



VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y POST GRADO

TESIS

**LESIONES CORPORALES ASOCIADAS CON LA INFECCIÓN POR
EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) EN LOS
RECLUSOS DEL ESTABLECIMIENTO PENITENCIARIO DE
LURIGANCHO. LIMA. PERÚ. 2014**

PRESENTADO POR:

BACH. EDITH GONZALES BUJAICO

PARA OBTENER EL GRADO DE:

**MAESTRO EN SALUD PÚBLICA CON MENCIÓN EN
GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

**LIMA – PERÚ
2014**

DEDICATORIA

A mi hija Mikaela

Esta tesis la dedico a Dios, a mi amada hija, mis queridos padres, mis hermanas favoritas Lisbeth y Elizabeth, que siempre me brindan su apoyo, fueron los seres que influyeron en mi persona para culminar con éxito este trabajo de investigación.

Edith

AGRADECIMIENTOS

A mis profesores, directivos y autoridades del Post Grado, que durante este tiempo nos brindaron todos sus conocimientos y experiencias que me permitieron culminar con éxito la presente tesis.

Al Jefe del Programa de control de VIH del área de Salud del penal de Lurigancho Dr. Carlos Díaz, por brindarme su apoyo en la aplicación de las encuestas dentro del penal.

RECONOCIMIENTO

La realización de esta investigación de tesis fue posible, en primer lugar, a la cooperación brindada por los docentes de ALAS PERUANAS.

Asimismo, al personal profesional del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho, que hicieron posible la recolección de datos.

ÍNDICE

CARÁTULA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RECONOCIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCION	x
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLOGICO	1
1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	5
1.2.1 Delimitación espacial	5
1.2.2 Delimitación social	5
1.2.3 Delimitación Temporal	5
1.2.4 Delimitación Conceptual	6
1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	7
1.3.1 Problema Principal	7
1.3.2 Problemas Secundarios	7
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	7
1.4.1 Objetivo General	7
1.4.2 Objetivos Específicos	7
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	8
1.5.1 Hipótesis General	8
1.5.2 Hipótesis Secundarios	8
1.5.3 Variables (Definición conceptual y operacional)	9
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.6.1 TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN	10
a) Tipo de investigación	10
b) Nivel de la investigación	11
1.6.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	11
a) Método de la investigación	11

b) Diseño de la investigación	11
1.6.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	12
a) Población	12
b) Muestra	12
1.6.4 TÉCNICA E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	13
a) Técnicas	13
b) Instrumentos	13
1.6.5 JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	14
a) Justificación	14
b) Importancia	14
c) Limitaciones	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	16
2.2. BASES TEÓRICAS	25
2.2.1 Definición de Lesiones Corporales	25
2.2.1.1 Concepto de Daño Corporal	26
2.2.1.2 Clasificación de las Lesiones	27
2.2.1.3 Definición de Heridas	34
2.2.1.4 Definición de Tatuaje	37
2.2.1.5 El Tatuaje en relación con la Criminalidad y el Ambiente Carcelario	39
2.2.2 Concepto del Virus de la Inmunodeficiencia Humana	42
2.2.2.1 Clasificación del VIH	42
2.2.2.2 Repercusiones Psicosociales del VIH/Sida	49
2.2.2.3 El VIH/ en las Prisiones	51
2.2.2.4 Incidencia y Prevalencia del VIH en las Prisiones	53
2.3. MARCO CONCEPTUAL	54
CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	59
3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRAFICOS	60

3.2. CONCLUSIONES	89
3.3. RECOMENDACIONES	91
3.4. FUENTES DE INFORMACIÓN	92
3.5. ANEXOS	98
3.5.1. Matriz de Consistencia	
3.5.2. Encuestas – Cuestionarios - Entrevistas	

RESUMEN

La presente investigación titulada “Lesiones Corporales asociados con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho. Lima. Perú. 2014”. Tiene como objetivo determinar la asociación entre las lesiones corporales y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Para dicha investigación se realizó un estudio explicativo en 140 reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho. Obteniendo como resultado que el 42,9% de los datos se ubica en el nivel bajo en lo que respecta a su percepción sobre la presencia de lesiones corporales, seguido por el 36,4% que se ubica en medio, observándose el 20,7 en el nivel alto. Estos datos son confirmados por los estadígrafos descriptivos correspondientes, en donde la media es 21,08 que de acuerdo con la tabla de categorización corresponde al nivel bajo. Asimismo, el 50% de los datos se ubica en el nivel bajo, en lo que respecta a su percepción sobre la percepción del VIH, seguido por el 41,4% que se ubica en el nivel alto, observándose el 8,6% en el nivel medio. Estos datos son confirmados por los estadígrafos descriptivos correspondientes, en donde la media es 3,68 que de acuerdo con la tabla de categorización corresponde al nivel bajo. Concluyendo que existe relación directa, moderada y significativa entre las lesiones corporales asociadas con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Por lo tanto, la hipótesis nula es rechazada y la hipótesis alternativa es aceptada. Palabras claves: lesiones corporales, tatuajes, cortes, cicatrices, infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH), reclusos, penal.

ABSTRACT

This research entitled "Bodily Injury associated with infection by the human immunodeficiency virus (HIV) Prison inmates Establishment of Lurigancho. Lima. Peru. 2014". Aims to determine the association between injury and infection Human Immunodeficiency Virus (HIV). For this investigation a retrospective longitudinal study in 140 explanatory Penitentiary inmates de Lurigancho was performed. Resulting in 42.9% of the data is located on the middle level in regard to their perception of the presence of injury, followed by 36.4% which is in the middle, showing 20.7 at high level. These data are confirmed by the corresponding descriptive statistics, where the average is 21.08 which according to the table corresponds to the low level categorization. Also, 50% of the data is at the low level, in regard to their perception of HIV perception, followed by 41.4% that is at the highest level, 8.6% observed in the average level. These data are confirmed by the corresponding descriptive statistics, where the average is 3.68 according to the table corresponds to the low level categorization. Concluding that there is a direct, moderate and significant relationship between injury associated with infection by the human immunodeficiency virus (HIV). Therefore, the null hypothesis is rejected and the alternative hypothesis is accepted. Keywords: personal injury, HIV inmates.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la asociación entre las lesiones corporales y la infección del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.

