esta mediada por tres componentes, el cognitivo, el afectivo y conativo, como se cita a continuación.

Los Componentes Cognitivos incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas (especialmente de carácter evaluativo) acerca del objeto de la actitud. Destaca en ellos, el valor que representa para el individuo el objeto o situación. Los Componentes Afectivos son aquellos procesos que avalan o contradicen las bases de nuestras creencias, expresados en sentimientos evaluativos y preferencias, estados de ánimo y las emociones que se evidencian (física y/o emocionalmente) ante el objeto de la actitud (tenso, ansioso, feliz, preocupado, dedicado, apenado). Los Componentes Conativos, muestran las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto o situación de la actitud, amén de la ambigüedad de la

relación "conducta-actitud". Cabe destacar que éste es un componente de gran importancia en el estudio de las actitudes que incluye además la consideración de las intenciones de conducta y no sólo las conductas propiamente dichas (Castro, 2000, pg. 40).

De acuerdo a lo anterior las creencias que posee un individuo acerca de determinado comportamiento afectan directamente la actitud de este de igual manera el estado de ánimo y todo esto a su vez afecta la intención conductual, de allí la relación directa que existe entre las actitudes y conducta.

El tema de las actitudes ha cobrado gran importancia en diversos contextos y áreas aplicadas de la psicología, como la comunitaria, organizacional, social, educativa y de la salud por no mencionar más, debido a la relación existente entre actitudes y conducta, la primera puede ser crucial al momento de opinar, decidir sobre algún tema, lo que finalmente afecta las respuestas conductuales. Al centrarse en contexto de la psicología de la salud las actitudes cumplen un papel muy importante, puesto que estas pueden llegar a ser predictores del comportamiento, además intervienen en la conducta saludable, en la conducta preventiva y en los casos en los que ya existe una patología influye en el afrontamiento de la misma y la adherencia al tratamiento. Por esta razón el modelo expectativo –valor de psicología de la salud se han basado en el estudio de las actitudes como un factor que incide en la realización de determinadas conductas.

Según este modelo de psicología de la salud es el de expectativa – valor donde se resalta la influencia de las actitudes en las conductas de salud como lo define “Los modelos sobre la expectativa –valor enfatizan el papel de las actitudes como predictores de las prácticas de la salud. El argumento principal de estos modelos es que los cambios de actitud son prerequisite para cambiar la conducta” (León, Medina, Barriga, Ballesteros & Herrera, 2004, p.155).

Este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables, este modelo está compuesto

por diversas teorías, una de ellas es la acción razonada de Ajzen & Fishbein, la cual se explica a continuación.

La teoría de acción razonada busca explicar la relación entre actitud y conducta, este modelo está compuesto por cuatro componentes, el primero es la norma subjetiva, la cual es producto de lo que los individuos perciben respecto a las creencias de otro. El segundo componente es la actitud hacia la conducta, esta consiste en las creencias del individuo frente a una conducta específica y la manera como se evalúa las opiniones o creencias. En tercer lugar, se encuentra la intención, la cual corresponde a la orden interna de emitir una conducta y por último la realización de la conducta (Ajzen & Fishbein, 1980).

Componente actitudinal se refiere a la actitud del sujeto hacia el propio desempeño de una conducta específica bajo determinadas circunstancias. Dado que Fishbein (1967) define a la actitud como una predisposición aprendida a responder a un objeto en forma consistentemente favorable o desfavorable, este componente apunta a los sentimientos positivos o negativos del sujeto respecto de su conducta en cuestión. El componente normativo se refiere a la norma subjetiva del individuo que indica su percepción de la presión social que se ejerce sobre él para que ejecute (o no ejecute) una determinada conducta (Stefani, 2005, pg.23).

De acuerdo a lo anterior antes de realizar una conducta el individuo tiene en cuenta una serie de factores y evalúa de forma positiva o negativa una conducta, en esta evaluación se tiene en cuenta la actitud de terceros, además de la actitud propia hacia determinada conducta para finalmente generar una respuesta de acuerdo a esta evaluación (Vaughan,2010). Debido a la relación que se ha encontrado entre actitud y conducta saludable y preventiva, en esta teoría se ha establecido que las actitudes en cierta medida pueden llegar a ser predictor de la conducta como se expone a continuación.

Al separar analítica y operacionalmente las dimensiones de la categoría actitud en un modelo teórico único, el mérito de la Teoría de Acción Razonada consiste en elaborar un índice de probabilidad de la intención hacia la conducta que relaciona la actitud con las creencias del individuo. La Teoría de Acción Razonada es un predictor; un juicio probabilístico en el que puede estimarse la intención hacia la conducta directamente mediante una escala de probabilidad. La Teoría de Acción Razonada puede

ser utilizada para explicar diferentes comportamientos en contextos disímiles, como puede ser la salud, la cultura, el ámbito laboral o el propiamente social (Reyes, 2007, P.66). En términos generales, un individuo tendrá la intención de realizar una conducta dada cuando posee una actitud positiva hacia su propio desempeño en la misma y cuando cree que sus referentes sociales significativos piensan que debería llevarla a cabo (Fishbein, 1990).

Los resultados obtenidos en numerosos estudios de tipo experimental realizados en Estados Unidos, han suministrado al modelo de acción razonada aquí expuesto una importante fundamentación empírica en las últimas décadas se han llevado a cabo diferentes estudios de campo que abordan una amplia variedad de temas tales como educación (Fredricks y Dossett, 1983); control de la natalidad (Miller y Grush, 1986; Pagel y Davidson, 1984); tabaquismo (Budd, 1986; Marin y cols., 1990); 1988); prevención del SIDA (Fishbein, 1990); conducta moral (Vallerand y cols., 1992).

En relación con la conducta sexual, las actitudes negativas hacia el uso del preservativo son identificadas como un factor de riesgo para la infección por VIH, dado que dichas actitudes van a determinar la intención de uso del mismo, cuanto mayor sea la actitud positiva de un individuo hacia el uso del preservativo, mayor consistencia habrá en su uso y, por tanto, menor probabilidad de infección por el VIH (Teva, Bermúdez, Ramiro & Buela-Casal, 2014, P.43).

En la realización de un estudio con jóvenes mexicanos donde se buscaba aplicar la teoría de acción razonada, se evaluó la intención de uso del preservativo como método de prevención de VIH, teniendo en cuenta las actitudes y las normas subjetivas, los resultados arrojaron que las actitudes hacia el uso del preservativo pueden basarse en el grado de placer y excitación, la comodidad con su uso, la percepción del preservativo como un método razonable y lógico, también la actitud relacionada con su utilidad, facilidad de uso y el tipo de pareja sexual; ocasional o estable (Kimble, Hirt, Diaz-Loving, Hosch, Lucker & Zarate, 2002).

Como se ha mencionado antes las actitudes están estrechamente relacionadas con la conducta. La opinión, las actitudes hacia la utilidad y funcionalidad, las actitudes de las demás personas, entre otras, afecta la emisión de la conducta, incluyendo las conductas de salud, ya sean conductas de riesgo o conductas pro salud o protectoras, por esta razón a la

hora de instaurar buenos hábitos, modificar las conductas de riesgo o prevenir las mismas es de gran importancia tener en cuenta las actitudes hacia determinadas prácticas y estilos de vida con el fin de comprender por qué están presentes en el repertorio conductual del individuo y poder modificarlas de manera exitosa.

En contraposición a las teorías mencionadas anteriormente existe un fenómeno denominado disonancia cognitiva, donde en ocasiones las actitudes y creencias no son coherente con la conducta que se lleva a cabo. Esta teoría está basada en la discrepancia entre la actitud, el conocimiento que posee un individuo y la conducta que emite el mismo, enfatizando en las creencias como componente central de una actitud como se cita a continuación. “la disonancia cognitiva es un estado desagradable que se produce cuando nos damos cuenta que dos cogniciones, generalmente una actitud y una conducta son contradictorias e incongruentes” (Festinger, 1957; citado por Páez, 2009, pg.1).

Festinger (citado por Ovejero, 1993) propuso que todos buscamos la armonía en nuestras actitudes, nuestras creencias y nuestras conductas y que intentamos reducir la tensión debida a la incompatibilidad entre estos elementos. La teoría sostiene que la gente intentara disminuir la falta de armonía o disonancia modificando una o más cogniciones incompatibles.

Según la disonancia cognitiva, para reducir la tensión o incomodidad que nos provoca hacer algo en contra de nuestras creencias y opiniones, racionalizamos o justificamos nuestras acciones ante nosotros mismos reconstruyendo nuestras actitudes. Esto ocurre cuando tenemos actitudes formadas y estables. En otras ocasiones, como señala el proceso de auto-percepción, inferimos de las acciones o conductas propias nuestras actitudes y el tipo de personas que somos, tal como lo hacen los observadores externos (Páez, 2009).

La disonancia puede surgir de varias fuentes; Festinger señala las siguientes: a) Inconsistencia lógica entre los elementos cognitivos; b) Presión cultural; e) Inclusión de una opinión específica en una más general y d) La experiencia pasada. En todos los casos, la existencia de disonancia entre dos elementos, se determina empíricamente. La presencia de disonancia da lugar al surgimiento de fuerzas o presión es para reducirla. La reducción de la disonancia se efectúa por cambio de uno o algunos de los elementos entre los cuales se da la disonancia, sean estos de tipo cognitivo conductual o cognitivo

ambiental o bien por el agregado de nuevos elementos cognitivos (Rodríguez & Morales, 1972, pg.104).

Un ejemplo de una disonancia cognitiva es que un individuo a pesar de tener creencias de utilidad del condón (prevención de embarazos e ITS) y tener una actitud positiva hacia el uso del mismo, no lo utilice al tener relaciones sexuales. Esta disonancia como se mencionó anteriormente puede generar malestar psicológico, por lo que las personas buscan la forma de disminuirla a través de premisas que justifique dicho comportamiento. Existen diferentes formas de reducir la disonancia cognitiva, la primera es el cambio de actitudes; la persona puede cambiar su actitud para hacerla coherente con su comportamiento, por ejemplo, no necesito usar preservativo, no me gusta hacerlo, la segunda consiste en añadir cogniciones; si dos pensamientos difieren o generan disonancia, las personas pueden agregar más pensamientos consonantes, como; se siente mejor sin preservativo, o, yo confié en mi pareja, una tercera forma de modificar las disonancias es alterando la importancia de los pensamientos consonantes y los discrepantes, por ejemplo; es más importante complacer a mi pareja que cuidarme, otra manera es reduciendo la opción percibida, las personas pueden convencerse de que no están eligiendo determinado comportamiento con libertad; por ejemplo, no tengo otra opción, a mi pareja no le gusta usar preservativo, como otra alternativa se encuentra el cambio conductual, evitando así el conflicto con sus actitudes, en este caso usar preservativo durante todas las relaciones sexuales(Franzoi, 2007).

PSICOLOGIA DE LA SALUD

En los últimos años se ha observado un interés creciente por vincular la psicología con los problemas de la salud humana, más allá de los estrechos límites del mal llamado campo de la salud mental, es así como surgen cuatro supuestos básicos, primero, determinados comportamientos incrementan el riesgo de ciertas enfermedades, o en otras palabras, que la conducta es un factor de riesgo. Segundo, la modificación de determinados comportamientos puede reducir la probabilidad de riesgo de determinados procesos de salud. Tercero, que el comportamiento se puede cambiar con relativa facilidad. Cuarto, las intervenciones psicológicas pueden resistir un análisis de costo-utilidad/eficacia (Latorre & Beneit.1994. Pg. 19).

Anteriormente desde el modelo biomédico todas las enfermedades se atribuían a factores biológicos y la salud se concebía como la ausencia de enfermedad, años más tarde surge un nuevo modelo el cual difiere del biomédico, percibiéndolo como reduccionista, por lo que empiezan a contemplarse la salud como un fenómeno multicausal, tiempo después la OMS define salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. (OMS, 2006), lo que promueve la perspectiva del individuo como un ser biopsicosocial, esto implica el bienestar biológico, psicológico, con las redes sociales y con el ambiente.

El cambio del modelo biomédico al biopsicosocial ha dado a conocer el origen multifactorial de las patologías, por lo que se ve la necesidad de la intervención por parte de un grupo interdisciplinar para el estudio y tratamiento de los problemas de salud, entre los se encuentra la psicología de la salud, puesto que se evidencio que la etiología de algunas enfermedades crónicas son sociales y psicológicas, como es estrés, hábitos y estilos de vida, lo que indica que la salud ya no solo depende de factores orgánicos, sino también de como el individuo interpreta, siente y actúa ante diferentes situaciones, es decir las personas deben cumplir un papel activo en el control de los factores que afectan su salud, además los altos costos de las enfermedades crónicas llevaron a orientar los servicios en salud hacia la prevención y rehabilitación, razón por la cual crece el interés hacia aspectos psicológicos como el cambio de actitudes, adherencia al tratamiento y cambio de conductas de riesgo (león, et al, 2004).

Uno de los primeros autores interesados en estudiar la relación de la psicología con la salud física fue Joseph Matarazzo, quien creo el primer departamento de psicología de la salud en EEUU, este autor definió en el año 1980 esta área aplicada como.

El conjunto de las aportaciones específicas educativas, científicas y profesionales de la psicología a la promoción, y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas (Reyes, 2011. Pg.56).

Como ya se había mencionado anteriormente el cambio del modelo medico al biopsicosocial genera una visión global de la salud como fenómeno, ya no se atribuye la

enfermedad solamente a factores orgánicos, si no que se tiene también se tiene en cuenta factores psicológicos y sociales,

La psicología de la salud se encarga de estudiar las variables que mantienen al individuo saludable de una manera biopsicosocial: el sistema biológico hace referencia al estado físico y genético de la persona; el psicológico y social a la cultura, valores y normas donde vive el individuo y la forma en que realiza sus actividades. El conjunto hace que se dé el comportamiento y estilo de vida de las personas. Ello permite entender y evaluar la problemática, y a través de la investigación prevenir las enfermedades, realizar rehabilitación y promocionar la salud. (García & Samaniego, 2013, Pag.23).

La psicología de la salud se interesa en la prevención, tratamiento y la etiología de las enfermedades, es decir en las conductas que previenen o propician la aparición de las diferentes patologías, a lo que se ha llamado conductas de protección y conductas de riesgo respectivamente. Las conductas protectoras pueden definirse como

Numerosos aspectos o pautas de comportamiento, no necesariamente agrupadas en estilo algún, han sido considerados como protectoras o promotoras de la salud en sí misma. La información llega en origen preferentemente de estudios epidemiológicos que mostraron ciertas asociaciones entre salud y algunas prácticas de vida (Antequera, Blanco, Esteve, López, Moreno, López, Ramírez & Rodríguez. 2004, pág. 134).

Las conductas protectoras se dividen en conductas de salud y conductas reductoras de riesgo, las primeras hacen referencia a aquellos comportamientos que promueven o potencian un estado de salud en general, como por ejemplo hábitos de higiene personal, mientras que las conductas reductoras de riesgo, son aquellas que contribuyen a minimizar el riesgo asociado a determinados trastornos o enfermedades ; estas últimas incluyen conductas tan aparentemente dispares como el no consumir alcohol o utilizar condón en las relaciones sexuales(Latorre & Beneit, 1994,pg.29).Por otra parte, las conductas de riesgo pueden definirse de la siguiente manera

Los patrones de conducta, los estilos de vida, los hábitos adquiridos en edades tempranas de la vida, pueden constituir en sí mismos factores de riesgo para la salud.

De hecho, con la progresiva disminución de las enfermedades infecciosas de origen desconocido o incierto, la conducta se erige en una de las variables más relevantes para la prevención de las enfermedades actuales, generalmente mucho más dependientes de los patrones comportamentales y los estilos de vida (Roa, 1995, pág.525)

Las conductas de riesgo pueden estar determinadas por diferentes variables como las creencias, pensamientos míticos, desconocimiento, además de que este tipo de conductas resultan muy placenteras a corto y mediano plazo. Las conductas de riesgo pueden ser modeladas por personas cercanas, medios de comunicación o por estilos de vida particulares de determinado grupo, como el consumo de sustancias psicoactivas, un estilo de vida sedentario y sexo sin protección entre otras.

Desde la psicología de la salud se ha estudiado las implicaciones psicológicas y sociales de enfermedades crónicas, las cuales afectan aspectos como como pensamiento, emociones y conducta del individuo y relaciones, una de las patologías que ha estudiado esta disciplina es el VIH.

Este fenómeno social con múltiples implicaciones médicas y psicológicas, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), como enfermedad que amenaza la vida, constituye para la psicología de la salud un amplio campo de intervención que abarca prácticamente todas las áreas de interés las cuales deben ser movilizadas en función de la evidencia que representa el sufrimiento psicológico de los sujetos afectados y sus familias, así como por la repercusiones que pueden tener en los propios profesionales de la salud. La atenuación de este sufrimiento, junto con la reducción de la propagación del virus y la morbilidad psicológica asociada, constituye a nuestro modo de ver los aspectos centrales de la intervención psicológica. (Simón, M, 1999, Pág.625).

Específicamente en la patología del VIH la psicología de la salud interviene en procesos como la asimilación, cuando un individuo se entera que es portador del virus, también el acompañamiento a la familia del afectado así como el fortalecimiento de las redes de apoyo, los procesos de adhesión al tratamiento, controlar la morbilidad psicológica asociada como estrés, ansiedad y depresión entre otras, además de reducir el contagio del

agente viral, donde cobra importancia la identificación de las conductas de riesgo, para establecer estrategias y generar programas de prevención con el fin de aumentar las conductas protectoras o pro salud y disminuir la diseminación del VIH.