Los reclusos a menudo se mantienen reclusos en condiciones de hacinamiento, en instalaciones deficientemente ventiladas y poco higiénicas y sin acceso a servicios de atención sanitaria. La población penitenciaria presenta un alto riesgo de transmisión de infección por el VIH. Los reclusos pueden tener conductas riesgosas antes, durante y después de ser encarcelados. No obstante, la conducta durante el encarcelamiento puede conllevar un mayor riesgo ante la violencia dentro de los Establecimientos Penitenciarios, donde las lesiones y autolesiones como los tatuajes, "piercing", las heridas, los hematomas, los cortes y cicatrices muchas veces ocasionadas entre los mismos reclusos, se convierten en principales vías de transmisión de la infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Dibujarse tatuajes en la piel, ponerse *piercings*, mostrar cortes y cicatrices en alguna parte del cuerpo son costumbres arraigadas entre los presos, que en muchas ocasiones, expresan un sentimiento de pertenencia del sujeto que lo luce en su piel, a un determinado grupo, del cual, asumen sus valores. Pero esta suerte de cultura carcelaria topa con un problema sanitario: la posibilidad de infectarse del VIH. Las medidas higiénicas son escasas -por no decir nulas- y los reclusos utilizan para adornarse cualquier instrumento o material realizados artesanalmente, "incluidos bolígrafos, pinchos o tuercas".

Para este estudio se aplicará una encuesta a los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho infectados con el virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH). Los resultados obtenidos nos indicarán el porcentaje de reos que poseen tatuajes, piercings, heridas y cortes. Lo cual indicara la asociación entre las lesiones corporales y la infección del virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La epidemia del VIH para el año 2000 había sido estimada en 36,1 millones de habitantes afectados a nivel mundial, 1,4 millones para América Latina y para el Perú 76 000 personas. La elevada transmisión de enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA en prisión se ve favorecida por una serie de factores tales como: la alta proporción de personas drogodependientes entre los reclusos, el hacinamiento, la malnutrición, las pobres condiciones higiénicas, la pertenencia de los presos a grupos de población marginalizados, que son más vulnerables a enfermedades como la tuberculosis o el SIDA y prácticas de conductas de riesgo como las relaciones sexuales entre los reclusos o el compartir jeringas. Compartir el material de inyección constituye una vía de transmisión muy eficaz.

En EEUU y España, el consumo de drogas por vía intravenosa constituye el principal factor de riesgo para adquirir la infección por VIH. Un estudio sobre prevalencia de VIH y consumo de drogas intravenosas en una prisión de Escocia (Glenochil), reveló que un 25% de los usuarios de drogas intravenosas (UDIs),

comenzaron a inyectarse en prisión, y 25 a 30% de éstos, se infectaron con el VIH dentro de la cárcel. Estudios realizados en España evidencian que la prevalencia de UDIs en la población penitenciaria oscila entre 22 a 38% según las regiones analizadas. La prevalencia de infección por VIH entre los UDIs, varía de 30 a 60%. Un estudio llevado a cabo en las cárceles de Castilla y León, en el año 1998, demostró una prevalencia de VIH del 12,5%, y la forma de contagio más importante fue el consumo de drogas por vía I.V (94,9%). Más de la mitad de los reclusos en las diferentes prisiones estudiadas manifestaron haber compartido material de inyección.

El tatuaje, las autolesiones y las lesiones entre los reclusos, constituyen otras vías de transmisión de VIH en el medio carcelario. Es común la frecuencia de tatuajes realizados con equipos no estériles, lo que aumenta el riesgo de transmisión viral.

Otros factores que incrementan el riesgo de contraer la infección viral en el ámbito carcelario son: los antecedentes previos en prisión y el tiempo de permanencia en prisión, lo que supone una mayor probabilidad de exponerse a las distintas prácticas de riesgo.

La sociedad penitenciaria es muy violenta. Esta violencia puede expresarse de muchas maneras, entre ellas las lesiones auto infligidas (cortes en miembros superiores como forma de protesta) y las lesiones entre reclusos con armas blancas caseras (cortes carcelarios). Este comportamiento conlleva un riesgo aumentado de transmisión por el virus del SIDA.

La infección por VIH se ha declarado en muchas prisiones del mundo, aunque hay pocos datos disponibles debido a diversos factores tales como el miedo a la discriminación hacia los seropositivos y la falta generalizada de confidencialidad en el ambiente carcelario, lo que dificulta la realización de la prueba de VIH, así como la negación por parte de las autoridades penitenciarias de la existencia de la infección por VIH y de sus factores de riesgo. No obstante, en aquellos países

donde la prevalencia de VIH en la población general se ha comparado con la de la población penitenciaria, en ésta se ha podido observar una prevalencia de hasta 75 veces mayor. En EE.UU., la tasa de infección por VIH es seis veces más alta, tanto en prisiones federales y estatales que en la población general. Entre 20 a 26% de las personas que padecen la infección viral en EE.UU., han pasado en algún momento de su vida por el sistema correccional o penitenciario. Un estudio de seroprevalencia de VIH realizado en 1990 sobre 9.080 reclusos alojados en prisiones federales alcanza el 4%.

La prevalencia de infección por el VIH entre los presos españoles UDVP, oscila sin embargo entre el 47% y 67%, presentando las tasas más altas en los consumidores más antiguos. Uno de los temas controvertidos es el tema de la posibilidad de transmisión VIH intrapenitenciariamente, especialmente a través del uso compartido de material de inyección. (1)

En Brasil, se ha estimado una seroprevalencia entre el 14 y 15%. El Ministerio de Salud calcula que aproximadamente el 15% de la población carcelaria, alrededor de 150.000 personas, está actualmente infectada por el virus. Los epidemiólogos estiman que en las cárceles brasileñas mueren más personas de SIDA que por cualquier otra causa, incluida la violencia. Así cada año, unas 3.500 personas infectadas por el VIH salen en libertad del sistema de cárceles del Brasil.

En Argentina, el Servicio Penitenciario Federal que tiene a su cargo 6.880 reclusos alojados en la Capital Federal, informa que a fines del año 2002 la prevalencia era del 7%, aunque reconocen que puede ser mayor. Un estudio llevado a cabo entre los años 2001 y 2002, demostró que la prevalencia de la infección viral superaba el 16%. La última notificación oficial en Uruguay sobre la prevalencia de VIH en la población carcelaria de todo el país data del año 1993, estimándose en un 6%. En el año 2003, de un total de 3.800 reclusos alojados en dependencias de la Dirección Nacional de Cárceres y Centros de Reclusión (DNCYCR), se habían notificado 120 casos de VIH/ SIDA, lo que representó una prevalencia de 3%. Sin

embargo, tal como ha sido expuesto anteriormente, las cifras de prevalencia de VIH/SIDA en cárceles de Argentina y Brasil son muy superiores a las nuestras, del orden de 16 y 14% respectivamente. (2)

En el Perú, hasta el año 2002, se notificó 12311 casos, estableciéndose una epidemia de tipo concentrada, con 0,26% en poblaciones de baja prevalencia y 11% en poblaciones de alta prevalencia (HSH del año 2000), 1,1% en personas privadas de libertad (centro de reclusión de Lurigancho). (3)

Las personas privadas de libertad tienen mayor riesgo de contraer el VIH. Se estima que la prevalencia de VIH en esta población es 75 veces mayor que la población general.

Asimismo, se ha demostrado que el VIH se encuentra en las prisiones del mundo, y nuestro país no es la excepción. Esto debe ser de suma preocupación no sólo para las personas privadas de su libertad y las autoridades de los penales, sino también para el personal que labora en las cárceles, los encargados de la salud pública y la sociedad en su conjunto. La prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y el VIH es más alta en las cárceles que en la población general y sigue aumentando, debido a que estos establecimientos son un terreno propicio para su transmisión. Un estudio sobre vigilancia biológica y el comportamiento de la infección del VIH y la sífilis en 20 establecimientos penitenciarios en el Perú, en enero 2000, demostró una prevalencia de VIH de 1,1% y la prevalencia de sífilis fue 4,4%. Los comportamientos de riesgo más importantes fueron el haber estado recluido previamente en un EP y consumir pasta básica de cocaína.

Los Establecimientos Penitenciarios muestran una alta concentración de factores de riesgo para que se transmita la infección por VIH.

Un alto porcentaje de personas privadas de su libertad proceden de ambientes con una alta prevalencia de infección por VIH; Estos grupos tienen comportamientos de riesgo, como el uso de drogas, y las prácticas sexuales

inseguras ocurren con frecuencia; No se reconoce oficialmente la existencia de estos comportamientos de riesgo y la circulación de trabajadoras sexuales y el consumo de drogas son prácticas cotidianas en los EP del país.

Las intervenciones para reducir el riesgo de infección por VIH, como el suministro de condones, pueden ser consideradas inaceptables por factores culturales de las personas privadas de su libertad; Existe un alto número de tatuajes realizados con equipos no estériles. (4)

1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL:

El presente estudio se lleva a cabo en el ámbito de la realidad penitenciaria peruana, con el fin de determinar la asociación entre las lesiones corporales y la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho ubicado en el distrito de Lurigancho. Lima. Perú. 2014.

1.2.2 DELIMITACIÓN SOCIAL:

La presente investigación será aplicada a los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho. Considerando que según el informe del programa de control de VIH del área de Salud del penal de Lurigancho la población penal infectada con el VIH es una población vulnerable y expuesta.

1.2.3 DELIMITACIÓN TEMPORAL:

Desarrollo de la investigación: Se realizará en 12 meses a partir del mes de febrero del 2013 culminando en marzo de 2014.

Para realizar el Plan de tesis se ha empleado los seis primeros meses, (febrero a julio de 2013).

El desarrollo de la investigación se realizará desde Agosto del 2013 a Marzo de 2014.

1.2.4 DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

LESIONES CORPORALES:

Nerio Rojas, en su obra "Lesiones", escribe: "En Medicina se entiende por lesión una destrucción o alteración en la anatomía de un órgano ya sea por un proceso patológico o por un traumatismo, pero en este último caso, cuando hay sección de tejidos, se usa, sobre todo, el termino de herido. En el lenguaje jurídico, la palabra lesión tiene un sentido más general: significo alteración anatómica o perturbada funcional de origen violento o externo, significo, a la vez, herida y enfermedad; es el daño en el cuerpo y la salud, según la expresión legal. Sus indicadores son: heridas, traumatismo, laceraciones, tatuajes. (5)

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

Organización Mundial de la Salud: El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH puede transmitirse por las relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona infectada, la transfusión de sangre contaminada o

el uso compartido de agujas, jeringuillas u otros instrumentos punzantes. Asimismo, puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Sus indicadores son: SIDA. (6)

1.3. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Problema Principal

¿En qué medida las lesiones corporales se asocian con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho. 2014?

1.3.2 Problemas Secundarios

1.3.2.1 ¿En qué medida la prevalencia de tatuajes y/o piercing se asocian con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho?

1.3.2.2 ¿En qué medida la presencia de cortes se asocian con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho?

1.3.2.3 ¿De qué manera la presencia de erosiones, heridas y/o laceraciones se asocian con la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho?

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Objetivo General

Determinar la asociación entre las lesiones corporales y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho, 2014.

1.4.2. Objetivos Específicos

1.4.2.1 Identificar la asociación entre la presencia de tatuajes y/o piercing con la

infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.

1.4.2.2 Especificar si la presencia de cortes influye en la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.

1.4.2.3 Especificar de qué manera la presencia de erosiones, heridas y/o laceraciones se asocian con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.

1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 Hipótesis General

Si hubiera mayor frecuencia de lesiones corporales, entonces habría mayores probabilidades de contraer la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.

1.5.2. Hipótesis Secundarios o específicos

1.5.2.1. En la medida que exista la presencia de tatuajes y/o piercing incidirían en la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.

1.5.2.2. En la medida que exista presencia de cortes estas podrían influir en la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.

1.5.2.3. En la medida que exista la presencia de erosiones, heridas y/o hematomas podrían influir en la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.

1.5.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

Variable Independiente:

Lesiones Corporales: Una lesión es una alteración de las características morfológicas o estructurales de un organismo en cualquiera de sus niveles de organización (molecular, celular, tisular, anatómico, corporal o social) producido por causas físicas, químicos o biológicos.