La promoción de la salud es bastante más que la evitación de la enfermedad o del riesgo de la misma. La promoción de la salud supone pues un cambio revolucionario en el eje salud- enfermedad dirigido, fundamentalmente, hacia la investigación sobre cómo se adquieren las creencias, actitudes, motivaciones y conductas pro salud y a la elaboración y puesta en práctica de los adecuados programas para la elaboración y mantenimiento de las mismas. (Simón, M, 1999, Pág.61)

SALUD PÚBLICA Y PSICOLOGIA

El amplio espectro que implica el estudio de la salud es recogido desde la definición propuesta por Mattarazo (1980) acerca de la psicología de la salud y sus funciones en la que incluye acciones específicas en prevención y promoción, así como la formulación de políticas sanitarias que sustenten la creación de un sistema eficiente de salud pública. En dicha definición se ve reflejada una visión del psicólogo de la salud que trasciende a una visión molecular en la que las acciones están dirigidas a personas específicas alcanza una perspectiva más completa que tiene que ver con un impacto global sobre el desarrollo de sociedades saludables, visión que implica la integración de la ciencia de la psicológica al conjunto de disciplinas y aporta una nueva concepción y práctica de la salud pública (Pérez, Valencia & Vinaccia, 2006. pg.199)

En la actualidad muchos problemas de salud están asociados a los factores psicológicos ya sean individuales o grupales, debido a que problemas como el estrés y el burnout por no mencionar más están generando dificultades de salud, por lo que el psicólogo debe hacerse participe en el proceso de recuperación del individuo, además de cómo se mencionó anteriormente aportar desde la prevención y prevención.

Suele argumentarse con frecuencia la asociación creciente entre la psicología y la salud a partir del cambio radical en el perfil epidemiológico de la población que empieza a caracterizarse más por las enfermedades propias del desarrollo social, como

las enfermedades crónico degenerativas, que por enfermedades propias del atraso, tales como las infectocontagiosas, la asociación se fundamenta en el papel que los factores propios del estilo de vida desempeñan en la etiología de las enfermedades que emanan de la interacción del hombre (su comportamiento) y su ambiente tanto orgánico como social (Flórez, 1999, pg.22).

La salud pública busca el bienestar global de la comunidad, aportando en los cuidados, prevención, atención y rehabilitación de los individuos, con la finalidad de generar bienestar y salud, para que se logre el objetivo se requiere del apoyo del estado, además de los esfuerzos individuales y de la comunidad para ejercer un rol activo en el cuidado de su propia salud y el mantenimiento y saneamiento ambiental.

La definición de una enfermedad como problema de salud pública se hace, entre otros parámetros, por su frecuencia, su letalidad, su costo y su velocidad de expansión. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) constituye, por sus características en cuanto a esos parámetros, un problema de la más alta prioridad nacional (Soberón, 1998, p.505).

Como se evidencian el VIH cumple con todos los parámetros referidos anteriormente, esta patología es una de las principales causas de muerte a nivel mundial, además existe registro de este agente viral en todos los continentes, al ser una enfermedad transmisible por diversas vías (sexual, parental, madre -hijo) se disemina de forma muy rápida, este virus genera altos costos en el sistema de salud, puesto que las personas contagiadas se les debe suministrar tratamientos retrovirales de manera constante además de cuidados especiales para la prevención y tratamiento de enfermedades oportunistas, por esta razón con el fin de disminuir gastos en el tratamiento la salud pública ha decidido invertirle a la prevención ya este virus puede prevenirse de diferentes maneras, una de ellas es la promoción de una pareja sexual monogamia; evitar la promiscuidad, generar campañas que retrasen el inicio de la actividad sexual y otorgarle importancia al uso del preservativo (Gil, 2016).

A pesar de los esfuerzos en términos de promoción, prevención, tratamiento, atención y apoyo, aún queda mucho por hacer, dado que persisten preconcepciones sobre el

VIH/SIDA desde las escuelas, y de otra parte el fracaso y la falta de adherencia a tratamientos en la población infectada. La salud pública, las ciencias básicas y clínicas tienen un reto en común: seguir trabajando en esta problemática para lograr mejores soluciones y alternativas ante este flagelo que nos concierne a todos (Palacio, 2011. p.6)

ANTECEDENTES CIENTIFICOS EN EL PAÍS Y EN EL MUNDO

Como ya se ha venido nombrando anteriormente la infección por VIH/SIDA ha generado diferentes niveles de impacto a nivel social e individual, en las diferentes naciones del mundo, trayendo consigo malestares sociales, dificultades sanitarias y gastos de alto costo a nivel económico en los diferentes sistemas de seguridad social. “Es así como los aumentos en los gastos son importantes porque el dinero utilizado en el tratamiento de pacientes con sida o en funerales no está disponible para otros usos, algunos de los cuales podrían ser más productivos” (Whiteside. 2013, Pg.9).

Según la OMS las consecuencias sociales con las cuales a nivel macro debe lidiar un país son: “millones de niños quedan huérfanos, las comunidades se destruyen, los servicios de salud están desbordados y países enteros se enfrentan al hambre y a la ruina económica” (2004, Pg. 5). De tal manera surge la importancia de estudiar el factor ya nombrado en diferentes momentos, interviniendo la infección desde su componente médico y trabajando en la prevención y promoción de comportamientos que eviten el contagio del virus, en los diferentes ciclos de vida y comunidades del mundo.

Es probable que el impacto de la epidemia en la estructura demográfica y la esperanza de vida de la población adulta acarreen cambios negativos a gran escala en las pautas de comportamiento económico y social. Además de la pérdida de ingresos y del desvío de éstos a gastos sanitarios, las familias recurren a diversas estrategias de «afrontamiento» que a la larga tienen efectos negativos, como la emigración, el trabajo infantil, la venta de bienes y el gasto de los ahorros. Las familias que sufren la enfermedad o muerte de uno o más de sus miembros han de soportar tanto los costos directos de los gastos médicos y funerarios como los indirectos del impacto de la enfermedad en la productividad (Organización mundial de la salud, 2004, Pg.5).

De tal manera como lo menciona la OMS, la infección por VIH/SIDA trae consigo cambios a nivel macro estructural y micro estructural en los diferentes sistemas que componen a una sociedad, pero de igual manera genera costos y reduce ingresos a la economía de las naciones, cubriendo las necesidades de las personas seropositivas y el perfil de impacto de la enfermedad. Es por eso que los diferentes sistemas de salud del mundo le han apuntado a la prevención de la infección, para generar programas de prevención efectivos que le lleguen a la comunidad, pero para la creación de estos proyectos de salud, se requiere una investigación previa, que antepone la aplicación de procesos provisorios que aminoren el contagio; para llegar a esto, se requiere el estudio de las diferentes variables que inciden en la infección, tales como los diferentes contextos donde se da la enfermedad, los rituales que propician su contagio y aquellos grupos sectoriales a nivel social en donde se da la mayor prevalencia del contagio del virus. Según las naciones unidas contra la droga y el delito (ONUDD) dentro de los grupos poblacionales con mayor contagio del virus del VIH se encuentran la población privada de la libertad, en donde varios factores inciden en su contagio (2012).

En la cárcel, hay un alto riesgo de transmisión del VIH y de otras infecciones. Las cárceles frecuentemente están superpobladas y se caracterizan por una atmósfera de miedo y violencia. Hay actividad sexual allí, aunque ésta esté prohibida. Como sucede también dentro de la comunidad en general, a pesar de las medidas de control aplicadas, circulan las drogas ilícitas. Las tensiones abundan. La liberación de estas tensiones y de las dificultades de la vida en la cárcel, a menudo se encuentra en el consumo de drogas o en el sexo. Muchas veces no hay acceso a preservativos. Cuando se inyectan drogas las agujas y jeringas —que son escasas, ilegales y difíciles de esconder— se comparten casi siempre, lo que conlleva un alto riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. El tatuaje es también común en las prisiones, como parte de la subcultura, y la ausencia de instrumentos limpios para realizarlos es un factor de riesgo para la transmisión. Los servicios de salud, odontológicos y ginecológicos a menudo son escasos y no siempre seguros en cuanto al riesgo de transmisión de infecciones (ONUDD, 2012, Pg.7).

De tal forma, se ha logrado identificar aquellos contextos en donde el contagio se da con mayor frecuencia y todo eso gracias a las investigaciones de serovigilancia, al esfuerzo por tratar de minimizar el contagio y el impacto que la enfermedad le trae al sistema. Es lo que ha hecho movilizar a la comunidad científica al estudio del VIH en relación a los contextos carcelarios. Para así crear programas que impacten de forma positiva e intervengan aquella comunidad.

Uno de los estudios que logro identificar rituales que conllevaban al contagio del virus del VIH/SIDA en cárceles en un país de América Latina fue el de las investigadoras Macri Troya y Berthier Vila, en este estudio las investigadoras lograron describir esos rituales que conllevaban al contagio del virus de la inmunodeficiencia humana en el complejo penitenciario de Mote Video Santiago Vázquez en el año 2005. En dicho estudio las médicas encontraron que:

La mayor prevalencia esta en, haber estado más de un año en prisión (P=68,04), poseer antecedentes de haber estado en prisión (P=67,35), y realizarse tatuajes mientras está encarcelado (P=59,11). Le siguen haberse auto infligido heridas cortantes (P=37,80), una forma de protesta muy extendida (casi 4 de cada 10). El antecedente de haberse inyectado drogas fuera de prisión constituye el siguiente factor de riesgo más frecuente (P=15,12), seguido de la variable "haber estado expuesto a una pareja sexual VIH (+) (P=10,65), superando a la homosexualidad en prisión (P=10,31). Las prácticas que mostraron las prevalencias más bajas fueron: la violación dentro de la cárcel (P=4,12), tener una pareja VIH (+) en la actualidad (P=3,43), el consumo de drogas por vía I/V en prisión (P= 4,47) y el compartir el material de punción (P= 3,09) (Troya & Vila, 2010, Pg. 24).

Las epidemiólogas encontraron factores psicosociales y marcadores biológicos que denotaron la incidencia del VIH/SIDA en dicha cárcel de Uruguay, describiendo aquellos rituales o conductas y factores que aumentaban el riesgo de poseer el virus y así mismo poderlo disipar. Importante contribución a la comunidad científica, ya que, según los modelos de investigación en psicología de la salud para poder atacar un fenómeno social como es la prevención de cualquier enfermedad, se requiere estudios previos sobre su comportamiento biopsicosocial.

A la hora de revisar información a nivel nacional, respecto a la serovigilancia del VIH/SIDA en recintos penitenciarios en Colombia, la primera cifra que sale a relucir es el nivel de hacinamiento por la cual está pasando el sistema penitenciario, la cual es un factor a tener en cuenta a la hora de hacer estudios epidemiológicos y del comportamiento humano. Es así como en la ciudad de Barranquilla, dos enfermeras profesionales y una psicóloga se dieron a la tarea de investigar de igual forma que en el anterior estudio mencionado, la prevalencia del contagio del VH y las conductas de riesgo que posibilitan su inoculación en el contexto carcelario de Barranquilla que de igual manera pasa por índices elevados de hacinamiento.

De tal manera, “Se realizó un estudio de alcance descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, en el cual se encuestó a 100 reclusos de un centro penitenciario de Barranquilla (Colombia), en el periodo agosto a octubre de 2013” (Gaviria, Lastre & Trejos, 2014, Pg. 28). Allí el fin común de las investigadoras fue describir aquellas conductas consideradas riesgosas por las autoridades sanitarias, que aumentaban el riesgo de contraer la infección inmunológica, también tuvieron en cuenta aquellos sujetos seropositivos, a la hora de identificar si en ellos también se evidenciaban los rituales que potencializaban el riesgo de infectar a otras personas en este caso sus pares privados de la libertad. Así incrementando los casos de seroconversión dentro del penal de la ciudad de Barranquilla. En el estudio las profesionales encontraron cierta variabilidad de conductas tales como:

En cuanto a las conductas de riesgo sexual, el 38 % de los internos reportó que solo algunas veces utilizó protección al tener relaciones sexuales, el 33 % refirió que nunca la utiliza y un 29 % afirmó que siempre se protege. En cuanto al tipo de relaciones sexuales que practican los internos, el 85 % refirió que practica sexo oral, el 31 % sexo anal, el 96 % sexo vaginal y el 2 % con personas del mismo sexo. La frecuencia más alta en la práctica de las relaciones sexuales correspondió a “siempre” y “algunas veces”, en tiempo de 1 a 2 semanas, con un 88 %. Con relación al uso compartido de objetos de uso personal, el jabón es el elemento que se comparte con mayor frecuencia, con un 64 %, le siguen cortaúñas (53 %) y cuchillas de afeitar (13 %). Los internos afirmaron que nunca comparten jeringas ni cepillos de dientes (Gaviria, Lastre & Trejos, 2014, Pg. 30-31).

En relación al estudio anterior, se puede entender como conductas riesgosas de alta incidencia según las estadísticas dadas por los dos estudios ya nombrados, el realizarse tatuajes dentro del penal en condiciones in saludables en el caso del penal de Montevideo, seguida de la práctica sexual sin protección que demuestra el estudio realizado en la ciudad de Barranquilla. Es así como se va abriendo la posibilidad de comprender cuales son las conductas riesgosas que se dan dentro de los penales a la hora de incidir en el contagio del VIH/SIDA, teniendo en cuenta esto para realizar a posteriori programas de intervención y ejecutar medidas que le hagan frente a la problemática.

Por otro lado, en la ciudad de Cartagena en la reclusión de ternera y san diego se llevó a cabo un estudio en donde su finalidad era estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/SIDA en población privada de la libertad, allí se encontró que:

El informe de las “Mil Voces presas” llega a la siguiente conclusión: “la cárcel interviene selectivamente sobre los grupos sociales con más carencias y menos alternativas y oportunidades de adquirir unos niveles mínimamente dignos de calidad de vida; castiga fundamentalmente a los que menos tienen.” Los establecimientos penitenciarios y carcelarios del distrito de Cartagena no difieren de las condiciones de vulnerabilidad descritas, se evidencio unos escenarios altamente complejos, muchas de las actividades de la dinámica carcelaria se realizan en un contexto de tensiones permanentes, resultado de la particularidad que nos hace diferentes como individuos social y culturalmente y del control externo ejercido por la institucionalidad carcelaria para el mantenimiento de la seguridad adicional un contexto ambiental que evidencia precarias condiciones higiénicas sanitarias (Ríos & Cabrera, 1998)

Teniendo en cuenta los estudios anteriores, se entiende que la incidencia del VIH en los penales es un factor de riesgo a considerar, y por tal se requiere más investigaciones en diferentes centros carcelarios, ya que, cada penitenciaría trae consigo características únicas y dinámicas que surgen de las particularidades de los privados de la libertad, es así como en Montevideo prevalece más el contagio del VIH por medio de la realización de tatuajes, quizá lanzando un juicio a priori como un proceso de ednoculturación propio de la adaptabilidad de ese lugar. Por el contrario, en el penal de Barranquilla el principal medio de contagio son las relaciones sexuales sin utilización del preservativo, quizá allí los estados de privación son

más importantes que otros factores. Es por eso que para cada centro carcelario se requiere una intervención que obedezca y subsane las características específicas de las dinámicas que se dan allí, no es lo mismo de implementar un protocolo de prevención del VIH en la cárcel picota que en la cárcel modelo donde hay un patio exclusivo para privados de la libertad seropositivos.

Los tres estudios se realizaron de forma cuantitativa, utilizando instrumentos de medición; en el caso de Barranquilla las profesionales de allí utilizaron un instrumento creado por ellas en donde su validación fue por expertos, esto se puede revisar en el artículo científico publicado por la universidad simón bolívar, en el caso de Cartagena el instrumento a utilizar fueron las encuestas de serovigilancia creadas por varias organizaciones en pro de la salud pública mundial, de igual manera las encuestas pasaron por un proceso de validación lógica o por expertos en el tema, y en Montevideo se utilizó una prueba realizada por el ministerio de salud de ese país.

MARCO EPISTEMOLÓGICO

El estudio de la conducta humana ha polarizado la percepción científica de las opciones de abordaje de esta misma, se tiene una mirada fenomenológica existencialista, y una positivista de base empírica. En este documento se hablará de la perspectiva empírica-positivista como raíz del fenómeno a estudiar. De tal manera que el objetivo será encontrar una congruencia entre lo investigado y lo dicho por la filosofía y la ciencia.

El positivismo lógico es la base epistemológica de la investigación, pues en él se haya la armonía entre el empirismo metódico de March y la mirada lógica encubierta de Russell, donde surge la postura de mirar a la teoría con un método observable y científico (Del Pino, 2000).

En ese orden de ideas desde en el inicio de la ciencia positivista, se necesita aquellas particularidades observables para ser medidas y cuantificadas, pero aquellas que no se pueden observar no se consideran ciencia, es así, como desde el positivismo lógico la teoría entra a jugar un protagonismo necesario al creer en lo inobservable, pero a su vez en generar métodos que lo pudieran medir, es por eso que para abordar el estudio de la conducta y las actitudes

se requiere un línea filosófica que permita la demostración de lo observable en relación a lo invisible, y esta posibilidad la da el positivismo lógico.

Al hablar de conducta humana, de fondo se debe afirmar que el paradigma disciplinar donde cabe razón ubicar este constructo es el conductismo, pero al mismo tiempo no se puede entender desde esta lógica las actitudes cuyos procesos son más mediacionales o cognitivos, pues como hablar de esto en una escuela donde niega toda posibilidad de inobservancia, en una escuela donde el condicionamiento se utiliza como única forma de abordaje científico, donde los reflejos cobran mayor importancia que la introspección. Es así como el señor Watson cierra toda posibilidad de pensar en lo subjetivo como fuente de manifestación.

De tal manera, en la línea histórica del conductismo surge la posibilidad de pensar en procesos no tangibles, al dejar entrar al conductismo lógico en las aulas y laboratorios, dejando de lado el conductismo metódico de Watson. Es así como el señor Leonar Hull, presidente de la asociación americana de psicología (APA), en sus investigaciones sobre el drive y la creación de hábitos, menciona que en todo proceso se observan estímulos y respuestas, pero también hay procesos ocultos que mediaban lo ambiental o lo neurofisiológico (Del Pino, 2000).