Variable Dependiente:

Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana: Causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). La afección destruye el sistema inmunitario en forma gradual, lo cual hace que para el cuerpo sea más difícil combatir infecciones.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES INDEPENDIENTES	DIMENSIONES	INDICADORES
	TATUAJE	<ul style="list-style-type: none">- Presencia de tatuajes- Cantidad de tatuajes- Tiempo de tenencia del tatuaje- Lugar donde se realizó el tatuaje- Responsable de realizar el tatuaje- Instrumentos que se utilizaron para realizar el tatuaje- Tamaño del tatuaje

LESIONES CORPORALES	PIERCING	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de piercing - Cantidad de piercing - Tiempo de tenencia del piercing - Lugar donde se perforo el piercing - Responsable de perforar el piercing - Instrumentos que se utilizaron para perforar el piercing - Tamaño del piercing
	CORTE	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de cortes - Cantidad de cortes -Tiempo de tenencia del corte - Circunstancia en que se ocasionó el corte - Objeto que le ocasionó el corte - Lugar donde se realizó el cortes - Tamaño del corte
	LACERACION HERIDA Y/O EROSIONES	<ul style="list-style-type: none"> -Presencia de erosiones, heridas y/o laceraciones - Cantidad de erosiones, heridas y/o laceraciones - Tiempo de tenencia de las erosiones, heridas y/o laceraciones - Circunstancia como se ocasiono las erosiones, heridas y/o laceraciones - Objeto y/o material con que se realizó las erosiones, heridas y/o laceraciones - Lugar donde se realizó las erosiones, heridas y/o laceraciones - Tamaño de las erosiones, heridas y/o laceraciones?
VARIABLES DEPENDIENTES	DIMENSIONES	INDICADORES
VIH	VIH	<ul style="list-style-type: none"> - Presencia de infección de VIH - Tiempo de infección con VIH - Lugar donde adquirió la infección el VIH - Forma en que adquirió la infección del VIH

1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

1.6.1. TIPO Y NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.

a) Tipo de investigación

Investigación sustantiva: Porque trata de responder a los problemas teóricos o sustantivos o específicos, en tal sentido, esta orientada a describir, explicar, predecir o retrodecir la realidad, con lo cual se va en búsqueda de principios y leyes generales que permita organizar una teoría científica.

Investigación básica pura o fundamental: Se define como aquella actividad orientada a la búsqueda de nuevos conocimientos y nuevos campos de investigación sin un fin práctico específico. Tiene como fin crear un cuerpo de conocimiento teórico sobre los fenómenos educativos, sin preocuparse de su aplicación práctica. Se orienta a conocer y persigue la resolución de problemas amplios y de validez general.

b) Nivel de la investigación

Explicativa: Porque tienen dos o más variables, son tipos de estudio donde una variable queda fija y se transforma en sujeto de estudio.

1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

a) Método de la investigación:

Deductivo: El método deductivo consiste en la totalidad de reglas y procesos, con cuya ayuda es posible deducir conclusiones finales a partir de unos enunciados supuestos llamados premisas.

Analítico: El Método analítico es aquel método de investigación que consiste en la desmembración de un todo, descomponiéndolo en sus partes o elementos para observar las causas, la naturaleza y los efectos.

Sintético: El método sintético es un proceso de razonamiento que tiende a reconstruir un todo, a partir de los elementos distinguidos por el análisis; se trata en consecuencia de hacer una explosión metódica y breve, en resumen.

b) Diseño de la investigación:

Diseños No Experimentales. En ellos el investigador observa los fenómenos tal y como ocurren naturalmente, sin intervenir en su desarrollo.

1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

- a) **Población:** 300 reclusos con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), empadronados en el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS) del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho.
- b) **Muestra:** 73 reclusos con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (PROCETSS) del penal y 73 reclusos sin infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) del E. P. de Lurigancho.

La selección de la muestra se realizó mediante el muestro aleatorio simple, obtenida a través de la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 \cdot N \cdot (p \cdot q)}{E^2 \cdot (N-1) + Z^2 \cdot (p \cdot q)}$$

Donde:

n = Muestra

N = 300 (tamaño de la población)

Z = 1.96 (95% nivel de confianza)

p = 0.05 (variabilidad positiva)

q = (1 - P) = 0.05 (variabilidad negativa)

E = 10% = 0.1 (margen de error)

$$n = \frac{1.96^2 \times 300 \times (0.5 \times 0.5)}{(0.1)^2 \times (300-1) + (1.96)^2 \times (0.5 \times 0.5)}$$

$$n = \frac{3.8416 \times 300 \times 0.25}{0.01 \times 299 + 3.8416 \times 0.25}$$

$$n = \frac{288.12}{2.99 \quad 0.9604} \quad n = \frac{288.12}{3.9504} \quad n = 72.93$$

1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

a) Técnicas de recolección de datos

Se aplicó la técnica de ENCUESTA en la recolección de datos.

Encuesta: Porque permite obtener los datos a partir de realizar un conjunto de preguntas normalizadas dirigidas a una muestra representativa.

b) Instrumentos

El instrumento para la recolección es el CUESTIONARIO que recolectó los datos e información de la investigación.

Cuestionario: Porque es el material base, resultado de la operacionalización de las variables que contienen items.

TÉCNICA	INSTRUMENTO
ENCUESTA	CUESTIONARIO

1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

a) JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN:

La presente investigación es realizada con la finalidad de contribuir a la implementación de medidas preventivas en las políticas de Salud Pública de nuestro país y específicamente dentro del Instituto Nacional Penitenciario (INPE), considerando que las personas infectados por el VIH que se encuentran reclusos en los Centros Penitenciarios, es un sector de la población poco estudiado, en ese sentido se pretende mediante una investigación de tipo explicativa y con el método inductivo determinar si existe una asociación entre las lesiones corporales y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho, 2014.

b) IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Realizar esta investigación es importante porque pretende contribuir con la finalidad de las políticas de salud pública para garantizar las mejores condiciones posibles a los miembros de la sociedad, a fin de que cada uno pueda permanecer sano. A menudo, las personas privadas de su libertad quedan excluidas de esta ecuación, por tal motivo la iniciativa de esta investigación.

En el mundo, la atención médica sanitaria debe ser competencia de los servicios sanitarios del ministerio del que depende la prisión. En nuestro caso, dependen del Instituto Nacional Penitenciario (INPE). Debido a los escasos fondos fiscales destinados a la salud pública en general, sólo ocasionalmente serán prioridad para la administración penitenciaria la salud de las personas privadas de su libertad, la cual se interesa más por la seguridad y disciplina.

En el último año, existe un esfuerzo de las autoridades del INPE por mejorar las condiciones de salud de los Establecimientos Penitenciarios, para lo cual se cuenta con apoyo de fondos provenientes de la cooperación internacional.