Es así como Skinner en su posición errática de creer en procesos no observables, deja en manifiesto en su teoría radical “que los pensamientos, sentimientos y emociones como acontecimientos privados de la conducta son importantes fenómenos que deben ser investigados” (Del pino, 2000.Pag.146). Por ende, más adelante en el surgimiento del neoconductismo, los contextualistas y los conductistas radicales, comienzan a trabajar en procesos complejos que no se podían explicar solamente desde lo observable. Aquí cobra gran valor el conductismo lógico de Hull, según el profesor Antonio del Pino en su libro sobre tratamientos psicológicos, menciona que “este señor Hull consideró que las variables mediadoras actuaban no solo a niveles periféricos, sino también a niveles centrales y que por lo tanto hacían notar su influencia en el modelo cognitivo” (2000,157).

Poco a poco, los procesos superiores comienzan a tomar importancia en el estudio de la conducta humana, y comienza a entrelazarse con fenómenos tácitos como la investigación en la ansiedad o en las técnicas de contra-condicionamiento, de extinción o inhibición cuyo pionero fue el doctor Wolpe. Aquí se negaba la posibilidad de creer en los procesos

cognitivos, pero se seguía pensando en la ciencia axiomática como influencia de la conducta (Del pino,2000).

Mencionado lo anterior, para poder hablar de conducta y actitud se requiere entender el neoconductismo como posibilidad paradigmática emergente del positivismo lógico, como puente que entrelaza las posturas conductistas y cognitivistas, como lo menciona Del Pino en palabras de Miller:

Los procesos mentales pueden analizarse como conexiones centrales E-R, para ello amplió la vieja noción watsoniana de cadenas conductuales E-R, para que incluyera las conexiones centrales e-r que median entre el estímulo (E) ambiental y la respuesta (R) abierta. Estas asociaciones centrales son pensamientos, imágenes, respuestas verbales y otros procesos mentales superiores. Miller asumió lo que él mismo llama presupuesto clave, según el cual las asociaciones centrales siguen exactamente las mismas leyes que las más simples conexiones E-R, Miller con su posición intentó una aproximación a la teoría cognitiva de Tolman (Del pino, 2000.Pag. 211)

Como lo menciono el pionero del cognitivismo Americano Miller, el doctor Edward Tolman habla de una psicología conductual y cognitivista al aceptar en su teoría de la conducta molar, procesos o variables intermedias como mapas cognitivos que anteceden a la respuesta y esta después del estímulo (Del pino, 2000). Aquí se comienza a unir la investigación de la conducta y la cognición, es decir las conductas y las actitudes tienen un sustento teórico que en la línea del tiempo se unen por casualidad y con cierto resentimiento doctrinal, en donde lo observable le da pie a la teoría para dar a conocer por medio de un método sus descubrimientos; históricamente el conductismo deja entrar las posturas cognitivas desde los estudios molares de Tolman, y se empieza hablar de procesos encubiertos, lo que hoy en día se maneja bastante en las terapias de primera, segunda y tercera generación.

En síntesis, el positivismo lógico da pie para estudiar la conducta humana desde métodos científicos, a su vez lo adopta el conductismo y posterior a las dinámicas disciplinares de dicha escuela, surge el lazo eminente entre cognición y conducta, con una

postura científica que da la posibilidad de estudiar lo observable y de igual manera medir lo inobservable.

METODOLOGÍA

TIPO DE ESTUDIO.

Para el desarrollo de la investigación y cumplimiento de lo planeado, se llevó a cabo un estudio cuantitativo- descriptivo, de corte transversal que ayudó a alcanzar los objetivos planteados al inicio de la investigación. Dicho modelo escogido, permitió llegar a la descripción de las actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH/SIDA en la población LGBTI del establecimiento EC Bogotá. De tal manera, se determinaron las prácticas sexuales de la población ya mencionada, que realizaban y potenciaban el contagio de la noxa vírica.

Se escogió el diseño transversal de tipo descriptivo, ya que las intenciones del estudio fueron describir por medio de un instrumento, las actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH en un solo momento. Según García, Faure, Gonzales y García se pretende con el método descriptivo “describir las variables de un fenómeno y sus magnitudes sin hacer comparaciones, constituye un nivel sencillo, pero a la vez fundamental, pues aporta las primeras observaciones sobre las cuales se basarán estudios que posteriormente darán explicación y causa del fenómeno” (1999, pag.45). Teniendo en cuenta las intenciones del estudio, se utilizó el corte transversal investigativo, ya que, lo que se busca es “examinar las características de una población en una sola ocasión, de inmediato se procede a describirlas o analizarlas, este tipo de investigaciones permite hacer estudios de prevalencia y sugerir hipótesis que pueden estudiarse posteriormente” (García, Faure, González & García, 1999.Pag.45).

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población con la que se llevó a cabo la investigación fue un total de 33 personas

privadas de la libertad, con un rango de edad de 19 a 63 años, auto reconocidas en los sectores LGBTI del establecimiento carcelario de Bogotá, en donde según el censo realizado por el establecimiento hay 27 gays, 10 bisexuales, 8 transgéneros, 1 intersexual y 0 lesbianas. La población se encuentra dispersa en los pabellones 1 A- 2B- 1B-2 A- nuevo milenio- Piloto- 3- 3 A (SISIPEC, base de datos institucional, 2017).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población fue de 46 personas las cuales se auto reconocían en algún sector de la comunidad LGBTI, y para la muestra participaron 33 sujetos, los cuales fueron seleccionados bajo criterios no probabilísticos, es decir por conveniencia, ya que, los investigadores han considerado crear criterios propios de selección, que cumplieran con ciertas características biopsicosociales de la población objeto de estudio, lo cual incidió de forma paulatina en la viabilidad del estudio.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron:

- El privado de la libertad debe estar recluso en el establecimiento carcelario de Bogotá.
- El PPL debe estar auto reconocido y pertenecer a los sectores LGBTI del establecimiento carcelario de Bogotá
- Los participantes deben haber accedido a estar dentro de la investigación por voluntad propia y haber firmado el consentimiento informado.

Por el contrario, los criterios de exclusión del estudio serán:

- Los participantes de la investigación no deben estar en detención domiciliaria ni libertad condicional, ni en situación de traslado.
- Si el participante en cualquier momento quiere desistir de la investigación, los encargados del proceso deberán excluirlo inmediatamente y eliminar de forma veraz la información personal del sujeto.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

El instrumento utilizado en la presente investigación es la encuesta de vigilancia del comportamiento (EVC), creada por las organizaciones internacionales; Agency for international development (USAID), department for international development (DFIT) Y family health international (FHI), esta instrumento estandarizado contiene cinco encuestas para cada uno de los diferentes grupos de riesgo, como trabajadoras sexuales, hombres y mujeres solteros jóvenes, adultos, usuarios de drogas y hombres que tienen sexo con hombres, para esta investigación se utilizó solamente el ultimo debido a que se ajusta a las características de la población.

La encuesta hombres que tiene sexo con hombres contiene 78 ítems, divididos en 9 secciones; características de los antecedentes; datos sociodemográficos (12 preguntas), matrimonio y parejas (4 preguntas), antecedentes sexuales: número y tipo de parejas (8 preguntas), antecedentes sexuales: parejas comerciales (6 preguntas), antecedentes sexuales: parejas no regulares (6 preguntas), antecedentes sexuales: relaciones con mujeres (4 preguntas), condones y lubricantes (11 preguntas), ITS (7 preguntas), conocimiento opiniones y actitudes hacia el VIH (20 preguntas).

La utilización de los cuestionarios estandarizados, tiene muchas ventajas. Primero, desarrollar el cuestionario es un proceso difícil y estos instrumentos contienen las formulaciones de preguntas, referencias de tiempo y patrones de omisión ya examinados, y que se sabe que producen datos de alta calidad. Segundo, como estos instrumentos se han utilizado en numerosos escenarios alrededor del mundo, su uso continuo permitirá que los resultados de la vigilancia puedan ser comparados internacionalmente para determinar las diferencias en la dinámica del cambio del comportamiento y las características de los diferentes grupos (EVC, pág.82).

A pesar de la alta calidad de las encuestas es necesario realizar una adaptación del instrumento al contexto donde va a utilizarse como se especifica en el manual de la misma; el cuestionario para este grupo está diseñado para su utilización con los hombres que tienen contacto sexual regular, manual, oral o anal, con otros hombres. Como este grupo puede ser extremadamente diverso en varios escenarios del país, el

cuestionario probablemente tendrá que adaptarse al contexto y cultura locales de las relaciones sexuales de hombres con hombres (EVC, pág. 81).

Teniendo en cuenta lo anterior se realizó una adaptación del instrumento, en este caso al contexto penitenciario, con psicólogos expertos, además de la realización de una prueba piloto, adaptando las preguntas a la terminología local con el fin de que no se pierda el significado original de la pregunta, se remplazaron y omitieron algunos ítems que no aplicaban a la población teniendo en cuenta que se encuentran privados de la libertad, de igual manera se agregaron preguntas acerca de la situación jurídica de los participantes, ver ANEXO 1. También se logró determinar la confiabilidad del instrumento, realizando el proceso psicométrico recomendado para llegar a ella por medio del coeficiente de Alpha de Cronbach utilizando la formula general de Sperman- Brownn $\lambda_{xx} = \frac{K \cdot \lambda M}{1 + (k-1)\lambda M}$.

Determinando que la confiabilidad general del instrumento es de 68%, indicando esto que dicho resultado es fiable en cuanto a la consistencia interna general del instrumento. Utilizando la fórmula de Sperman-Brown para instrumentos largos y teniendo más certeza en la consistencia interna entre reactivos.

	N	%
Valid	33	100,0
Cases Excluded ^a	0	,0
Total	33	100,0

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Value	,306
	Part 1	
	N of Items	89 ^a
	Value	,461
Part 2	N of Items	89 ^b
	Total N of Items	178
Correlation Between Forms		,519
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length	,684
	Unequal Length	,684
Guttman Split-Half Coefficient		,650

PROCEDIMIENTO

En primer lugar se *identificó* el problema de alto contagio de VIH en especial en personas de la comunidad LGTBI mediante la observación y el contacto con la población, contrastando la situación con la teoría y los datos de la oficina de sanidad, luego de esto se *solicitó permiso* para la realización de la investigación al INPEC (ver anexo 3), luego se *caracterizó* a la población LGBTI mediante la encuesta de auto reconocimiento del INPEC, con el fin de contar con datos actualizados debido a que la población investigada es flotante, no se anexa la encuesta de caracterización debido a que es un documento de uso institucional. Luego de identificar la población se *seleccionó el instrumento* para medir las actitudes y conductas de riesgo del contagio de VIH (EVC), en el manual del instrumento se sugería realizar una adaptación al contexto, por lo que se realiza *la adaptación y validación* por tres psicólogos expertos (ver anexo 1). Al realizar la adaptación del instrumento se procedió a determinar la *confiabilidad* de dicha prueba. Después de la adaptación del instrumento se procederá a *seleccionar la muestra* teniendo en cuenta las personas que voluntariamente quisieron participar en la investigación, después de este proceso se informará a los participantes sobre los objetivos de la misma, se explicó que podían abandonar la investigación cuando lo desearan, (ver anexo 2 consentimiento informado). Además de comunicarles que la información recolectada será confidencial y según el código bioético y deontológico se rompe solamente en tres casos, que ponga en peligro su vida y la de terceros y si un ente jurídico lo solicita, luego de esta explicación se solicitó a los participantes firmar el *consentimiento informado* si estaban de acuerdo. Para la aplicación de la encuesta se identificó al líder de la comunidad LGBTI del establecimiento con el fin de convocar a la población, luego de eso se dio inicio a la *aplicación* de la encuesta por parte de los investigadores patio por patio de forma guiada con el fin de obtener información lo más verídica posible, luego de la aplicación se realizó la *tabla de operacionalización de las*

variables con el fin de determinar los niveles de medición de acuerdo con las características de las mismas. Cabe aclarar que previo a la aplicación se realizó un entrenamiento para su aplicación con el docente asesor de la investigación.

Luego de eso en el *análisis de los resultados* se logró determinar la presencia de variables de tipo discreto y continuo, la información fue analizada mediante los software SPSS y Excel para cumplir a cabalidad los objetivos propuestos al inicio de la investigación, también se utilizó los métodos propios de la estadística descriptiva, como tablas de contingencia y medidas de tendencia central; mediana, moda, media, al igual que las medidas de variabilidad tales como la desviación estándar y rangos. Después de analizar los datos obtenidos se da inicio a una *discusión disciplinar* contrastando los hallazgos de la investigación con la teoría, finalmente se realizan *recomendaciones* para futuras investigaciones.

TABLA DE OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Tabla 1-1

Nombre de la variable	Definición operativa	Tipo	Plan de análisis
Edad	Edad de la persona encuestada Edad en años completos 8. No sabe	Cuantitativa Continua	Media Rangos
Escolaridad	Número total de años de educación finalizada	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Religión o creencia	Otra _	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual

Pertenece a algún grupo excepcional	Cuál _	Cualitativa Nominal Categorica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
-------------------------------------	--------	--------------------------------------	---

Tabla 1-2: (Continuación)

Estado Civil	1. Casado actualmente, vive con su esposa(o) 2. Casado actualmente, vive con otra pareja sexual 3. Casado actualmente no vive con la esposa ni con ninguna otra pareja sexual 4. No está casado, vive con una pareja sexual	Cualitativa Nominal Categorica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Situación Jurídica Penal	1. Condenado 2. Sindicado 8. No Sabe 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categorica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Tiempo en prisión	Tiempo recluido en el establecimiento	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentil en Rangos

Relaciones sexuales en los últimos doce meses	1.Si 2. No 9. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categorica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado uso de condón con cualquier tipo de relación (regular, comercial, no regular no comercial)
Parejas sexuales en los últimos doce meses	Regular No sabe No responde Comercial No sabe No responde No regulares No sabe	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Relaciones con pareja del mismo sexo	1. Si 2. No 9. no hay respuesta	Cualitativa Nominal Categorica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Relaciones con pareja del mismo sexo en los últimos 6 meses	1. Si 2. No 9. no hay respuesta	Cualitativa Nominal Categorica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
¿Número de parejas del mismo sexo que ha tenido relaciones sexuales anales en los últimos 6 meses?	Número de parejas hombres en los últimos doce meses _____ 8. No sabe 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos

Tabla 1-3: (Continuación)

Relaciones sexuales con una pareja regular durante los últimos 6 meses	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Uso de condón en ultima relación sexual con pareja regular	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Motivo de no uso de condón con pareja regular	1. No había disponible 2. Muy caros 3. La pareja no estaba de acuerdo 4. No le gusta 5. Utilizaron otro anticonceptivo 6. No pensaron que fuera necesario 7.No pensaron en eso	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- ultima relación sexual con pareja regular
Frecuencia de uso de condón con parejas regulares los últimos doce meses	1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4. Nunca	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Relaciones sexuales con una pareja comercial durante los últimos doce meses	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
tuvo relaciones sexuales con pareja comercial durante los últimos 30 días	Número de veces 8. No Sabes 9. No hay respuesta	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos

Tabla 1-4: (Continuación)

Uso de condón en última relación sexual con pareja comercial	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- quien lo usó
Motivos de no uso de condón con pareja comercial	. No había disponible . Muy caros . La pareja no estaba de acuerdo . No le gusta . Utilizaron otro anticonceptivo .no pensaron e que fuera necesario . No pensaron en eso	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual. Análisis bivariado- última relación sexual con pareja comercial
Frecuencia de uso de condón con parejas comercial los últimos doce meses	1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4. Nunca 8. No sabe	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Relaciones sexuales con una pareja no comercial no regular durante los últimos 6 meses	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual

Tabla 1-5: (Continuación)

Uso de condón en ultima relación sexual con pareja no comercial no regular	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- quien lo sugirió
Frecuencia de uso de condón con parejas no comercial no regular los últimos doce meses	1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4. Nunca 8. No sabe	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada
Hombre que tiene sexo con hombre	1. Si 2. No 3. No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Practica de sexo oral entre hombres	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Número de personas diferentes que ha tenido sexo oral en los últimos seis meses	Número durante los últimos seis meses ____ 8. No sabe	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos

Tabla 1-6: (Continuación)

Uso de condón en ultima relación que tuvo sexo oral	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Frecuencia de uso de condón últimos seis meses en práctica de sexo oral entre hombres	1. Todo el tiempo 2. Casi todo el tiempo 3. Algunas veces 4. Nunca 5. No sabe	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada

Usted eyaculo en la boca de un hombre o eyacularon en su boca durante los últimos 6 meses	Si NO No se acuerda No hay respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Con cuántos hombres diferentes ha tenido relaciones sexuales	no. de veces que ha penetrado [_____ _____] no. de veces que ha sido receptor [_____ _____]	Cuantitativa	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles
¿Número de relaciones sexuales anales comerciales?	Comercial (parejas con quien ha tenido relaciones sexuales a cambio de dinero) ____	Cuantitativa Continua	Media Desviación estándar Mediana Moda Percentiles Rangos
Relación sexual no consentida entre hombres	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
¿Ha escuchado de un condón masculino?	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Uso de condón en ultima relación sexual con cualquier pareja	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual

Tabla 1-7: (Continuación)

Conocer algún lugar o persona de donde se puedan obtener los condones masculinos dentro del establecimiento carcelario	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categoría	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Lugares o personas que conoce en donde podría obtener condones	Expendido Sanidad Visita Encomienda Personal de guardia Promotores de salud Compañeros ONG y fundaciones Capilla Otro____ No sabe	Cualitativa Nominal Categoría	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado – tiempo para obtener un condón
¿Tiene información sobre VIH o la enfermedad llamada SIDA?	1. Sí 2. No 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categoría	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Conocer a alguien que esté infectado por el VIH o que haya muerto de SIDA	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categoría	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Tener algún pariente o amigo cercano que esté infectado con VIH o que haya muerto de SIDA	1. Sí, Un Pariente _____ Cercano 2. Sí, Un Amigo Cercano 3. No	Cualitativa Nominal Categoría	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Prevenir el VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando un condón	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categoría	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
¿Prevenir el VIH al tener una pareja sexual fiel que no esté infectada?	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categoría	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
¿Prevenir el VIH al abstenerse de tener relaciones sexuales?	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categoría	Frecuencia absoluta Distribución porcentual

Tabla 1-8: (Continuación)

Adquirir el VIH al ¿Compartir una comida con alguien que está infectado?	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
¿Adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- tener y el haberse realizado tatuajes al interior del centro carcelario
Pensar que una persona que se ve saludable puede estar infectada con	1. Si 2. No 8. No sabe	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
¿Mujer embarazada que está infectada con VIH puede transmitir el virus a su bebé?	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Mecanismos de prevención para evitar transmisión perinatal	Tener relaciones sexuales con condón No tener relaciones sexuales Tomar Medicamentos (Antirretrovirales) Otro 8. No Sabe	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Conocimiento sobre la transmisión madre e hijo a través de la lactancia materna	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
obtener una prueba confidencial para VIH en centro carcelario	1. Si 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual

Se ha realizado una prueba de VIH	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Análisis bivariado- Cuándo se realizó la prueba del VIH más reciente
-----------------------------------	----------------	--------------------------------------	--

Tabla 1-9: (Continuación)

Voluntaria o se le solicito	1. Voluntariamente 2. Solicitada 9. No Hay Respuesta	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Tuvo conocimiento del resultado	1. Sí 2. No	Cualitativa Nominal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual
Cuando se realizó la prueba del VIH más reciente	1. El Año Pasado 2. Entre 1 y 2 Años 3. Entre 2 y 4 Años 4. Más de 4 Años	Cualitativa Ordinal Categórica	Frecuencia absoluta Distribución porcentual Frecuencia acumulada

CONSIDERACIONES ETICAS.

La presente investigación se construirá bajo los parámetros legales y éticos, los cuales atañen al que hacer del psicólogo en sus diferentes contextos. Teniendo en cuenta los estatutos legales del código bioético y deontológico del colegio colombiano de psicólogos y la ley 1090 del 2006 por el cual se reglamenta el ejercicio de la profesión en Colombia, por lo tanto, se dará cumplimiento al artículo 2 en el cual se contemplan las disposiciones generales, dentro de las cuales se encuentra la confidencialidad (ver anexo 2).

Los psicólogos tienen la obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogo. Revelaran tal información a los demás solo en el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a las personas o a otras. Los psicólogos informaran a sus usuarios de las limitaciones legales de su confidencialidad (Ley 1090 del 2006, Pág.2).

Dicho lo anterior se tendrá en cuenta el principio de confidencialidad en la presente investigación, por lo que la información suministrada por los participantes se utilizará solamente con fines académicos y se romperá el principio de confidencialidad solo en tres casos específicos; si la información obtenida pone en riesgo la vida del participante o de otra persona y si un ente judicial lo solicita.

En referencia a lo anterior la producción científica específicamente en el campo de la psicología maneja unos lineamientos los cuales direccionan el rumbo legal de la investigación, teniendo en cuenta el capítulo VII en el cual se enuncia los parámetros a considerar a la hora de realizar una investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones que conlleva este ejercicio, en el artículo 50 se establece que “los profesionales de la psicología, al planear o llevar a cabo investigaciones científicas, deberían basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes”(Manual deontológico y bioético del ejercicio de la psicología Colombiana, Pg.33)

De igual manera como se establece en el capítulo VI del título VII, el cual se denomina del código deontológico y bioético para el ejercicio de la profesión de psicología, donde se reglamenta el uso de material psicotécnico mediante el artículo 45 (El material psicotécnico es de uso exclusivo de profesionales en psicología) allí se establece “ los estudiantes podrán aprender su manejo con el debido acompañamiento de docentes y la supervisión y vigilancia de la respectiva facultad o escuela de psicología”(Manual deontológico y bioético del ejercicio de la psicología Colombiana, Pág.33).

De igual forma en la presente investigación se tuvo en cuenta la resolución n. 8430 de 1993 artículo 4. Donde se especifica

La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan: a. Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos. b. Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social. c. A la prevención y control de los problemas de salud.

De acuerdo a lo enunciado, la investigación cumple con los criterios establecidos por la resolución puesto que contribuye al conocimiento en procesos psicológicos; en este caso

las actitudes y conductas de riesgo y procesos biológicos como el contagio de VIH, de igual manera aporta conocimientos referentes a la causa del contagio en el contexto penitenciario y finalmente los resultados de esta investigación podrán tomarse como referencia para la prevención y control de dicho problema.

Por otra parte, teniendo en cuenta la carta magna que rige la vida en sociedad y garantiza los derechos de los colombianos, se tendrá en cuenta el artículo 13 de la constitución política de Colombia donde se menciona:

Todas las personas nacen iguales y libres ante la ley, recibirán la misma protección y trato de las autoridades y gozarán de los mismos derechos, libertades y oportunidades sin ninguna discriminación por razones de sexo, raza, origen, nacionalidad o familiar, lengua, religión, opinión política o filosófica. El estado promoverá las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva y adoptara medidas en favor a grupos discriminados o marginados. El estado protegerá especialmente a aquellas personas que, por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancias de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan.

Teniendo en cuenta que se va a trabajar con los sectores auto reconocido de la comunidad LGBTI del establecimiento carcelario de Bogotá es necesario reconocer sus derechos fundamentales como seres humanos cobijados por la ley.

RESULTADOS

Para observar los resultados brutos puede dirigirse al archivo en Excel, Anexo n. 4

CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

La población que participo en la investigación son adultos de sexo masculino con un rango de edad entre los 19 a 65 años, con una mediana de 30 años, el 61% con orientación sexual gay, el 9% bisexual y el 30% transgénero. El tiempo de permanencia en el establecimiento carcelario de los participantes oscila entre 1 y 71 meses, con una media de 24,6 y una mediana de 20 meses. El 58% son católicos, el 30% cristiano y el 12% no profesa ninguna religión.

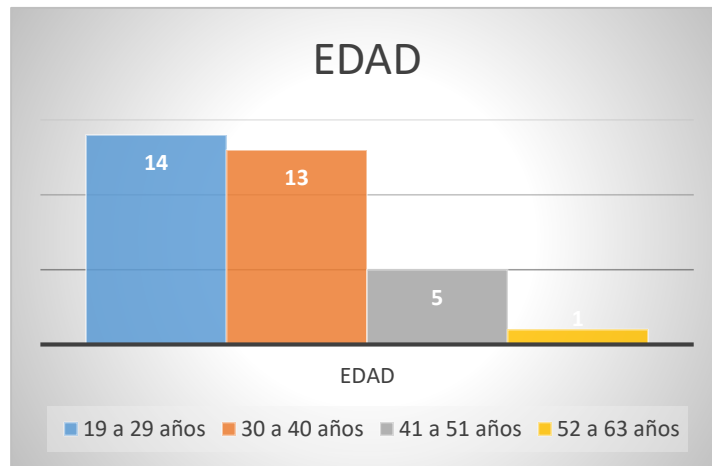


Figura II

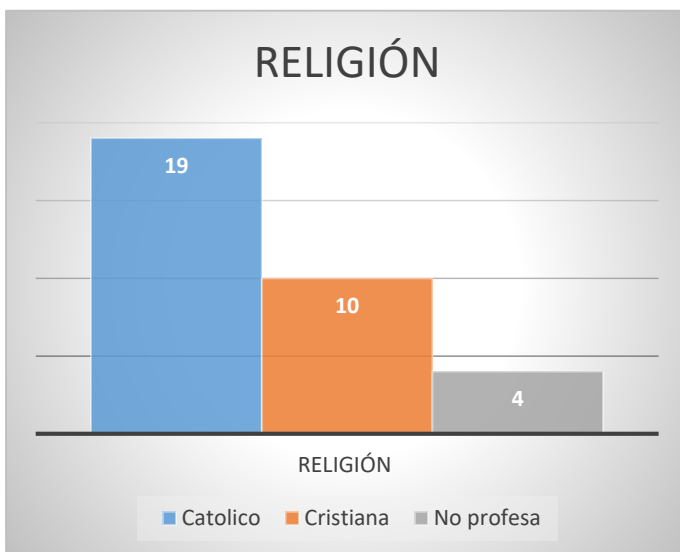


Figura III

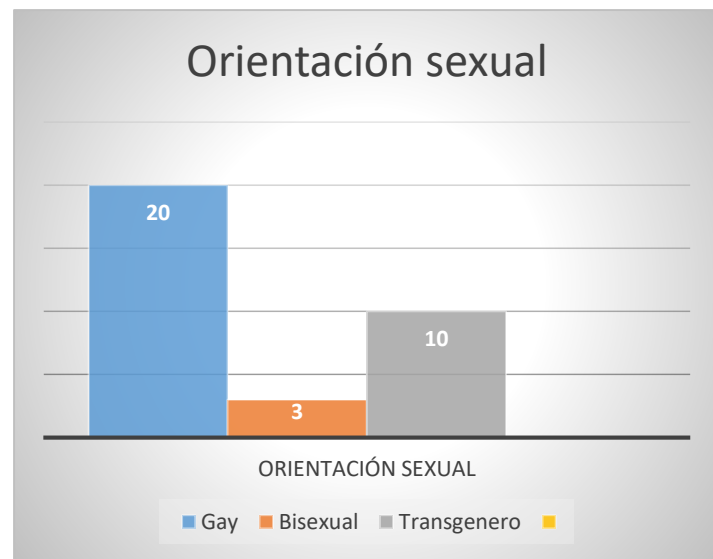


Figura IV

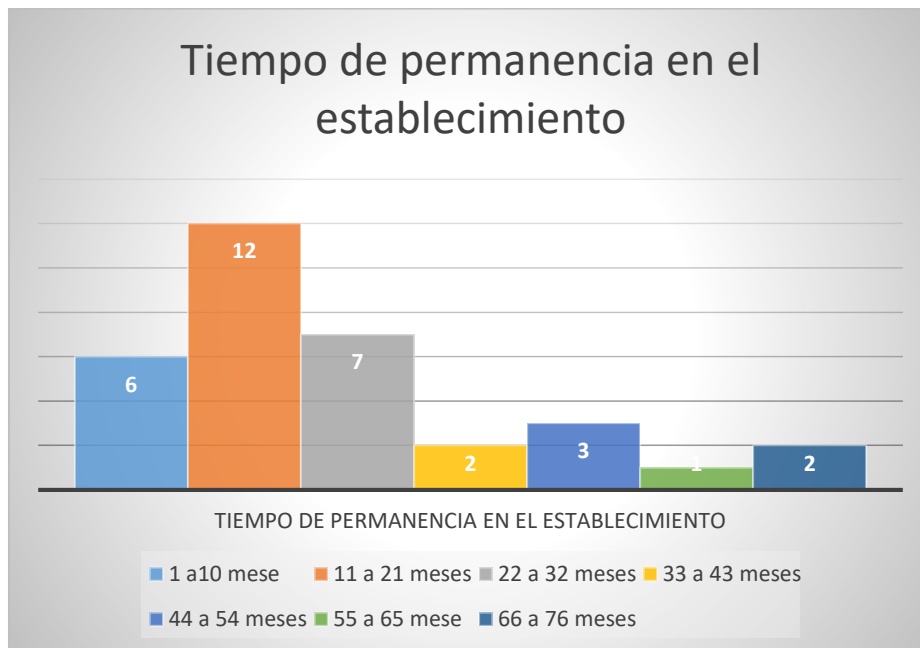


Figura V

CONDUCTAS LESIVAS (CONSUMO DE ALCOHOL, SPA, TATUAJES Y JERINGAS)

Se identifica que el solamente el 3% de privados de libertad reporta consumir alcohol a diario, mientras que el 52% no consume nunca (ver figura VI), en cuanto al consumo de S.P.A el 67% reporta consumir algún tipo de sustancia, siendo la moda marihuana con un 31%, seguida de la cocaína con un 11% de consumo y el 13% de PPL son policonsumidores (ver figura VII). Solo el 12% de los participantes han utilizado jeringas en el último año. El 33% de privados de la libertad se han realizado tatuajes dentro del establecimiento carcelario (ver figura VIII).



Figura VI

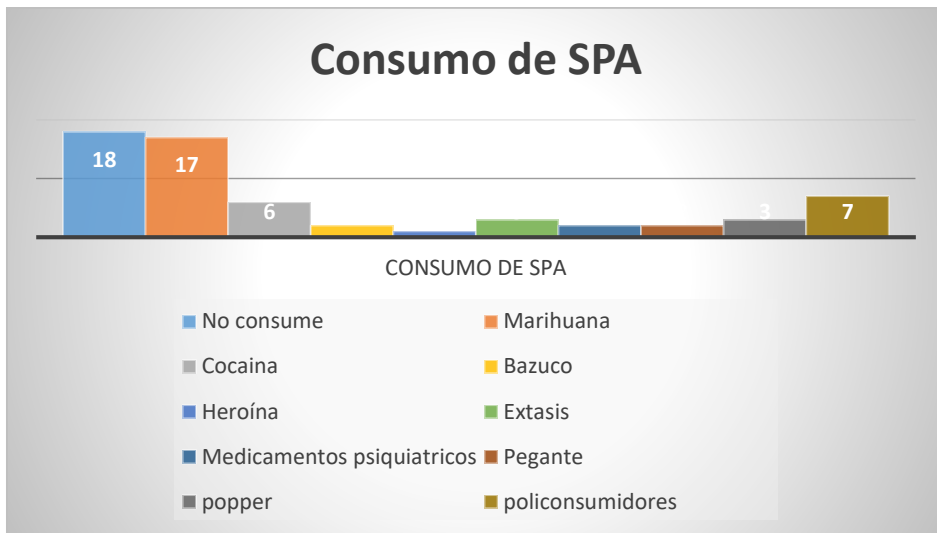


Figura VII

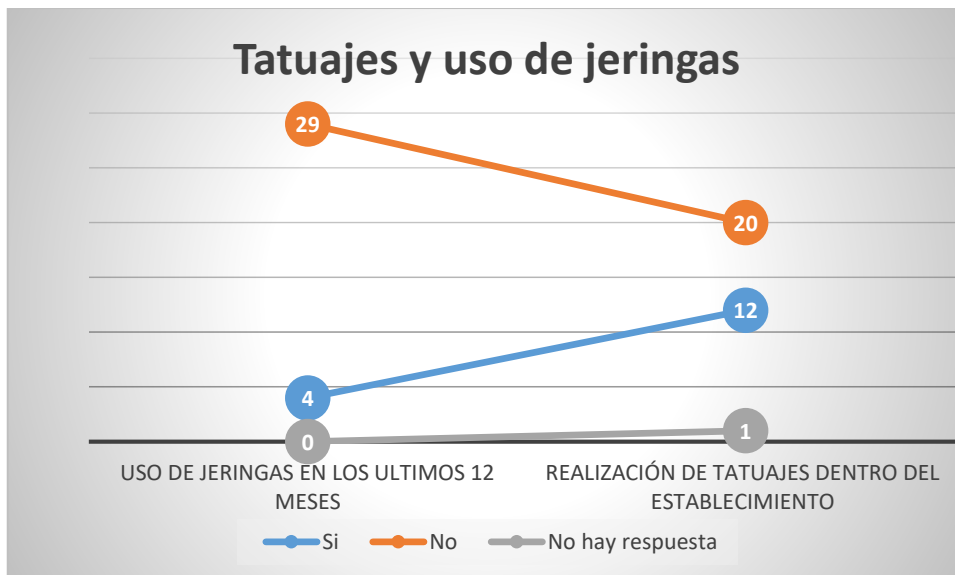


Figura VIII

CONDUCTA SEXUAL

Se evidencio que el 58% de la población a la que se aplicó el instrumento ha tenido relaciones sexuales orales con un hombre en los últimos 6 meses, con un rango de 1 a 40 personas diferentes, el 58% asegura haber tenido sexo oral con 1 a 10 personas, siendo la media 4,7, la moda 1 y la mediana 2. El 55% de las PPL no ha utilizado condón en las relaciones sexuales orales, en cuanto a la frecuencia de uso el 24% uso condón algunas veces, el 9% casi todo el tiempo y el 18% todo el tiempo, el 39% reportan que le han eyaculado en la boca.

En cuanto a las relaciones sexuales anales un 45% afirma haber sido el sujeto que penetra y el 61% el sujeto receptor, además, un 73 % de los PPL refieren no haber tenido parejas comerciales, el 27% restante ha tenido un rango de 1 a 40 parejas comerciales, el 36% asegura no haber tenido pareja regular, el porcentaje restante indica haber tenido un rango de parejas regulares entre 1 a 150. El 18% de la población encuestada ha sido obligada en algún momento de su vida a tener relaciones sexuales, en comparación al 73% restante quienes mencionan que han sostenido relaciones sexuales consensuadas.

El 3% de la población acepta haber tenido relaciones sexuales anales con parejas comerciales durante los últimos 6 meses, de los cuales el 3% afirma que sucedió al menos una vez y el 9% indica dos veces, el 36% de estas personas no utilizó condón porque no habían disponibles, 6%, eran muy caros 9% , no le gusta 9% y la pareja no estaba de acuerdo 9% , el 64% restante, que si usaron preservativo, lo hicieron todo el tiempo, siendo este el 12% de los encuestados, el 12% de las PPL nunca han hablado sobre VIH o ITS con sus parejas comerciales. Por otra parte, se evidencia que la población ha tenido un rango de 1 a 30 relaciones sexuales anales con parejas regulares el último mes.

La frecuencia absoluta que se evidencia en la pregunta 601 es un total de 22 lo que indica que el 67% no ha estado casado con una mujer, mientras que el 33% si lo ha estado, actualmente solo el 9% convive con una pareja sexual femenina de igual forma el 55% de la población ha tenido relaciones sexuales con una mujer en algún momento de su vida. El 79% de los encuestados no han tenido relaciones sexuales con una pareja sexual femenina en los últimos 6 meses, de igual manera en el lapso de tiempo ya menciona el 52% no dio respuesta sobre el uso de condón con pareja femenina, de las personas que sostienen relaciones sexuales con mujeres el 3% usa condón todo el tiempo, el 3%, casi todo el tiempo 3% y algunas veces el 9%.