Asimismo, se ha demostrado que el VIH se encuentra en las prisiones del mundo, y nuestro país no es la excepción. Esto debe ser de suma preocupación no sólo para las personas privadas de su libertad y las autoridades de los penales, sino también para el personal que labora en las cárceles, los encargados de la salud pública y la sociedad en su conjunto. La prevalencia de enfermedades de transmisión sexual y el VIH es más alta en las cárceles que en la población general y sigue aumentando, debido a que estos establecimientos son un terreno propicio para su transmisión. Considerando que los EP muestran una alta concentración de factores de riesgo para que se transmita la infección por VIH: Un alto porcentaje de personas privadas de su libertad proceden de ambientes con una alta prevalencia de infección por VIH; y estos grupos tienen comportamientos de riesgo, como la práctica de tatuajes, violencia física, lesiones y autolesiones.

c) LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Limitaciones de orden práctico

- Restricción en el ingreso al Establecimiento Penitenciario de Lurigancho, por medidas de seguridad.
- La negativa de algunos reclusos a participar en la aplicación de encuestas.
- Limitación económica para la adquisición de material bibliográfico por su alto costo.
- Prohibición de ingreso al Establecimiento Penitenciario con cámaras fotográficas y celulares por estar considerado un delito.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Macri M. 2010 (7), y su colaborador, realizó un trabajo de investigación con el objetivo de conocer la prevalencia de la infección por VIH y las conductas de riesgo asociadas en reclusos alojados en el Complejo Penitenciario de Montevideo en el año 2005. En el estudio y método se analiza de prevalencia de la infección VIH y las distintas prácticas de riesgo en una muestra de 291 individuos abordada mediante un estudio serológico y entrevista personal a partir de un cuestionario estructurado. Concluyendo que la prevalencia hallada en el estudio fue de 6,5% y los factores de riesgo asociados a una mayor probabilidad de adquirir la infección viral en prisión fueron: haber tenido una pareja sexual VIH (+), poseer en la actualidad una pareja VIH (+), ser consumidor de drogas por vía I/V, y dentro de éstos los que consumieron en la cárcel y los que compartieron el material. Con relación a los factores estrictamente carcelarios, únicamente demostró ser un factor de riesgo el poseer antecedentes de haber estado en prisión.

Ávila L. 2011 (8), y sus colaboradores, realizaron una investigación con el objetivo de identificar factores asociados con la intencionalidad en lesiones de causa externa, que permitiera conocer patrones o tipologías de la violencia bajo vigilancia y formular estrategias para disminuir su incidencia. Se diseñó un estudio analítico basado en los registros obtenidos del sistema de vigilancia epidemiológica de lesiones de causa externa del Hospital Mario Correa Rengifo de Cali, Colombia. Se incluyeron todos los pacientes y se calcularon estadísticas descriptivas y medidas de asociación. Concluyendo que el sistema de vigilancia epidemiológica permite a las instituciones de salud evaluar la morbimortalidad de

su población para definir políticas de intervención. Este estudio encontró que la intencionalidad de las lesiones de causa externa tiene una fuerte asociación con consumo de alcohol y otros psicotrópicos. Las características de los factores asociados con lesiones de causa externa permiten implementar integralmente acciones preventivas y educativas en la comunidad, con el propósito de disminuir la ocurrencia de estas lesiones y por tanto la pérdida de vidas.

Hernández BE. 2005 (9), realizó una investigación a fin de Caracterizar la Consulta de Descentralización para la atención clínica a personas con VIH-SIDA, desde su creación en enero de 2006 hasta junio de 2008. Asimismo Identificar los grupos poblacionales más afectados por el VIH-SIDA en la consulta de Descentralización de Centro Habana, - Analizar cuáles son las principales características psicosociales de la muestra estudiada e Identificar las principales características epidemiológicas y clínicas tratadas en Consulta. Se realizó un estudio investigativo descriptivo, retrospectivo y de corte longitudinal. Concluyendo que La consulta de Descentralización para la Atención Clínica a personas con VIH y pacientes con SIDA del municipio Centro Habana, cuenta con un médico especialista en Medicina Interna y una Licenciada en Enfermería, que en el período de Enero 2006 a Junio 2008, han ofrecido servicios médicos a 245 personas para un 43,4% del universo de trabajo. Se ofrecieron un total de 1853 consultas y se realizaron 674 visitas al hogar durante el período evaluado. - Entre las edades de 20 a 39 años se encontró el mayor número de pacientes, tanto para el sexo femenino como para el masculino. El mayor número de personas con VIH y pacientes con SIDA poseen niveles educacionales de Secundaria y Pre-Universitario concluidos. El 60% son Pensionados; el 60,4% viven hacinados, mientras que el estado constructivo de la vivienda que predomina es de regular a malo. El 72,6% de la muestra tiene orientación sexual homosexual. Según la clasificación personas con VIH y pacientes SIDA, 149 son personas con VIH. En cuanto a grupos de pesquisa el de mayor incidencia es el captado. Un 99% del total de la muestra obtuvo la infección por vía de transmisión sexual. El hábito no saludable más frecuente es sedentarismo, seguido del tabaquismo y el alcoholismo. La reacción adversa a la triterapia más reportada fue la

hiperlipidemia. La infección oportunista mayor que prevaleció fue la Neumonía por Pneumocistis Carini. Las Neurosis Depresivas ocuparon el principal diagnóstico en consulta. La enfermedad Crónica no transmisible que predominó fue la Hipertensión Arterial. Fallecieron 14 personas.

Madrigal J. 2005 (10), en su investigación el objetivo era conocer la representación social del tatuaje, en 8 jóvenes tatuados entre 18 y 25 años de edad, del área metropolitana de Costa Rica. El tipo de estudio realizado es exploratorio. Concluyendo que la representación social de la práctica del tatuaje en estos jóvenes, incluye aspectos muy variados, como el mejoramiento de la autoimagen corporal, la simbolización de conceptos significativos, la trasgresión social, la moda, la autoafirmación, la identidad, el sentido de pertenencia, y una concepción de cuerpo diferente a la tradicional. Dichos aspectos se encuentran vinculados entre sí, en la investigación se separaron para efectos prácticos en el entendimiento de éstos, pero en la realidad, van en conjunto y unos dan sentido a otros.