El 88% de la población ha escuchado de un condón masculino, de igual manera el mismo porcentaje lo ha usado, el 82% conoce de algún lugar dentro del establecimiento donde pueda obtener condones; las tres principales fuentes para obtener condones masculinos fueron sanidad con el 27%, promotores de salud con el 19% y encomienda con el 17%, en cuanto al uso de lubricantes el 67 % de PPL utilizan, los lubricantes que usan comúnmente son, vaselina 25%, saliva 20%, crema de manos 15%, gel vaginal 13%, aceite de bebé 9%, aceite de cocina 8% y mantequilla 3%, en dicha pregunta hay una frecuencia acumulada de 79.

Tabla 2. CONDUCTAS DE RIESGO

301. SEXO ORAL CON UN HOMBRE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Si	1	58%
	9	
No	1	39%
	3	
No sabe	1	3%
No responde	0	0%
TOTAL	3	100%
	3	

302. N. PERSONAS CON QUIENES HA TENIDO SEXO ORAL EN ÚLTIMOS 6 MESES

Ninguna	5	15%
De 1 a 10	1	58%
	9	
De 11 a 21	2	6%
De 22 a 32	0	0%
De 33 a 43	1	3%
No sabe	1	3%
No hay respuesta	5	15%
TOTAL	3	100%
	3	

Tabla 2-2: (Continuación)

303. LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO SEXO ORAL UTILIZO CONDÓN

Si	1	39%
	3	
No	1	55%
	8	
No sabe	2	6%
No hay respuesta	0	0%
TOTAL	3	100%
	3	

304. FRECUENCIA USO DE CONDÓN DURANTE EL SEXO ORAL

Todo el tiempo	6	18%
----------------	---	-----

306. N. HOMBRES HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ANALES

Número de veces que ha penetrado		
Ninguna vez	1	42%
	4	
De 1 a 20 veces	1	45%
	5	
De 21 a 41 veces	1	3%
De 42 a 62 veces	0	0%
De 63 a 83 Veces	0	0%
De 84 a 104 Veces	2	6%
No responde	1	3%
TOTAL	3	100%
	3	

Número de veces que ha sido receptor

Ninguna vez	9	27%
De 1 a 20 veces	2	61%
	0	
De 21 a 41 veces	2	6%
De 42 a 62 veces	0	0%
De 63 a 83 Veces	0	0%
De 84 a 104 Veces	1	3%
No responde	1	3%
TOTAL	3	100%
	3	

308. RELACIONES SEXUALES SIN CONSENTIMIENTO

Si	6	18%
No	2	73%
	4	
No hay respuesta	3	9%

Casi todo el tiempo	3	9%
Algunas veces	8	24%
Nunca	1	33%
	1	
No sabe	5	15%
No hay respuesta	0	0%
TOTAL	3	100%
	3	

305. EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES USTED EYACULO O EYACULARON EN SU BOCA

Si	1	39%
	3	
No	1	45%
	5	
No se acuerda	1	3%
No hay respuesta	4	12%
TOTAL	3	100%
	3	

TOTAL	3	100%
	3	

401. TUVO SEXO ANAL CON PAREJAS COMERCIALES EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

Si	1	3%
No	2	85%
	8	
No hay respuesta	4	12%
TOTAL	3	100%
	3	

402. N. VECES TUVO SEXO ANAL EL LOS ÚLTIMOS 30 DIAS CON P. COMERCIALES

Ninguna vez	1	33%
	1	
Una vez	1	3%
Dos veces	3	9%
No sabe	1	3%
No hay respuesta	1	52%
	7	
TOTAL	3	100%
	3	

Tabla 2-3: (Continuación)

403. LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO SEXO ANAL CON UNA P. COMERCIAL ¿USARON CONDÓN?

Si	2	6%
No	1	36%
	2	
No se acuerda	0	0%
No hay respuesta	1	58%
	9	
TOTAL	3	100%
	3	

404. ¿POR QUE NO UTILIZARON CONDÓN EN ESA OPORTUNIDAD?

No había disponible	2	6%
Muy caros	3	9%

502. USO DE CONDÓN EN LA ÚLTIMA RELACION SEXUAL CON PAREJA REGULAR

Si	1	33%
	1	
No	1	33%
	1	
No se acuerda	1	30%
	0	
No hay respuesta	1	3%
TOTAL	3	100%
	3	

503. ¿POR QUE NO USARON CONDÓN EN ESA OPORTUNIDAD?

No había disponible	1	3%
Muy caros	1	3%

La pareja no estaba de acuerdo	3	9%
No le gusta	3	9%
Utilizaron otro anticonceptivo	0	0%
No pensaron que fuera necesario	0	0%
No pensaron en eso	0	0%
No sabe	3	9%

La pareja no estaba de acuerdo	4	12%
No le gusta	2	6%
Utilizaron otro anticonceptivo	0	0%
No pensaron que fuera necesario	2	6%
No pensaron en eso	1	3%
No sabe	2	6%

Tabla 2-4: (Continuación)

No hay respuesta	1	58%
	9	
TOTAL	3	100
	3	%

No hay respuesta	2	61%
	0	
TOTAL	3	100
	3	%

405.FRECUENCIA USO DE CONDON PAREJAS COMERCIALES ULTIMOS 12 MESES

Todo el tiempo	4	12%
Casi todo el tiempo	0	0%
Algunas veces	1	3%
Nunca	2	6%
No sabe	1	3%
No hay respuesta	2	76%
	5	
TOTAL	3	100
	3	%

504.FRECUENCIA DE USO DE CONDON CON PAREJA REGULAR EN ULTIMOS 6 MESES

Todo el tiempo	1	36%
	2	
Casi todo el tiempo	3	9%
Algunas veces	7	21%
Nunca	5	15%
No sabe	6	18%
No hay respuesta	0	0%
	5	
TOTAL	3	100
	3	%

406.HA HABLADO ALGUNAS SOBRE EL VIH O ITS CON PAREJAS COMERCIALES

Si, con todos	7	21%
Si, con algunos	3	9%

505. HA HABLADO SOBRE EL VIH O ITS CON ALGUNA PAREJA REGULAR

Si, con todos	1	55%
	8	
Si, con algunos	7	21%

Tabla 2-5: (Continuación)

No, con ninguno	4	12%
No sabe	1	3%
No hay respuesta	1	55%
	8	
TOTAL	3	100
	3	%

No, con ninguno	2	6%
No sabe	0	0%
No hay respuesta	6	18%
	6	
TOTAL	3	100
	3	%

501.N. VECES TUVO SEXO ANAL CON UNA PAREJA REGULAR EN EL ULTIMO MES

601. HA ESTADO CASADO ALGUNA VEZ CON UNA MUJER

Ninguna	5	15%
De 1 a 10 veces	1	36%
	2	
De 11 a 21	1	3%
De 22 a 32	3	9%
No se acuerda	3	9%
No hay respuesta	9	27%
TOTAL	3	100
	3	%

Si	1	33%
	1	
No	2	67%
	2	
No sabe	0	0%
No hay respuesta	0	0%
TOTAL	3	100
	3	%

Tabla 2-6: (Continuación)

602. ESTA CASADO ACTUALMENTE O VIVE CON UNA PAREJA SEXUAL FEMENINA

Si	3	9%
No	2	88%
	9	
No sabe	0	0%
No hay respuesta	1	3%
TOTAL	3	100
	3	%

603. ¿HA TENIDO ALGUNA VEZ RELACIONES SEXUALES CON UNA MUJER?

Si	1	55%
	8	
No	1	45%
	5	
No sabe	0	0%
No hay respuesta	0	0%
TOTAL	3	100
	3	%

604. NUMERO DE MUJERES CON QUIEN HA TENIDO RELACIONES SEXUALES EN LOS ULTIMO 6 MESES

Ninguna	8	24%
De 1 a 10	6	18%
De 11 a 21	1	3%

701. ¿HA ESCUCHADO DE UN CONDON MASCULINO?

Si	2	88%
	9	
No	2	6%
No sabe	2	6%
TOTAL	3	100
	3	%

702. ¿A UTILIZADO UN CONDON DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES

Si	2	88%
	9	
No	2	6%
No sabe	2	6%
No hay respuesta	0	0%
TOTAL	3	100
	3	%

703. CONOCE ALGUN LUGAR O PERSONA DONDE PUEDA OBTENER CONDONES EN LA CARCEL

Si	2	82%
	7	
No	6	18%
No sabe	0	0%
No hay respuesta	0	0%

No sabe	0	0%
No hay respuesta	1	55%
	8	
TOTAL	3	100
	3	%

605. ¿USO CONDON CON UNA PAREJA FEMENINA EN LOS ULTIMOS 6 MESE?		
Si	1	3%
No	1	42%
	4	
No sabe	1	3%
No hay respuesta	1	52%
	7	
TOTAL	3	100
	3	%

606.FRECUENCIA USO DE CONDON CON PAREJAS FEMENINAS EN LOS ULTIMOS 6 MESES		
Todo el tiempo	1	3%
Casi todo el tiempo	1	3%
Algunas veces	3	9%
Nunca	1	58%
	9	
No sabe	9	27%
TOTAL	3	100
	3	%

TOTAL	3	100
	3	%

704. ¿Qué lugares o personas conoce donde podría obtener los condones masculinos dentro del establecimiento?

Expendio	2	2%
Sanidad	2	27%
	6	
Visita	4	4%
Encomienda	1	17%
	6	
Personal de guardia	1	1%
Promotores de salud	1	19%
	8	
Compañeros	1	11%
	0	
ONG y Fundaciones	1	12%
	1	

Capilla	4	4%
No sabe	3	3%
TOTAL	9	100
	5	%

705. ¿Utiliza lubricantes durante las relaciones sexuales anales con hombre?

SI	2	67%
	2	
No	9	27%
No ha tenido relaciones sexuales con hombres	2	6%
TOTAL	3	100
	3	%

Tabla 2-7: (Continuación)

706. ¿Qué lubricantes utiliza comúnmente?		
Vaselina	20	25%
Saliva	16	20%
Crema de manos	12	15%
Gel vaginal	10	13%

Aceite de bebé	7	9%
Mantequilla	2	3%
Aceite de cocina	6	8%
No hay repuesta	6	8%
TOTAL	79	100%
707. ¿Por qué no utiliza lubricantes?		
La pareja no acepta	5	13%
Teme usarlos	0	0%
No los puede conseguir	8	21%
No le gusta	4	11%
Utilizaron otro anticonceptivo	2	5%
No sabe	3	8%
No hay respuesta	16	42%
TOTAL	38	100%
708. ¿con qué frecuencia ha utilizado lubricantes durante los últimos 6 meses?		
Todo el tiempo	13	39%
Casi todo el tiempo	0	0%
Algunas veces	9	27%
Nunca	7	21%
No sabe	4	12%
TOTAL	33	100%
709. ¿Conoce algún lugar o persona donde pueda obtener lubricantes?		
Si	12	36%
No	18	55%
No hay respuesta	3	9%
TOTAL	33	100%
710. ¿Qué lugares o personas conoce donde pueda conseguir lubricantes dentro del establecimiento?		
Expendio	1	2%
Sanidad	12	23%
Visita	3	6%
Encomienda	8	15%
Personal de guardia	3	6%
Compañeros	7	13%

ONG y Fundaciones	8	15%
No sabe	10	19%

CONOCIMIENTOS

El 97% de la población ha escuchado alguna vez sobre las I.T.S, describiendo como principales síntomas de ITS en la mujer secreción con olor fétido 18% e irritación al orinar 17%, en cuanto a los síntomas de enfermedad de transmisión sexual en hombres, el 27% respondió irritación al orinar, el 23% secreción genital y úlceras o llagas genitales, el 21% hinchazón en el área de la ingle. El 6% ha padecido secreciones genitales en el último año, el 6% ha tenido úlceras o llagas en los genitales durante el último año. El 97% de la población ha escuchado sobre el VIH; el 91% conoce a alguna persona que este infectada de VIH o haya muerto de SIDA, el 52% indica tener un amigo cercano seropositivo o que haya muerto de SIDA. El 98% respondió que las personas pueden protegerse del VIH utilizando el condón de manera correcta, mientras que el 9% respondió que no, en tanto que el 55% de la población indica que se puede proteger del VIH evitando el sexo anal, mientras que el 42% refiere que no, el 88% indican que pueden protegerse del VIH utilizando un condón de forma correcta cada vez que se tiene sexo anal. El 21% de la población afirma que una persona puede infectarse de VIH por la picadura de un mosquito, el 12% de la población n indica que no es posible protegerse del VIH teniendo una pareja sexual estable, el 76% de la población indica que pueden protegerse de la noxa vírica al abstenerse de las relaciones sexuales. El 18% de los encuestados respondieron que una persona puede infectarse de VIH compartiendo una comida, el 97% de las PPL piensas que pueden contagiarse de VIH compartiendo una aguda que alguien más ya utilizo, el 3% de la población piensa que una persona que se ve saludable no puede estar infectada de VIH, otro 3% no sabe, por otra parte el 91% creen que el VIH puede contagiarse al bebe durante la gestación; el 27% de las personas no saben qué medidas se puede tomar una mujer embarazada para reducir el riesgo de contagio del VIH a su bebe; el 36% cree que no se puede transmitir el virus a través de la lactancia materna y el 21 % no sabe.

El 70% de la población indica que existe la posibilidad de realizarse una prueba de VIH confidencial dentro del establecimiento y el 24% refieren no saber, el 97% indica que se han realizado alguna vez una prueba de VIH, el 3% indica no haberlo hecho, las personas que se la realizaron el 79% lo hicieron voluntariamente y al 15% se la han solicitado el cuerpo médico, el 82% averiguo el resultado de su prueba y el 18% no la averiguo, el 12% indica habérsela realiza el año pasado, el 73% indica habérsela realizado hace más de 4 años y el 9% hace menos de un año.

En cuanto a las actitudes el 21% indica que o compartiría su comida con una persona seropositiva, el 88% indican que estaría dispuesto a cuidar a un pariente contagiado de VIH, un 12% refieren que no comerían alimentos preparados por una persona contagiada de VIH, el 82% de PPL refieren que se in familiar se encontrara enfermo de VIH lo mantendría en secreto, mientras un 12% no lo haría.

Tabla 3. Conocimientos

901. ¿Ha escuchado alguna vez sobre el VIH / SIDA?			907. ¿puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectada?		
Si	32	97%	Si	6	18%
No	1	3%	No	26	79%
No sabe	0	0%	No sabe	1	3%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%
902 A. ¿Conoce a alguien que este infectado por VIH o que haya muerto de SIDA?			908. ¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?		
Si	30	91%	Si	32	97%
No	3	9%	No	1	3%
No sabe	0	0%	No sabe	0	0%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%
902. ¿Tiene usted algún pariente o amigo cercano que este infectado con VIH o que haya muerto de SIDA?			909. ¿Piensa que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH, el virus que ocasiona el SIDA?		
Sí, un pariente cercano	5	15%	SI	31	94%
Sí, un amigo cercano	17	52%	NO	1	3%
No	11	33%	NO sabe	1	3%
No hay respuesta	0	0%	No hay respuesta	0	0%

TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%
903. ¿Pueden las personas protegerse del VIH, utilizando un condón de manera correcta?			910. ¿Puede una mujer embarazada que está infectada con VIH/SIDA transmitir el virus a su bebé?		
Si	29	88%	Si	30	91%
No	3	9%	No	2	6%
No sabe	1	3%	No sabe	1	3%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%
903 B. ¿Pueden las personas protegerse del VIH evitando el sexo anal?			911. ¿Qué puede hacer una mujer embarazada para reducir el riesgo de transmisión del VIH a su bebé?		
Si	18	55%	Tomar antirretrovirales	19	58%
No	14	42%	No sabe	9	27%
No sabe	1	3%	No hay respuesta	5	15%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%
903C. ¿Pueden las personas protegerse del VIH usando condón correctamente cuando tienen sexo anal?			912. ¿Puede una mujer con VIH transmitir el virus a su niño recién nacido a través de la lactancia materna?		
Si	29	88%	Si	14	42%
No	4	12%	No	12	36%
No sabe	0	0%	No sabe	7	21%
Total	33	100%	TOTAL	33	100%
904. ¿Puede una persona infectarse de VIH por una picadura de mosquito?			913. ¿Existe la posibilidad en el establecimiento carcelario de obtener una prueba confidencial para averiguar si está infectado por el VIH?		
Si	7	21%	Si	23	70%
No	22	67%	No	8	24%
No sabe	4	12%	No sabe	2	6%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%
905. ¿Pueden las personas protegerse del VIH al tener una pareja sexual estable que no esté infectada?			914. ¿Se ha realizado alguna vez una prueba de VIH?		
Si	28	85%	Si	32	97%
No	4	12%	No	1	3%
No sabe	1	3%	No hay respuesta	0	0%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%

906. ¿Pueden las personas protegerse de VIH al abstenerse de tener relaciones sexuales?			915. ¿Se hizo usted voluntariamente la prueba de VIH o se le solicitó hacerla?		
Si	25	76%	Voluntariamente	26	79%
No	7	21%	Solicitada	5	15%
No sabe	1	3%	No hay respuesta	2	6%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%

Tabla 3-1: (Continuación)

915. ¿Se hizo usted voluntariamente la prueba de VIH o se le solicitó hacerla?		
Voluntariamente	26	79%
Solicitada	5	15%
No hay respuesta	2	6%
TOTAL	33	100%
916. Averiguó usted el resultado de su prueba?		
Si	27	82%
No	6	18%
No hay respuesta	0	0%
TOTAL	33	100%
917. ¿Cuándo se realizó la prueba de VIH más reciente?		
El año pasado	4	7%
Entre 1 y 2 años	1	2%
Entre 2 y 4 años	1	2%
Más de 4 años	24	44%
Hace menos de un año	24	44%
Nunca	0	0%
TOTAL	54	100%
ACTITUDES Tabla 3. actitudes		
1001. ¿Estaría dispuesto a compartir su comida con una persona que usted supiera que tiene VIH/SIDA?		
Si	24	73%
No	7	21%
No sabe	1	3%
No hay respuesta	1	3%
TOTAL	33	100%