Clemente M. 2003 (11), el objetivo general de la presente investigación es conocer, desde el punto de vista de la neuropsicología, los déficits o alteraciones cognitivos de un sector de la población poco estudiado como es la población penitenciaria, en general, y más en particular, aquellos que, estando reclusos en Centros Penitenciarios, están infectados por el VIH en sus diversas fases debido al consumo de drogas por vía intravenosa. Mediante un muestreo aleatorio estratificado en función de las variables seroestado con respecto al VIH y antecedentes de consumo de drogas se obtuvo una muestra de 96 varones internados en un Centro Penitenciario de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha (Centro Penitenciario de Ocaña I, Toledo). Los sujetos seropositivos de nuestra población no sufren un deterioro cognitivo generalizado. Los déficits observados en comparación con los seronegativos se limitan al efecto de interferencia de Stroop

Arroyo JM. 2001 (12), realizó su trabajo con el fin de hacer una revisión sobre algunos aspectos de la organización de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la UE, utilizando la información que sobre este tema contiene el último informe de la Red Europea para la prevención del VIH y la Hepatitis en prisión, elevado a la Comisión Europea. Se pretende hacer un análisis comparativo de las diferentes organizaciones en el cuidado de la salud de los reclusos en la UE. El trabajo muestra las importantes diferencias de estructuras, recursos y políticas que las distintas administraciones ponen en práctica en los distintos países para cubrir este servicio público. El fenómeno de la peculiaridad de cada legislación penitenciaria, de cada centro penitenciario y aún de cada población penitenciaria marca también la organización de la atención sanitaria en las prisiones. A pesar de ello, algunos problemas asistenciales se repiten, como por ejemplo la adecuada derivación de los internos para atención especializada, la evaluación y efectividad de los programas de actuación contra las drogas, o contra las enfermedades infecciosas relacionadas con ellas y el desarrollo adecuado de programas de salud mental. Quizá la tarea siguiente sea encontrar una base común entre los sanitarios penitenciarios para aportar soluciones a estos problemas.

Hernández 2005 (13), y sus colaboradores publicaron en la Revista Publica de México una investigación con la finalidad de determinar las características clínicas y epidemiológicas de los casos con tuberculosis (TB) activa en población de cárceles con VIH, que se ve especialmente afectada por ambas epidemias. La infección por VIH incrementa significativamente la probabilidad del desarrollo de TB. Se realizó un estudio de cohorte en sujetos infectados por VIH e internados en un reclusorio de la Ciudad de México. Se encontraron 172 pacientes con VIH, 28 con TB activa (16.3%) - 21 (12.2%) con afección pulmonar - con una tasa de incidencia de 7.7 por 100 sujetos/año para TB activa y de 4.7 por 100 sujetos/ año para TB pulmonar. No se encontró drogorresistencia. Dieciocho aislados fueron tipificados por RFLP, con una tasa de transmisión calculada de 11%. Concluyendo

que la prevalencia de TB en esta población mil veces superior a la observada en la población general y datos sugerentes de transmisión al interior de la cárcel.

Sánchez 1997 (14), por su parte estudió 1.663 reclusos de un penal español, de los cuales el 19.4% resultó con un test Elisa positivo para VIH. El análisis de regresión logística determinó en este caso que entre otros diversos factores (abuso de drogas intravenosas, ciertos grupos etarios, más de una año en prisión, etc.), el tatuaje era también una variable predictora de la infección.

Estebanez 1990 (15), sobre un total de 288 hombre reclusos, 55% de los cuales fue positivo para VIH, encontró un mayor riesgo independiente –ajustado por el uso de drogas intravenosas- entre los pacientes tatuados (OR:2.8). Esta asociación también se dio, además del número de veces en prisión, y la historia de prostitución o sífilis, en 95 mujeres, 26% de ellas seropositivas.

Dávila 2000 (16), realizó una investigación con el objetivo de determinar la prevalencia del VIH/SIDA y las conductas de riesgo relacionadas en la población carcelaria de San Juan de Lagunillas, Estado Mérida. El estudio de la investigación es descriptiva, transversal y seroepidemiológica aplicada, realizada en el internado Judicial de Lagunillas del estado de Mérida, en los presidiarios del edificio 2, 4 y anexo femenino en 236 presidiarios masculino en 236 presidiarios femeninos. Se estudiaron 300 internos; 236 hombres (79%) y 64 mujeres (21%). Concluyendo que la edad de mayor prevalencia fue de 28-37 años de edad. 86% venezolanos. El nivel de escolaridad reinante fue la primaria incompleta con 38%. El tipo de delito más frecuente fue el [tráfico](#) de [drogas](#)(40%). En relación a las conductas de riesgo se encontró que un 46% eran portadores de tatuajes, antecedente de consumo de drogas el 47%, 12% habían recibido transfusiones, y el 30% con presencia de infección de transmisión [sexual](#). El 85% no usan preservativos. Permanecen en condiciones de hacinamiento. El hábito sexual predominante fue el heterosexual 78% y con uniones inestables hasta de tres parejas Todos los internos resultaron con pruebas negativas para ELISA HIV y presentan un riesgo mediano de exposición. Concluyendo que en los recintos

carcelarios se debe realizar vigilancia epidemiológica e intervención educativa sobre VIH/SIDA para evitar la propagación del virus.

Cárcamo 1999 (17), y sus colaboradores realizaron un estudio con el objetivo de estimar la prevalencia de sífilis y VIH e identificar los comportamientos de riesgo asociados en personas privadas de libertad (PPL). El Estudio fue transversal realizado durante el año 1999 en 22 establecimientos penitenciarios peruanos. Se realizó RPR para la detección de sífilis (datos ligados) y ELISA para tamizaje de VIH (datos no ligados), confirmándose con IFI o Western Blot. Se realizó una encuesta estructurada y se analizaron los datos mediante los programas SPSS 9,0 y AMOS 4. Concluyendo que se encontraron importantes valores de prevalencia de VIH y sífilis en este grupo de personas, siendo necesario continuar realizando estudios similares que nos permitan conocer las tendencias (vigilancia de segunda generación) y conocer el impacto de posibles intervenciones.

Figuroa 2000 (18), en su estudio investigó la presencia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras afecciones de transmisión sexual en presidiarias de la región central de Venezuela. El Método que se utilizó fue el estudio analítico, prospectivo, en 265 internas a las cuales se les realizó Papanicolaou, prueba de Schiller y biopsia cervical cuando fue necesaria; así como también, pesquisa de enfermedades de transmisión sexual y encuesta sobre sus hábitos sexuales, en el período marzo a junio de 2000. Ambiente: Cárceles de Tocarón, Tocuyito y el Instituto Nacional de Orientación Femenina. Obteniendo los resultados: La edad de las primeras relaciones sexuales ocurrió a un promedio de 16,75 años. Se observó una ligera tendencia a la promiscuidad sexual en 33,96 % de los casos. El patrón sexual de las internas resultó netamente heterosexual (89 %). La presencia de sífilis fue muy elevada (117/1000 habitantes) al compararla con la morbilidad nacional que es de 3,51/1 000 habitantes; igualmente, la morbilidad por síndrome de inmunodeficiencia adquirida, resultó en 377/1 000 la cual fue elevada si se compara con la nacional de 2,5/1 000. Concluyendo que es el primer estudio prospectivo nacional donde se evaluó la presencia de síndrome de inmunodeficiencia adquirida y otras afecciones de transmisión sexual en

presidarias de la región central del país. Además de los ligeros índices de promiscuidad encontrados, también se evidenció una alta morbilidad en sífilis y en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Hernández 2010 (19), y su colaborador realizaron una investigación con el objetivo de determinar, mediante la evolución de algunas de estas enfermedades, los resultados de los programas de prevención, promoción de la salud y reducción de daños en la salud de la población reclusa. El Material y método utilizado fue la información se ha recogido de informes, boletines, memorias, registros centrales y otros documentos con información sanitaria desde 1993 hasta 2009. Concluyendo que la prevalencia de VIH ha disminuido 3,5 veces y la de del VHC se ha reducido a la mitad en los últimos diez años. Las tasas de seroconversión dentro de la prisión han descendido un 85% en VIH y un 71% en VHC. La incidencia de tuberculosis y de sida han descendido un 85% y un 93,7% respectivamente. Los programas de reducción de daños, mantenimiento con metadona e intercambio de jeringuillas, han aumentado de forma progresiva sus usuarios hasta que empezó a disminuir el número de UDIs en las prisiones, mientras que el de mediadores en salud se ha implantado en la práctica totalidad de los centros.

Vicente 1997 (20), realizó su trabajo con el objetivo de conocer la evolución de la prevalencia de infección por VIH en el momento del ingreso en prisión y los factores asociados a la misma en este colectivo, lo que puede permitir una aproximación a la efectividad de las estrategias de reducción de riesgos y contribuir a mejorarlas. El Método utilizado fueron todas aquellas personas que ingresaron en un centro penitenciario provincial del noroeste español entre los años 1991 y 1995. Se recogieron variables socio-demográficas, penitenciarias y factores de riesgo para VIH. Previo consentimiento, se practicó prueba de infección por VIH (ELISA y Western-blot). Obteniendo como resultado que el 19,4% de los 1663 individuos estudiados estaban infectados por VIH. Destacaban, con significación estadística, las prevalencias en: mujeres (26,0%), el grupo de edad desde 25 a 34 años (29,1%), blancos (20,9%), solteros (22,8%), tatuados (29,9%), los que presentaban antecedentes de autolesiones (42,4%), los UDVP

(46,3%), los que reconocieron compartir jeringuillas (61,5 %) y aquellos con antecedentes de haber permanecido en prisión un año o más (37,3%). El análisis de regresión logística mostró como predictores de infección VIH: los UDVP, los que ingresaron en 1992, las mujeres, los grupos de edad de 25-34 y de 35-44 años, los tatuados, los que presentaban antecedentes de autolesiones y aquellos con antecedentes de estancia en prisión superior a un año. La etnia gitana presentó menor probabilidad de infección por VIH. La tendencia temporal de la infección VIH estratificada según el antecedente de estancia previa en prisión, mostró un descenso casi significativo ($P=0,064$). La tendencia de la infección según UDVP no mostró modificación ($P=0,16$). Concluyendo con una elevada prevalencia de infección por VIH en una prisión de una región poco afectada por SIDA. El UDVP y algunas características relacionables con este colectivo influyen enormemente en este fenómeno. La tendencia temporal de esta infección en el colectivo ha podido disminuir por la menor proporción de UDVP que ingresan en prisión, si bien en este grupo se han mantenido prevalencias muy elevadas de infección a lo largo de los cinco años de estudio. Se recomienda impulsar en prisiones programas de reducción de riesgos (programas de mantenimiento con metadona, programas piloto de intercambio de jeringuillas).

Harris 2012 (21), realizó un estudio con el fin de determinar la asociación entre las manifestaciones orales de pacientes VIH/ SIDA con la terapia antirretroviral y carga viral. El método utilizado fue el estudio de corte transversal, en una población de 166 pacientes en Cartagena (Colombia). Para la recolección de la información se tuvo en cuenta los conceptos del Centro de Intercambio de Criterios sobre problemas bucales relacionados con la infección por el VIH y los parámetros para el diagnóstico clínico de las manifestaciones orales asociadas a VIH establecidos por el Centro Colaborador de la OMS para la realización del examen estomatológico. Los niveles de carga viral y terapia antirretroviral se obtuvieron de la historia clínica médica. Obteniendo como resultado que el 66.7% de afectados fueron hombres y el 33.3 % mujeres. La edad promedio fue de 36,1 años; la prevalencia de manifestaciones orales asociadas a VIH fue del 59.5%; la candidiasis fue la manifestación oral más frecuente, 35.5 %; los pacientes tratados

con monoterapia presentaron menos manifestaciones orales, OR: 0.20, IC: 0.00-0.96 ($P < 0.02$). Concluyendo que los pacientes tratados con monoterapia como terapéutica farmacológica antirretroviral presentaron menos lesiones orales que aquellos tratados con biterapia.

Cabrera 2005 (22), realizó su investigación con el objetivo de describir las características y el comportamiento de la infección por VIH/SIDA en la jurisdicción de la Dirección de Salud (DISA) Lima Ciudad, departamento de Lima, Perú e identificar localidades de mayor riesgo. El Estudio descriptivo, transversal. Se usaron los datos de las fichas de notificación individual VIH/SIDA de la jurisdicción de la DISA Lima Ciudad ingresados en el Sistema NOTI de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Se incluyeron todos los casos de VIH/SIDA notificados y que residían en uno de los 13 distritos de la jurisdicción durante el periodo de estudio. Teniendo como resultado que la DISA Lima Ciudad notifica el 40% de los casos a nivel nacional y de éstos el 40% corresponde a casos VIH/SIDA que residen en la jurisdicción. Se encontró una prevalencia global jurisdiccional de 2,82 por 1000, siendo los distritos de Surquillo (4,73 por 1.000) y Lima-Cercado (4,70 por 1000) los que registran la mayor prevalencia. En cuanto a la incidencia, en el 2004 se registraron las cifras más altas en los distritos de Lima-Cercado (70,05 por 100 000) y La Victoria (45,05 por 100 000). El sexo masculino predomina entre los casos notificados. La principal vía de transmisión es la sexual, siendo más frecuente en heterosexuales. Concluyendo que el distrito de Lima Cercado presenta el mayor riesgo de expansión del VIH/SIDA por lo que se debe promocionar el sexo seguro, especialmente en la población heterosexual. Se recomienda mejorar la calidad de los registros de notificación y seguimiento de casos desde que se detectan como VIH.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Definición de lesiones corporales

La palabra “lesión” proviene del latín “laesio”, “laesionsis”. Sin embargo, ésta, habrá que enfocarlo desde tres perspectivas: lingüístico, médico y jurídico. Con ello se alcanzara un amplio panorama del contenido que encierra el término puesto bajo estudio.