1002. ¿si un pariente se contagia de VIH, el virus que causa el SIDA, estaría usted dispuesto a cuidarlo en su casa?		
Si	29	88%
No	3	9%
No sabe	1	3%
No hay respuesta	0	0%
TOTAL	33	100%
1003. Si un trabajador del rancho tiene VIH, pero no parece enfermo ¿usted comería los alimentos preparados por él?		
Si	24	73%
No	4	12%
No sabe	4	12%
No hay respuesta	1	3%
TOTAL	33	100%
1004. Si un miembro de su familia se contagia de VIH, el virus que causa SIDA ¿lo mantendría en secreto?		
Si	27	82%
No	4	12%
No sabe	2	6%
No hay respuesta	0	0%
TOTAL	33	100%

1005.¿Ha hablado alguna vez sobre el VIH o ITS con alguna pareja regular?	R.	%	¿Con que frecuencia usted y sus parejas regulares usaron condón en el último año?	R.	%
Si, con todos	18	55%	Todo el tiempo	12	36%
Si, con algunos	7	21%	Casi todo el tiempo	3	9%
No, con ninguno	2	6%	Algunas veces	7	21%
No sabe	0	0%	Nunca	5	15%
No hay respuesta	6	18%	No sabe	6	18%
Total	33	100%	No hay respuesta	0	0%
			Total	33	100%

TABLAS BIVARIADAS

Tabla 4. Uso de condón en la última relación sexual

USO DE CONDON EN LA ÚLTIMA RELACIÓN SEXUAL								
Conducta						Actitud		
CON PAREJA REGULAR			CON PAREJA COMERCIAL			MOTIVO DE NO USO		
Si uso	11	33%	Si uso	2	6%		Regular	Comercial
No uso	11	33%	No uso	12	36%	No le gusta	12%	9%
No recuerda	10	30%	No recuerda	0	0%	La pareja no estaba de acuerdo	6%	9%
No hay respuesta	1	3%	No hay respuesta	19	58%	No pensaron que fuera necesario	6%	0%
Total	33	100%	Total	33	100%	No pensaron en eso	3%	0%

Tabla 5. Vías de contagio

CONOCIMIENTO			ACTITUD		
¿puede una persona infectarse del VIH al compartir una comida con alguien que está infectada?			¿Estaría dispuesto a compartir su comida con una persona que usted supiera que tiene VIH/SIDA?		
Si	6	18%	Si	24	73%
No	26	79%	No	7	21%
No sabe	1	3%	No sabe	1	3%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%

Tabla 6. Prueba de VIH

CONOCIMIENTO			CONDUCTA		ACTITUD	
¿Existe la posibilidad dentro del establecimiento de realizarse una prueba confidencial de VIH?			¿Se ha realizado alguna vez una prueba de VIH?		¿Averiguó usted el resultado de su prueba?	
Respuestas	R	%	R	%	R	%
Si	23	70%	32	97%	Si	27
No	8	24%	1	3%	No	6
No sabe	2	6%	0	0%	No hay respuesta	0
No hay repuesta	0	0%	0	0%	TOTAL	33
Total	33	100%	33	100%		

Tabla 7. Uso de agujas

CONOCIMIENTO			CONDUCTA DE RIESGO		
¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ya utilizó?			¿Se ha realizado tatuajes dentro del establecimiento carcelario?		
Si	32	97%	Si	12	36%
No	1	3%	No	20	61%
No sabe	0	0%	No sabe	1	3%
TOTAL	33	100%	TOTAL	33	100%

DISCUSIÓN

Dentro de la investigación se evidencia sujetos con predominio de orientación sexual gay, seguido de transgénerismo y bisexualismo, con rangos de edad entre los 19 y 65 años, todos los encuestados asistieron alguna vez a la escuela, el tiempo de permanencia en el establecimiento oscila entre 1 a 76 meses, Echeverri en su estudio la prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación, menciona que en el momento inicial de cumplimiento de la condena, al igual que en el central se presentan mayores efectos de prisionalización, mientras que al final de la condena estos disminuyen. Lo lógico sería que a mayor tiempo de permanencia en prisión le siguiera, como consecuencia, un mayor grado de prisionalización (2010), por ende se entiende que dentro de los efectos de prisionalización se presentan cambios en el área sexual, uno de estos cambios son la homosexualidad situacional, la cual surge según Azanza en su estudio la reclusión que sufren las internas del centro de rehabilitación social femenino de Quito y su relación con la homosexualidad situacional, en donde afirma que factores psico ambientales como la soledad y necesidad de protección física, la curiosidad y la necesidad sexual influyen en la manifestación de conductas sexuales (2012), por consiguiente se puede inferir que a mayor tiempo de permanencia en el establecimiento mayor riesgo de contagio de ITS.

En cuanto a conductas lesivas se identificó dentro del establecimiento un alto porcentaje de consumo de S.P.A, dentro de las sustancias más consumidas se encuentra la marihuana, y un 13% son policonsumidores, aumentando el riesgo de llevar a cabo conductas sexuales sin protección, esto quiere decir que el sujeto que se encuentra frente a situaciones eróticas se verá afectada la toma de decisiones asertivas, no se llevará a cabo una inhibición conductual y el funcionamiento cognitivo se verá afectado negativamente como lo menciona Antón & Espada en su estudio;

consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión de VIH en estudiantes universitarios, las conductas sexuales bajo los efectos de sustancias psicoactivas se consideran de mayor riesgo dado que se ve afectada la valoración del riesgo de contraer una ITS o embarazo no deseado, aumenta la sensación de invulnerabilidad y disminuye el autocontrol (Pág.345,2009).

Según la distribución de frecuencia cerca de la mitad de la población encuestada consumen algún tipo de sustancia psicoactiva, la sustancia más consumida es la

marihuana, el mayor índice de consumo se presenta en el patio 1 A, caracterizado por la presencia de sujetos sindicados o condenados por delitos sexuales, allí también se encuentra el mayor porcentaje de transgeneristas dentro del establecimiento y patio piloto, donde se encuentran reclusos los sujetos con alguna discapacidad física o problema de salud, en dichos pabellones se encuentra concentrada la mayoría de población poli consumidora, por otra parte, los patios donde no se registró consumo de SPA son, el patio 2 A donde se encuentran reclusos personas que han cometido delitos comunes y 3 A, donde se encuentra la población próxima a cumplir su condena o cambiar de medida a detención domiciliaria, otro aspecto a tener en cuenta es que en estos patios se evidencia que existe menor índice de hacinamiento.

Otra de las denominadas conductas lesivas es el uso de jeringas dentro del establecimiento, esta conducta se presenta con mayor incidencia en la población transgenerista, dado que están en el proceso de transición sexual, para dicha práctica se requiere el uso de jeringas para el proceso e hormonización, es allí donde estos sujetos comparten material de inyección, siendo esto una práctica altamente riesgosa, a pesar de conocer su impacto y el riesgo de transmisión, de igual manera se debe tener en cuenta las dinámicas propias de la cárcel como los problemas de convivencia que desembocan en riñas y el préstamo de utensilios de uso personal como cuchillas de afeitar. Al compartir jeringas, agujas, otro material de inyección o cualquier instrumento cortante que haya estado en contacto con sangre infectada. EL uso compartido de instrumentos punzantes y cortantes no esterilizados para perforaciones en la piel, como los utilizados para tatuajes, piercing, acupuntura, supone también un riesgo de contagio de VIH (ministerio de sanidad servicio social e igualdad, pág. 2, 2012).

Según lo anterior, la mayor parte de la población reconoce que puede infectarse de VIH al usar una aguja utilizada, a pesar de tener actitud desfavorable hacia el contagio del VIH, un porcentaje significativo se ha realizado tatuajes dentro del establecimiento carcelario, lo que indica que a pesar de tener conocimiento sobre esta conducta riesgosa la siguen llevando a cabo. Sin embargo, el tatuaje puede presentar serios riesgos para la salud cuando se practica en condiciones desfavorables de higiene, es decir sin la minuciosa

Esterilización de las agujas utilizadas de la autoclave y sin guantes de látex. Pero contrariamente al temor popular la mayor amenaza en la práctica del tatuaje no es el virus del VIH sino de la hepatitis B y C mucho más resistente al medio ambiente y a los

procedimientos esterilizadores (Ferrer, Romero, Rodríguez, Núñez, Melian, Osorio, Silot, 2008).

Por otro lado Se evidencia en los resultados que la población privada de la libertad sostienen relaciones sexuales riesgosas como lo es la felación teniendo una incidencia del 58%, de los cuales el 55% no utiliza condón durante estas prácticas como se evidencia en la tabla de contingencia (tabla 4.), como se evidencia pesar de que la mayoría de la población cuenta con conocimientos acerca de la utilidad del uso del condón y presentan una actitud positiva hacia su uso un alto porcentaje sigue llevando a cabo esta práctica, ignorando que puede resultar riesgosa. Al 39% durante los últimos 6 meses le eyacularon en su boca o ellos eyacularon en la boca de otro hombre, situación que resulta riesgosa debido a que como lo menciona the center for hive law policy “la felación (boca a pene) es el único tipo de sexo oral que lleva riesgo de transmisión más que teórico, y solamente para la persona receptiva” (2014).

Prosiguiendo el análisis el 57% de PPL en las relaciones sexuales asumen el rol insertivo (quien penetra), mientras que el 70% han asumido un rol receptivo.

Según el centro para de infección de Atlanta, Florida es 13 veces mayor que para la pareja insertiva. Ser la pareja receptiva durante las relaciones sexuales anales es la actividad sexual de mayor riesgo en cuanto a contraer el VIH, debido a que la mucosa del recto es delgada y puede dejar que el VIH pase al cuerpo durante las relaciones sexuales anales (2016).

De acuerdo a lo anterior se puede identificar que el predominio del rol receptivo en los hombres que tienen relaciones sexuales con hombre aumenta la probabilidad de contagio de diferentes ITS dentro del establecimiento carcelario en los sectores LGBTI, debido a los mecanismos fisiopatológicos ya descritos y su conducta sexual.

Según los resultados de la EVC se presenta mayor predominio del rol receptivo en la conducta sexual de la población estudiada, mientras que el insertivo se da con menor proporción, contrastando estos datos con la teoría ya descritas se infiere que aumenta el riesgo por su conducta sexual.

Por otra parte, la frecuencia de parejas comerciales se da con menor incidencia, esta práctica se ejerce con mayor frecuencia en el patio 1 A; donde la mayor parte de la

población transgenerista ejercía el trabajo sexual, con un rango de parejas entre 1 a 150 las cuales les pagaban o ellos les pagan por relaciones sexuales. En cuanto al pabellón Milenio se identificó que allí se ejerce la dinámica de pareja comercial, característica relevante teniendo en cuenta que en dicho pabellón se encuentra recluida la población identificada ante la oficina de sanidad como seropositivos.

Un porcentaje significativo no usó condón con parejas comerciales en su último encuentro sexual. Los patios con mayor incidencia de parejas comerciales son patio milenio donde una de sus características es ser seropositivo, patio 1B caracterizado por la presencia de adultos emergentes y patio 1 A donde se encuentra concentrada la población transgenerista y se encuentran recluidas las personas por delitos sexuales, sin embargo, en los últimos 6 meses las estadísticas muestran que el 85%, de privados de la libertad de los sectores LGBTI no han sostenido relaciones sexuales de índole comercial, lo que resulta ser un aspecto positivo.

En cuanto a las parejas regulares la PPL han tenido un rango de parejas de 1 a 40, en la actualidad la mayoría de la población no tiene una pareja regular, de igual manera los privados de la libertad que no cuentan con pareja regular, ni comercial, si no regulares manifiestan no utilizar preservativo en los encuentros sexuales. El porcentaje que cuenta con pareja regular y no utiliza preservativo indica que el motivo de no uso es el desagrado por parte de la pareja, evidenciando una actitud negativa frente a su uso. Según el perfil epidemiológico del VIH/SIDA en Colombia en el año 2012, el ministerio de salud y protección social identifica a los hombres que sostienen relaciones sexuales con hombres como una población con mayor probabilidad de riesgo de contagio. Por tal motivo, el uso del condón masculino es de suma importancia para minimizar la propagación de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Su no utilización representa un riesgo latente para la sociedad en general, ya que, se está en constante interacción los unos con los otros.

Otro punto a considerar en el comportamiento sexual de los sectores LGBTI del establecimiento carcelario de Bogotá, es la diversidad con la que ellos expresan sus prácticas eróticas, indicando esto que, actualmente un porcentaje de las personas recluidas que se auto reconocen como LGBTI conviven con una pareja sexual femenina, de ese porcentaje de hombres que sostienen relaciones ya sean maritales o eróticas con una mujer, según los resultados arrojan una equivalencia de frecuencia absoluta de solo 1 sujeto, quien utilizó el condón con una mujer en los últimos 6 meses. En cuanto a los

resultados arrojados, se esperaría que todas las personas utilizarán el preservativo masculino como medio de protección, bien se sabe que el tener una pareja estable reduce el riesgo de contagio de ITS, pero no exime del peligro eminente en el que se encuentran. De igual manera, tener relaciones sexuales penetrativas y prácticas orales tanto con hombres como con mujeres, siendo este el caso, no aumenta ni disminuye el riesgo del contagio de VIH, pero si incide en el proceso de dispersión del virus; un alto porcentaje de los sujetos conocen un condón masculino y a su vez el mismo porcentaje lo ha utilizado, la mayor parte de la población sabe dónde lo puede conseguir dentro del establecimiento, indicando al departamento de sanidad como el lugar donde comúnmente pueden encontrar preservativos, también está el mecanismo de las encomiendas como fuente de obtención, lo particular de las encomiendas, es la forma como se trasladan, desde que entra al establecimiento hasta que llega al patio del PPL, durante el traslado de aquellos utensilios se pueden maltratar las cámaras de aire que traen los empaques de los preservativos, permitiendo que estos se deterioren y cuando se vayan a utilizar se corra el riesgo de que se rompan.

En cuanto a otras prácticas que cobran importancia nombrar, se encuentra el uso del lubricante, pues este puede servir como herramienta a la hora de disminuir el riesgo de contagio de VIH. Más de la mitad de los PPL utilizan lubricante en sus relaciones sexuales coito-anales y coito vaginal. Como lo menciona el Centro para el control y la prevención de las enfermedades de Road Atlanta “es importante que se use suficiente lubricante a base de agua o silicona durante las relaciones sexuales anales para prevenir que se rompa el condón o que se rasguen los tejidos” (2016). Esto indica que el porcentaje que lo utiliza están evitando lesiones en los órganos sexuales, y el restante está potenciando a que en sus relaciones sexuales sufran pequeñas laceraciones en las mucosas del ano o la vagina, lo que propicia el contacto directo de los fluidos seminales con el torrente sanguíneo, situación que se considera como factor de riesgo de adquirir VIH. Las personas que utilizan lubricantes, reconocen utilizar la vaselina con una mayor incidencia, seguido de la saliva, la crema de manos, el gel vaginal, el aceite de bebé, la mantequilla y el aceite de cocina con la menor incidencia de uso. Situación que alarma, ya que, como lo menciona González, Sánchez y Puentes en su estudio científico sobre Preservativos y prevención de las infecciones de transmisión sexual “Los preservativos de látex sólo permiten el uso de lubricantes solubles en agua. Los lubricantes tipo aceites, vaselinas, cremas, mantequilla, parafina, etc. estropean el látex porque pierde elasticidad

y se favorece la ruptura” (2012). De tal manera, la implementación de otro tipo de sustancias, como lo revelan los resultados, podría estar permitiendo que los condones se rompan y así generar un contacto directo en la relación sexual.

Con respecto al conocimiento sobre la noxa vírica el 97% de la población ha escuchado alguna vez sobre las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, el 3% de la población encuestada no conoce sobre las ITS. Resulta de gran importancia tener conocimiento sobre las mismas para prevenirlas como se menciona en el estudio Nivel de conocimiento sobre la infección de VIH/ SIDA en mujeres del municipio;

La falta de conocimiento sobre las medidas básicas para evitar las ITS y el VIH, puede ser un obstáculo para la puesta en práctica de comportamientos sin riesgo; la percepción del riesgo y la severidad de la enfermedad son importantes, debido a que mientras más amenazante y severa, se perciba esta, las personas podrían tener mayor disposición para adoptar medidas para prevenirla (Bermúdez, Rodríguez, Martino, 2007 &Álvarez; Díaz, Cantillo, García, Martínez & Vega, 2014. Pág. 41).

Mencionado lo anterior dentro del establecimiento carcelario un porcentaje mínimo de la población encuestada no reconoce ningún síntoma de infecciones de transmisión sexual tanto en hombres como en mujeres; según la distribución de frecuencias el patio donde menos se reconocen los síntomas de ITS es el 1 A donde se encuentra concentrada la mayor parte de la población LGBTI y el patio donde se evidencia mayor conocimiento es el 3 donde se encuentra reclusa extranjeros, presos políticos y población con un nivel de educación superior.

Hay que mencionar además que dentro del establecimiento se logra identificar por medio del instrumento el reporte de 2 casos de secreciones genitales en los últimos 12 meses, en los patios 1 A Y 1B, además de 2 casos de úlceras o condilomas en el patio milenio donde se encuentran reclusos los PPL seropositivos lo que indica que pudieron tener relaciones sexuales sin protección entre ellos o con otras personas, en cuanto a irritación anal se presentaron 6 casos, 1 en patio piloto, otro en patio milenio y 4 en el patio 1 A, cabe resaltar que en el patio 1 A se evidencia los índices más altos de conductas de riesgo y desconocimiento sobre ITS, lo que es proporcional a los resultados mostrados anteriormente frente a los síntomas venéreos.

A su vez la mayor parte de PPL menciona haber escuchado sobre el VIH/SIDA, solo el 3% que afirma no haberlo escuchado pertenecen al patio 1 A, según lo

mencionado en la investigación conocimientos sobre VIH/sida en adolescentes de una universidad en Cartagena,

El conocimiento sobre la infección por VIH/SIDA juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, debido a que un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera comportamientos de riesgo por parte de la población, principalmente de la población joven; el desconocimiento genera carencia de atención (Díaz, Cantillo, García, Martínez & Vega, 2014. P. 41).

Un porcentaje mínimo de la población cree que no puede prevenirse el VIH utilizando un condón de manera correcta cada vez que se tengan relaciones sexuales, por otro lado, un la mitad de la población indica que las personas si pueden protegerse del VIH evitando el sexo anal, en cuanto al uso de condón durante las relaciones sexuales anales un 88% refiere que es una forma adecuada de protegerse, de acuerdo a las respuestas se puede evidenciar una polaridad entre los conocimientos y el comportamiento, a pesar de que un gran porcentaje de personas reconoce el preservativo como una forma de prevenir la transmisión de VIH e ITS más de la mitad de ellos no lo utiliza durante las relaciones sexuales, de igual manera, quienes lo usan lo hacen con una frecuencia inapropiada debido a que no lo utilizan en todas sus relaciones sexuales si no ocasionalmente, otro punto a tratar es la percepción que tienen los privados de libertar sobre las formas de contagiarse del virus pues como lo releva las estadísticas existe la creencia de que la única forma de contagio es la vía sexual, dejando de lado otras formas de transmisión lo que aumenta la posibilidad de llevar a cabo otras conductas de riesgo.

Conforme a lo anterior se observa que el 21% de los encuestados reportan que el virus del VIH se puede transmitir por la picadura de un mosquito, lo que indica desconocimiento de la vía de transmisión iatrogénica, y el 18% asegura que también puede transmitirse al compartir comida con una persona infectada, lo que indica que hay un alto grado de desconocimiento sobre las formas de transmisión, teniendo un juicio negativo hacia la enfermedad propiamente, en cuanto a la vía perinatal el 3% de encuestados desconoce esta forma de contagio, el 6% indica que no es posible la transmisión de madre a hijo durante la lactancia, el 27% no conoce ninguna forma de prevenir este tipo de contagio, el 36 % indican que no es posible la transmisión por medio de la lactancia y el 21% desconoce este mecanismo, en este aspecto es preciso resaltar que la mayoría de los patios desconocen esta forma de transmisión haciendo énfasis

solamente en el contagio por la vía sexual, a excepción del patio 3 donde en general se evidencia un mediado nivel de conocimiento sobre el virus.

Considerando ahora las posibilidades de realizarse una prueba confidencial dentro del establecimiento la mayor parte de la comunidad refieren que existe la posibilidad de realizarse una prueba confidencial dentro del establecimiento y a su vez se la han realizado.

Dichos resultados revelan que dentro del establecimiento se cumple con las disposiciones legales del decreto 1543 de 1997, donde se establece según el artículo 32 de dicho decreto denominado deber de la confidencialidad:

Las personas integrantes del equipo de salud que conozcan o brinden atención en salud a una persona infectada por el virus de la inmunodeficiencia humana, asintomática o sintomática, están en la obligación de guardar sigilo de la consulta, diagnóstico, evolución de la enfermedad y toda la información que pertenezca a su intimidad (Ministerio de protección social, 1997).

Conviene subrayar que el 79% se ha realizado la prueba de VIH voluntariamente, mientras que al 15% se la han solicitado, los últimos se encuentran distribuidos en los patios Milenio, 2B y 1 A cabe recordar que cuando el cuerpo médico solicita una prueba cuando la persona ha tenido contacto con el virus o ha padecido alguna enfermedad venérea. El 3% nunca se ha realizado una prueba de VIH y un 18% de quienes se la han practicado no averiguaron el resultado, posiblemente por temor a la estigmatización.

ACTITUDES

Por otro lado, un factor importante en la investigación son las actitudes frente al virus de la inmunodeficiencia humana que inciden en los conocimientos y conductas de los privados de libertad, como se mencionó anteriormente en el marco teórico y epistemológico, Thurstone cambia la concepción de las actitudes como un constructo subjetivo a uno objetivo, susceptibles a la medición, teniendo en cuenta que el autor las define como el grado de afecto ya sea negativo o positivo lo que lo hace cuantificable. Haciendo énfasis en la medición de los constructos no observables, que desde tiempos atrás se había discutido en la filosofía, es así que este autor mide lo inobservable y lo vuelve cuantificable gracias al abordaje positivista lógico, que permite tener en cuenta

aquellos constructos no tangibles. Mencionado lo anterior, el instrumento estandarizado utilizado en la investigación por medio de preguntas busca identificar si existe actitudes favorables o desfavorables en los encuestados frente a situaciones específicas relacionadas con el proceso de la patología. De tal manera, frente al ítem; ¿estaría dispuesto a compartir su comida con una persona contagiada de VIH? el 21% responde que no, y 73% respondió que sí, de tal manera dicho reactivo estaría evaluando la actitud frente a la enfermedad, a su vez esta actitud está mediada por el conocimiento que se tiene acerca de las formas de transmisión del virus y la actitud que se tiene a la hora de relacionarse con personas seropositivas, por lo que es importante mencionar según García en su investigación educación y prevención del SIDA ; a bajos niveles de conocimiento y presencia de creencias erróneas mayor actitud negativa frente a la infección por VIH y todas sus implicaciones (2005). De acuerdo al autor, los resultados vistos en este reactivo, muestran que existe desconocimiento en la forma de contagio y creencias erróneas, aunque un alto porcentaje como ya se ha mencionado presenta un juicio valorativo positivo hacia las personas seropositivas, el porcentaje restante estaría creando una actitud negativa y a su vez discriminación a consecuencia de las creencias erróneas.

Por el contrario, a mayor conocimiento surgen actitudes de índole positivo, es así como en el ítem 102 donde se indaga sobre la disposición de cuidar a un familiar infectado con el virus el 88% respondieron que sí estarían dispuestos a hacerlo, debido a que se tiene el conocimiento de que asistir a una persona seropositiva de forma adecuada no representa ningún riesgo de contagio.

A sí mismo frente a la pregunta si un trabajador del rancho tiene VIH pero no parece enfermo ¿comería usted alimentos preparados por él?, un 12% respondió que no lo haría, otro 12% no sabía qué hacer y un 76% sí comería los alimentos preparados por una persona seropositiva, de acuerdo con Uribe en su estudio evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos; las actitudes pueden influir en las conductas de riesgo que se emitan, lo cual genera que la actitud frente a la infección por el VIH determine el comportamiento de otros o los propios frente al VIH/SIDA (2005). Se puede evidenciar que más de la mitad de la población tiene una actitud positiva hacia las personas contagiadas de VIH.

A la pregunta ¿si un miembro de su familia se contagia de VIH, usted lo mantendría en secreto? un 82% respondió que sí, un 12% respondió que no lo haría y un 6% no lo sabe, como lo indican los porcentajes la mayoría de participantes lo mantendrían

en secreto posiblemente por evitar la discriminación y estigma que se genera frente a esta situación como lo mencionan Álvarez; Díaz, Cantillo, García, Martínez & Vega

La estigmatización de las personas infectadas y la discriminación asociada al VIH/SIDA estimula la propagación de la misma debido a que el miedo al rechazo social fomenta la ocultación de la infección y esta ocultación dificulta el diagnóstico y el tratamiento, haciendo además que, en muchas ocasiones, continúen las prácticas de riesgo (Bermúdez, Rodríguez, Martino, 2007 & Álvarez; Díaz, Cantillo, García, Martínez & Vega, 2014. Pág. 41).

Por otra parte como se hay venido mencionando anteriormente en el pabellón 1 A se ha identificado como el patio en mayor riesgo de contagio de VIH, debido a que allí se presenta los mayores índices de promiscuidad, consumo de sustancias y en general de conductas de riesgo, se evidencia mayor desconocimiento sobre el virus y las formas de prevención, además de presentarse mayores actitudes favorables hacia prácticas riesgosas como el ejercicio de trabajo sexual y actitudes desfavorables hacia el uso de preservativo, dicho patio se diferencia de los demás en que allí se encuentra concentrada la mayor parte de la comunidad LGBTI, la mayoría de la población cuenta con bajos niveles de escolaridad y algunas personas de dicho patio han ejercido el trabajo sexual.

De acuerdo a todo lo mencionado anteriormente, se puede analizar que la conducta puede llegar a ser influenciada por aspectos como los conocimientos y actitudes, como se menciona en la teoría de la acción razonable de Ajzen & Fishbein donde se parte del supuesto de que los seres humanos son racionales y las creencias, las actitudes, intenciones y comportamiento están directamente relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual como se menciona a continuación.

La mayoría de los comportamientos sociales relevantes están bajo el control volitivo del sujeto y que siendo el ser humano un ser racional que procesa la información que dispone en forma sistemática, utiliza dicha información estructurada para formar la intención de realizar (o no realizar) una conducta específica. Por otra parte, la intención está determinada por un factor personal o "actitudinal" (actitud hacia la conducta) y un factor social o "normativo" (norma subjetiva). A su vez, estos componentes están en función, respectivamente, de las creencias conductuales y de las creencias normativas (Stefani, 2005, pg. 22-23).

Teniendo en cuenta los resultados arrojados por el instrumento se evidencia que en general las actitudes de los privados de la libertad frente a las personas contagiadas son positivas y negativa frente al virus, a pesar de que los PPL poseen conocimientos sobre la utilidad del uso de preservativo y sobre el riesgo de adquisición de ITS, presentan falencias en los conocimientos frente a las formas de contagio del virus, lo que incide en la intención y ejecución de las conductas de riesgo encontradas, es decir, el desconocimiento de la importancia del uso de preservativo durante la felación, sumado a la actitud favorable hacia la realización de esta práctica sexual ha generado que un alto porcentaje de la población realice esta práctica riesgo, de igual manera sucede con otras prácticas como lo son la eyaculación en la cavidad bucal, la promiscuidad, el no uso de preservativo con parejas comerciales, el uso de sustancias no aptas para ser lubricante y consumo de sustancias psicoactivas entre otras.

Respecto a otras conductas de riesgo se evidencia el fenómeno denominado disonancia cognitiva en el que a pesar que se posee conocimiento sobre las consecuencias de determina conducta y de tener una actitud desfavorable hacia la realización de las mismas, se lleva a cabo la conducta como se cita a continuación, “ La disonancia cognitiva es el estado desagradable que se produce cuando nos damos cuenta que dos cogniciones, generalmente una actitud y una conducta, son contradictorias e incongruentes”.

Este es el caso del uso compartido de material de inyección pues a pesar de que en la encuesta se reflejó que los PPL poseen conocimientos acerca del riesgo de contagio de VIH y otras patologías al que se está expuesto al compartir agujas, un 36% de la población se ha realizado tatuajes dentro del establecimiento carcelario. De igual manera a pesar de que la mayoría de PPL reconoce el preservativo como método de protección y presentan actitudes a favor de su uso, en los resultados de la encuesta se evidencia que un alto número de personas no lo usan, o no lo usan siempre durante sus relaciones sexuales.

CONCLUSIONES

Respondiendo a la pregunta problema, ¿Cuáles son las actitudes y conductas de riesgo asociadas al contagio del VIH/SIDA que se presenta en los sectores auto reconocidos de la comunidad LGBTI privada de la libertad en el Establecimiento

Carcelario de Bogotá ?, se identifica que en la población estudiada predomina las actitudes favorables hacia las personas seropositivas, no se hallan actitudes relacionadas con la discriminación dentro de la misma comunidad LGBTI, en cuanto a los conocimientos los PPL conocen las ITS y el VIH, un porcentaje reconoce las formas de transmisión, especialmente las sexuales, en las demás vías se presentan falencias, desconociendo otros mecanismos de transmisión a los que se encuentran expuestos en el contexto carcelario , reconocen conductas preventivas. A pesar de que no se evidencian actitudes de discriminación y poseen conocimientos sobre este virus, se presenta un gran número de conductas de riesgo, como los son el elevado consumo de sustancias psicoactivas, siendo la marihuana la sustancia más consumida, además de la presencia de sujetos policonsumidores lo que afecta la toma de decisiones de índole erótico propiciando el riesgo de contagio, pese a que hay un bajo índice de uso de jeringas un poco menos de la mitad de los encuestados se ha realizado un tatuaje en detención aun sabiendo los riesgos serológicos que esto implica, también preciso mencionar que las personas con orientación transgeneristas reutilizan jeringas durante los procesos de hormonización.

Otra conducta riesgosa identificada fue las prácticas sexuales coito anales y felación en donde un gran porcentaje no utiliza preservativo, especialmente en las prácticas sexuales orales ya que se tiene la falsa creencia de que esta práctica no genera ningún riesgo, además de que se presenta un proceso valorativo placentero por lo que la conducta se emite en tales proporciones, por lo mismo hay una incidencia alta de eyaculación en la cavidad bucal, de igual manera la utilización de condón en las relaciones sexuales anales con parejas regulares es mínima debido a que en su mayoría sus parejas no están de acuerdo con su uso.

Por otra parte, un aspecto positivo a resaltar es la baja incidencia de parejas comerciales en los últimos 6 meses teniendo en cuenta los sectores LGBTI son blanco de estigmatización y acoso sexual, otro factor de riesgo identificado es la prevalencia de sujetos receptivos en las prácticas sexuales ya que como se mencionó anteriormente tienen mayor vulnerabilidad de contagio de VIH. En cuanto al uso de condones y lubricantes se puede identificar que se da un inadecuado manejo de los preservativos en el proceso de transporte desde la encomienda hasta que llegan al patio, de igual forma algunas sustancias utilizadas como lubricantes no resultan ser apropiadas (vaselina y mantequilla) debido a que pueden causar la ruptura del preservativo.

De acuerdo a los resultados arrojados por el instrumento el patio donde se ha presentado mayores brotes de enfermedades venéreas, al igual que conocimientos erróneos, actitudes negativas y presencia de conductas de riesgo es el patio 1 A, donde se encuentra el mayor número de personas de la población LGBTI del establecimiento; con más presencia de transgeneristas, caracterizado por factores como el trabajo sexual ejercido como actividad laboral fuera del establecimiento y características penales como los delitos sexuales. En contraposición el patio donde existen menos conductas de riesgo, mayor conocimiento y actitudes positivas es el patio 3 donde se encuentran recluidas personas con un nivel académico superior y población extranjera.

Teniendo en cuenta la teoría de la acción razona el presente estudio logro identificar ciertas variables que determinan el grado de vulnerabilidad de las personas privadas de la libertad de los sectores LGBTI a la hora de llevar acabo conductas sexuales de riesgo ante el VIH/SIDA; es preciso mencionar que para identificar estas conductas se tuvo en cuenta la triada conocimiento-actitud- conducta, de donde parte la idea que los seres humanos son racionales por lo que su conducta esta mediada por aspectos individuales y ambientales.

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el instrumento se logra identificar que en una parte de la población se presenta un fenómeno conocido desde la psicología como disonancia cognitiva, debido a que a pesar de que algunos PPL cuenta con actitudes favorables hacia las personas seropositivas y desfavorables hacia la enfermedad y tienen un mediano nivel de conocimiento sobre la misma, se siguen emitiendo un gran número de conductas de riesgo, llevando esto a una desarmonización de la triada mencionada anteriormente, este fenómeno se presenta específicamente en el uso compartido de agujas y el uso de preservativo.

Como denota la información presentada anteriormente se logró cumplir los objetivos planteados al principio de la investigación, puesto que se llegó a determinar las conductas de riesgo presentes en el establecimiento, asociadas con el desconocimiento y las actitudes y en un gran número de participantes se presenta una disonancia cognitiva como se mencionó anteriormente.

La psicología de la salud como se mencionaba en apartados anteriores busca promocionar y prevenir las conductas saludables, de igual manera actúa en patologías específicas interviniendo en el proceso de adaptación a la enfermedad, duelos, trastornos

psicológicos secundarios a la patología y adherencia al tratamiento, algo no menos importante es la investigación en conductas asociadas a la salud- enfermedad, todo lo anterior con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas, desde el enfoque psicológico cognitivo conductual se logra determinar la influencia de determinados conocimientos y actitudes sobre diferentes conductas de riesgo que pudieron identificarse en la población estudiada con el fin de dar a conocer la problemática que se presenta en el establecimiento para que puedan llegar a formularse nuevas investigaciones o intervenciones con esta población y se logre disminuir el contagio de VIH en el establecimiento.

RECOMENDACIONES

De acuerdo con los resultados y conclusiones donde se identifica falta de conocimiento y una gran variedad de conductas de riesgo, se recomienda seguir trabajando en prevención y promoción del VIH en el establecimiento carcelarios haciendo mayor énfasis en los niveles de abordaje en cuanto a salud comunitaria teniendo en cuenta que existe población seropositiva en el establecimiento; con que es preciso realizar prevención terciaria y persona que, aunque no están contagiadas pero realizan conductas de riesgo, en este caso prevención secundaria. La información recopilada en el presente estudio puede utilizarse como línea base para futuras investigaciones, sin embargo, se debe tener en cuenta que el tiempo de recolección de la información está expuesto a la dinámica carcelaria, la cual se encuentra en constante cambio al ser una población flotante.

Para futuras intervenciones se aconseja profundizar en la educación sexual en el contexto penitenciario y de la tal manera fortalecer los conocimientos sobre las diversas vías de transmisión y las conductas preventivas, por medio de un trabajo interdisciplinar y así lograr la mitigación de los índices de contagio del VIH y la salud en general dentro del establecimiento.

Para futuras investigaciones se recomienda profundizar en el tema de estigma y discriminación, pues a pesar de que entre las mismas personas que se auto reconocen en

algún sector de la comunidad LGBTI o las personas seropositivas no existe discriminación, el instrumento señala que estos grupos si son blanco de discriminación por parte de la demás comunidad carcelaria.

De igual manera es relevante investigar e intervenir de manera interdisciplinar factores de riesgo específicos que están asociados al contagio de VIH, pero a su vez tienen una connotación diferente, como lo son el consumo de sustancias psicoactivas y los efectos de prisionalización.

Por último, estando inmersos en el contexto carcelario se logra identificar que dentro de esta población y contexto se realizar prácticas culturales diferentes, posiblemente por el estado de privación de la libertad y como estrategia de adaptación, por lo que se sugiere realizar investigaciones sobre el tema, que resulta ser poco explorado.

BIBLIOGRAFIA

- Abreu. A. Noguera, I. & Cowgill. (2004). El VIH/SIDA en países de América latina. Washington, D.C: Banco Mundial
- Acosta, R. (2008). Saneamiento ambiental e higiene de los alimentos. Córdoba: Ed. Brujas. ISBN: 978-987-591-123-9
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Theory of Reasoned Action (TRA). Massachusetts. IGI Global.
- Aldrich, R. (2006). Gais y lesbianas. Vida y cultura un legado universal. San Sebastián: Nerea. ISBN: 84-96431-19-3.
- Álvarez, R. & Kuri-Morales, P. (2012). Salud pública y medicina preventiva. México: Manual moderno. ISBN: 978-607-448-553-9
- Antequera, R. Blanco, L. Esteve, R. López, A. Moreno, E. López, F. Ramírez C. & Rodríguez. L. (2004). Psicología de la salud, aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Madrid: pirámide.

- Antón, F. & Espada, J. (2009). consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión de VIH en estudiantes universitarios. *Anales de psicología*. 25 (2), 344-355.
- Asociación colombiana de infectología, ACIN. Sussmann, O. (2002). Consenso VIH-SIDA. Bogotá. Recuperado de http://vitae.ucv.ve/pdfs/VITAE_3615.pdf
- Asociación Colombiana de Infectología. (2002). Consenso VIH*SIDA COLOMBIA. Bogotá: universidad Javeriana.
- Azanza, F. (2012). la reclusión que sufren las internas del centro de rehabilitación social femenino de Quito y su relación con la homosexualidad situacional. (tesis previa a la obtención del título de psicólogo clínico). Universidad nacional de Loja. Ecuador.
- Basabe, N. Páez, D. Usieto, R. Paicheler, H. & Deschamps, J. (1996). El desafío social del sida. Madrid: Fundamentos. ISBN:84-245-0734-7
- Basuldo., J. Coto., C & Torres., R. (1996). MICROBIOLOGÍA BIOMEDICA bacteriología- micología- virología- parasitología- inmunología. Buenos Aires: Atlante s.r.l
- Bayés, R.(1995). SIDA Y PSICOLOGÍA. Barcelona: Martínez Roca S.A. ISBN 84-270-1947-5
- BBC MUNDO. (2016). Cuáles son los países de América latina con más casos nuevos de VIH/SIDA. Recuperado de <http://www.bbc.com/mundo/noticias-36866330>
- Betancur., J. Correa., A. estrada., S., Orozco., B. (2005). Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de trasmisión sexual. Medellín: corporación para investigaciones Biológicas CIB.
- Betts., R. Chapman., S., Penn, R. (2004). Enfermedades infecciosas. España: MARBÁN
- Botella, M., Doménech, M., Ibáñez, T., Martínez, L., Pallí, C., Pujal, M., Lajeunesse, J. & Tirado, F. (2004). Introducción a la psicología social. Barcelona: OUC. ISBN:84-9788-132-X
- Brooks., G. Butel., J. Morse. (2005). Microbiología médica. México: Manual moderno

- Cácares., C. (2003). La prevención del VIH/SIDA en América latina y el caribe. Washington: Banco interamericano de desarrollo.
- Castro de Bustamante, J. (2000). Teoría general de las actitudes. Capítulo II. Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8906/02CapituloParteI.pdf>;jsessio
- Cecchini., E. González. S. (2008). Infectología y enfermedades infecciosas. Buenos Aires: Journal.
- Centro para el control y la prevención de enfermedades Clifton road Atlanta (2016). Relaciones sexuales anales y el riesgo de VIH. Recuperado de <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/risk/analsex.html>
- Chávez, S. & Liendo, G. (2008). Guía de apoyo para facilitadoras y facilitadores, concertando diversidad. Lima: Promsex. ISBN: 978-603-45154-3-7
- Colombia diversa. (2015). Políticas públicas. Recuperado de <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/index.php/politicas-publicas>
- Colombia diversa. (2015). Políticas públicas. Recuperado de <http://colombiadiversa.org/colombiadiversa/index.php/politicas-publicas>
- De Irala, J. (2006). Comprendiendo la homosexualidad. Pamplona: EUNSA.
- Del pino, A. (2000). *Tratamiento Psicológicos una perspectiva conductual*. Universidad de la Laguna: España
- Deontología y bioética del ejercicio de la psicología en Colombia. Colegio colombiano de psicólogos (COLPSIC). Ed. Manual moderno. 4ª. Ed.
- Deontología y Bioética del ejercicio de la psicología en Colombia. (2016). Recuperado de http://www.infopsicologica.com/documentos/2009/Deontologia_libro.pdf
- Díaz, Cantillo, García, Martínez & Vega. (2014). Conocimientos sobre VIH/ SIDA en una universidad en Cartagena Colombia. *Hacia promoc. Salud.* 19(2): 38-52.
- Díaz, E. (2010). La psicología de la salud, antecedentes, definición y perspectivas. *Uniantioquia.* 2 (3). 57-70. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v2n1/v2n1a5.pdf>

- Echeverri, J. (2010), la prisionalización, sus efectos psicológicos y su evaluación. *Pi pensando psicología*. 11 (1).157-166
- Farmaindustria. (2002). La aportación de los medicamentos antirretrovirales al tratamiento del VIH/SIDA el valor del medicamento. Madrid: serrano.
- Ferrer, D. Romero, L. Rodríguez, A. Núñez, A. Melian, A. Osorio, Y. Silot, B. (2008). Tatuajes y perforaciones, peircengs, un peligro potencial. *Revista de información científica*. 60 (4). Guantánamo.
- Fondo de población para las naciones unidas, Internationa Planned Parenthood Federation, organización panamericana de la salud & Colciencias. (2003). VIH/SIDA Y DESARROLLO. Impacto económico, contribución de las ciencias sociales y la cultura para detener la pandemia en Colombia y América latina. Bogotá: Agenda Colombia.
- Florez, L. (1999). La salud pública y la psicología. *UNAL*.8 (1).22-30. Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/20037/1/16087-49795-1-PB.pdf>
- Franzoi, S. (2007). *Psicología social*. México: McGraw-hill. ISBN: 970-10-6131-4
- García Martínez, A. (2005). Educación y prevención del SIDA. *Anales de Psicología*, 21, 50-57
- García, A. (1981). *Historia presente de la homosexualidad*. Madrid: AKAL. ISBN: 84-7339-576-x
- García, H. Faure, A. González, A. & García, C. (1999). *Metodología de la investigación en salud*. Cuauhtemoc: Mc Graw-Hill.
- García, M. & Samaniego, R. (2013). *Psicología de la salud y sus campos de aplicación*. Zacatecas: cognición conducta y salud.
- Gaviria. G., Lastre, Amell., Trejos, H. (2014). Prevalencia del VIH y conductas de riesgo en internos de un centro carcelario del distrito de Barranquilla (Colombia). *Revista salud Uninorte*, vol.31, n.1, pp.25-35. ISSN 0120-5552.
- Gea, M. (2008). Síndrome inflamatorio de reconstrucción inmune (SIRI) Una revisión para entenderlo. *Medigraphic*, 36(3) ,113-119.

- Gil, P. (2016). Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Elsevier Masson.
- González, M. T. (2002). Intervención cognitivo conductual para el manejo del estrés en personas que viven con VIH/SIDA (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nuevo León. México.
- Hoog, M. & Vaughan, G. (2008). Psicología social. Madrid: Panamericana. ISBN:978-84-9835-227-6
https://www.colpsic.org.co/aym_image/files/LEY_1090_DE_2006_actualizada_junio_2015.pdf
- Ibáñez, Botella, Domenech, Feliu, Martínez, Pallí, Pujal & Tirado. (2004). Introducción a la psicología social. Barcelona: UOC.
- Instituto Español de estudios estratégicos. (2012). ARMAS BIOLÓGICAS: SITUACIÓN Y DESARROLLO. Recuperado de
http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_opinion/2012/DIEEEE0832012_Armas_Biologicas_SituacionRespuesta_I.BuenoAtanze.pdf
- Instituto Nacional penitenciario y carcelario. INPEC. (2015) Informe estadístico enero 2015 oficina asesora de planeación. Recuperado de:
http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Estad%EDsticas/Estadisticas/Informes%20y%20Boletines%20Estad%EDsticos/INFORME%20ENERO%202015%201_0.pdf
- Instituto nacional penitenciario y carcelario. INPEC. (2017). Estadística enero de 2017. Recuperado de
<http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Estad%EDsticas/Estadisticas/Estad%EDsticas>
- Instituto nacional penitenciario y carcelario. INPEC. (2017). Estadística enero de 2017. Recuperado de
<http://www.inpec.gov.co/portal/page/portal/Inpec/Institucion/Estad%EDsticas/Estadisticas/Estad%EDsticas>
- Kimble, C. Hirt, E. Diaz-Loving, R. Hosch, H. Lucker, W. & Zarate, M. (2002). Social psychology of the Americas. Massachusetts: Pearson. Traducido por Pecina, J.(México).

- Latorre, J. Beneit, P. (1994). Psicología de la salud. Aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires: LUMEN
- León, J. Medina, S. Barriga, S. Ballesteros, A. & Herrera, I. (2004). Psicología de la salud y de la calidad de vida. Barcelona: UOC. ISBN:84-9788-156-7
- Ley 1090 del 2006.COLPSIC. Recuperado de <http://www.colpsic.org.co/quienes-somos/ley-1090-de-2006/182>
- Mandell., G. Bennett., J. Dolin., R. (2012). ENFERMEDADES INFECCIONAS PRINCIPIOS Y PRÁCTICA. España: ELSEVIER
- Martínez & Bonilla (2000) sistema sexo/genero identidades y construcción de la subjetividad. Valencia: ALDAIA.
- Master, W. & Johnson, V. (1979). Homosexualidad en perspectiva. Washington: Intermedica, Argentina. Traducido al español por: Diana Perriard.
- Mendoza, N. (2013). El cuerpo del sujeto en reclusión penitenciaria: un espacio discursivo y de configuración de pensamiento social. (Tesis maestría psicología social). Universidad autónoma de Querétaro.Santiago de Queretaro.
- Ministerio de salud. (2013). Casos notificados de VIH, SIDA y muerte por SIDA Colombia 1983 a 2012. [Figura 1]. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983->
- Ministerio de salud y protección social. Resolución número 8430 de 1993. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
- Ministerio de protección social. (1997). Decreto 15-93. Recuperado de http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_127709.pdf
- Ministerio de salud y protección social. (2005). Guía para el manejo de VIH/SIDA Basada en la evidencia: Colombia. recuperado de: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/colombia_art.pdf
- Ministerio de salud y protección social. (2011). Guía de prevención de VIH/SIDA. Población privada de la libertad: Colombia. recuperado de:

https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/preencion/promocion_preencion/preencion_poblaciones_vulnerables/a_poblaciones_vulnerables/PPL.pdf

Ministerio de protección social. (2016). Grupo de enfoque diferencial. Recuperado de <http://www.prosperidadsocial.gov.co/ent/gen/prg/Documents/Descripci%C3%B3n%20Enfoque%20Diferencial.pdf>

Ministerio de salud y protección social. (2013). Boletín epidemiológico, situación del VIH/SIDA: Colombia. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/BOLETIN%20EPIDEMIOLOGICO%20VIH%201983-2012.pdf>

Ministerio de sanidad servicio social e igualdad. España. (2012). cartilla prevención de VIH/SIDA.

Miranda, G., Nápoles, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Revista cubana de medicina militar, 38 (3-4), 63-72.

Money, J. & Ehrhardt, A. (1972). Desarrollo de la sexualidad humana. Diferenciación y dimorfismo en la identidad de género. Madrid: Morata

Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito. (2012). EL VIH Y EL SIDA EN LOS LUGARES DE DETENCIÓN. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/toolkit_spanish_completed.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). Informe sobre salud en el mundo, consecuencias humanas, sociales y económicas. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2004/chapter1/es/index4.html>

Ovejero, A. (1993). La teoría de la disonancia cognoscitiva. Psicothema, vol. 5, núm. 1. pp. 201-206 Oviedo, España.

Páez, D. (2009). Psicología social, cultura y educación. capítulo XII conducta y actitud: disonancia cognitiva, auto-observación.

Palacio, L. (2011). VIH/SIDA un problema de salud pública. Salud Uninorte. 27(2).5-6. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v27n2/v27n2a01.pdf>

- Pérez, C. Valencia, C. & Vinaccia, S. (2006). El papel del psicólogo en la salud pública. *Psicología y salud*. 16(2).199-205
- Piot, P & Caraël. (2008). LA EPIDEMIA DEL SIDA Y LA GLOBALIZACIÓN DE LOS RIESGOS. Madrid: Catarata.
- Prada, J. (2004). La homosexualidad, perspectivas científicas y religiosas. Bogotá: ISBN: 958-607-195-2
- Profamilia. (2017). Infecciones de transmisión sexual. Recuperado de <http://profamilia.org.co/inicio/mujer-2/servicios-mujer/its/>
- Programa conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA. (2015). Hoja de prensa, noviembre del 2015: ONUSIDA. Recuperado de: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Restrepo, A. Robledo, J. Leiderman, E. Restrepo M. Botero D, & Bedoya V. (2003). Enfermedades infecciosas. Bogotá: quebercor Word.
- Revista el País. (2016, abril, 07). Estos son los países que han aprobado el matrimonio homosexual en el mundo. El país. Recuperado de <http://www.elpais.com.co/colombia/estos-son-los-paises-que-han-aprobado-el-matrimonio-homosexual-en-el-mundo.html>
- Reyes, B. (2011). ¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica?. *Rev. Reflexiones*. 90 (1): 87- 104. ISSN: 1021-1209. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/729/72918776005.pdf>
- Reyes, L. (2007). Teoría de la acción razonada aplicaciones para el estudio de las actitudes. *Dialnet*. 66-76. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2358919.pdf>
- Ríos, J & Cabrera, J. (1998). Mil voces presas. Madrid: Universidad de Comillas. ISBN: 84-89708-44-4
- Roa, A. (1995). Evaluación en psicología clínica y de la salud. Madrid: CEPE. ISBN: 84-7869-195-2
- Rodríguez, A. & Morales, C. (1972). La potencialidad ansiogenica de la disonancia cognitiva. *Revista latinoamericana de psicología*. 4 (1). 103-115.

Shord., T. (2009). Virus estudio molecular con orientación clínica. Buenos Aires: Panamericana

Simón, M, editor (1999). Manual de psicología de la salud. Madrid: Biblioteca nueva.

Soberón, G. (1998). SIDA: características generales de un problema de salud pública. Salud publica Mex.30. 504-511.

Stefani, D. (2005). Teoría de la Acción Razonada: Una propuesta de evaluación cuali-
cuantitativa de las creencias acerca de la institucionalización geriátrica. Evaluar 5 (). ISSN N ° 1515 – 1867.pg 21-37.

Teva, M. Bermúdez, M. Ramiro, T. & Buela-Casal, G. (2014). Creencias religiosas y actitudes hacia el uso del preservativo en adolescentes peruanos. Revista Mexicana de psicología. 31(1), 41-49. Recuperado de [de.google.com.co/books?id=9hrWCQAAQBAJ&pg=PT105&dq=VIH/+SIDA+actitudes&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=VIH%2F%20SIDA%20actitudes&f=false](https://books.google.com.co/books?id=9hrWCQAAQBAJ&pg=PT105&dq=VIH/+SIDA+actitudes&hl=es&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=VIH%2F%20SIDA%20actitudes&f=false)

The center for hive law policy. (2014). Rutas riesgos y realidades de la transmisión y el tratamiento del VIH. 10006. Recuperado de http://www.hivlawandpolicy.org/sites/default/files/Rutas%20Riesgos%20Realidades_0.pdf

Tirado, F. (2004). Introducción a la psicología social. Barcelona: OUC. ISBN:84-9788-132-X

Troya, M., Vila, B. (2010). Infección por el virus de inmunodeficiencia humana y conductas de riesgo asociadas en un centro penitenciario de Montevideo, Uruguay. Revista española Sanid Penit.12 (21-28).

Uribe, A. F. (2005). Evaluación de factores psicosociales de riesgo para la infección por el VIH/SIDA en adolescentes colombianos. Tesis Doctoral. Granada (España): Universidad de Granada, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Valenzuela, J. (1991). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, enfermedad portal. Bolivia: Imprenta del instituto geográfico militar.

Vaughan, H. (2010). *Psicología social*. Madrid: Panamericana. ISBN: 978-74-9825-227-6

Veiga, Y. (2017, mayo,05). Los países que castigan la homosexualidad con pena de muerte. *El Correo*. Recuperado de <http://www.elcorreo.com/bizkaia/sociedad/201705/04/paises-castigan-homosexualidad-pena-20170504175503.html>

Vences, I. (2012). *Homosexualidad y discriminación, tres estudios de caso en Toluca*. (Tesis de pregrado), Universidad Autónoma de México.Toluca.

Whiteside, A. (2013). Demografía y economía del VIH/ SIDA. University of Natal. *British Medical Bulletin* 2001;58: 73–88. Recuperado de <https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/1518/TRADUCCI%C3%93N%20TEXTO%201%20Silvia%20Bacco.pdf?sequence=4>