La Real Academia Española de la Lengua define a la lesión como aquel “daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad”; o en su caso como la “perturbación de la situación física y/o psíquica de una persona”. Bajo estas apreciaciones se le puede definir como aquel “menoscabado que sufre la integridad corporal o la salud física o mental”. En esta línea interpretativa, el Tribunal Supremo español dejaba sentado que “lesiones es concepto equivalente a todo detrimento causado en el cuerpo, en la salud o en la mente”.

Desde el punto de vista médico, se entiende por lesión a “toda alteración anatómica o funcional ocasionada por agentes externos o internos” o cualquier anomalía local, visible de los tejidos de la piel, como una herida, una llaga, una erupción o un forúnculo, pudiéndose calificar esta como benigna, cancerosa, grosera, oculta o primaria”. Sin embargo, desde esta óptica, los diferentes tipos de lesiones conforman un grupo muy amplio.

Por ultimo, en el ámbito jurídico-penal la figura de lesión, no obstante haber seguido una evolución histórica progresiva, se le debe entender como el “menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental”; así es entendida, sea desde el ámbito del derecho positivo, jurisprudencial y doctrinario. Al respecto, es preciso establecer que el delito de lesiones exige: a) el hecho de herir, golpear, maltratar p agredir la salud física o mental de otra persona; b) un daño a esta, bien en su cuerpo, en su salud o en su mente, comprendiendo la salud en sus términos mas amplios, pues la agresión puede realizarse bien materialmente realizando dicho golpeamiento, bien sexualmente mediante contagio venéreo o por cualquier otro medio que ataque la normalidad física o produzca trastornos psíquicos. Sin embargo, una lesión tan solo tendrá consideración penal cuando esta haya sido producida por una persona contra la integridad de otra, debiendo existir para tal resultado necesaria relación de

causalidad, es decir, el resultado lesivo tiene que ser producto del animus laedendi.

2.2.1.1 Concepto de Daño Corporal

El concepto de daño corporal resulta de la confluencia de dos perspectivas, la médica y la jurídica. Con el nombre de daño corporal se conoce "cualquier alteración somática o psíquica que, de una forma u otra, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya en lo orgánico, ya en lo funcional". Es suficiente cualquier merma de la integridad de la biología individual, con independencia de sus repercusiones prácticas en uno o más campos de la actividad humana (M. Rodríguez, 1991).

Otro autor más recientemente (Hernández Cueto, 1997) lo define como "las consecuencias que un suceso traumático determinado ha tenido sobre la integridad psicofísica y la salud de una persona. Cuando el suceso traumático es atribuible a un tercero, éste está obligado a responder de dichas consecuencias, sean de orden penal, civil, laboral o contencioso-administrativo".

Hinojal, 1.996 (24), se entiende por daño corporal o daño a la persona "todo aquello que menoscabe a la integridad física, psíquica y moral de la persona y que tenga repercusión en su estado anterior, bienes e incluso en terceros".

2.2.1.2 Clasificación de las Lesiones:

2.2.1.2.1 Lesiones elementales primarias: Son las que brotan en una piel hasta entonces normal.

Máculas. Son lesiones situadas a nivel del resto de la piel, por tanto no son palpables y se manifiestan como un cambio de color de la misma. Pueden ser eritematosas, por proliferación vascular, como los angiomas planos de la cara, por vasodilatación, como sucede en algunas [erupciones por fármacos](#), o por extravasación hemática, lo que denominamos púrpura, en cuyo caso no desaparecen a la vitropresión. También pueden ser más oscuras que la piel vecina o hiperpigmentadas, reflejando normalmente un aumento del número de melanocitos o de la melanina, como el [cloasma](#), que aparece habitualmente en mujeres de edad media como máculas irregulares en las mejillas que empeoran con el sol, la mancha mongólica, de color azulado, que aparece en un 10-15% de los recién nacidos en la zona lumbar, el léntigo senil, de color marrón claro uniforme, que aparece en ancianos a nivel de la cara y el léntigo de Hutchinson, irregular, brillante, policromo, de crecimiento lento, que es una forma de melanoma in situ que también se ve en la cara de pacientes ancianos; o hipopigmentadas, como el vitíligo, de color completamente blanco, que se inicia en la punta de los dedos y alrededor de los orificios naturales, la pitiriasis alba o dartros, que se manifiesta como máculas hipocrómicas mal definidas, ligeramente descamativas, situadas en las mejillas de los niños de 7 a 12 años, la hipopigmentación post inflamatoria, que queda cuando se curan las lesiones de psoriasis o eczema en pacientes morenos y la pitiriasis versicolor, una micosis superficial que se sitúa en la parte superior del tronco y se manifiesta como máculas bien definidas, confluentes y ligeramente descamativas.

Pápulas. Son lesiones sobreelevadas y de contenido sólido, generalmente de menos de 1 cm de diámetro. Pueden ser epidérmicas, en cuyo caso suelen ser del color de la piel vecina o bien hipopigmentadas y la superficie suele ser de tacto rasposo como sucede

con las verrugas. Por su patrón de distribución pueden ser localizadas en una área determinada, como las verrugas, que suelen agruparse en zonas expuestas como el dorso de las manos o los pies, o bien agruparse en los pliegues como sucede con los [molluscum contagiosum](#). Pueden ser dérmicas, en cuyo caso la epidermis suprayacente no presenta alteraciones, como sucede con el granuloma anular, aunque lo más frecuente es que sean dermoepidérmicas, en cuyo caso suelen tener un componente epidérmico, descamativo, y un componente inflamatorio dérmico, eritematoso, como sucede en la psoriasis en gotas, que se distribuye de forma diseminada por todo el tegumento, y el liquen plano, que predomina en la cara anterior de las muñecas, los tobillos y la región sacra y suele asociarse a placas blanquecinas y reticuladas en la mucosa oral, aunque también hay casos generalizados. Las pápulas únicas suelen ser tumores, como los [carcinomas basocelular](#) y [espinocelular](#) o los dermatofibromas, de consistencia dura. En este caso el componente inflamatorio perilesional es mínimo. Cuando se trata de una lesión sobrelevada de tamaño mayor de 1 cm hablamos de placas. Como las pápulas, pueden ser eritematosas y producirse por inflamación dérmica, sin alteración epidérmica, como en determinadas toxicodermias o las placas urticariformes del penfigoideampolloso, eritematodescamativas, como las de la [psoriasis vulgar](#) o en placas, la dermatitis seborreica, la parapsoriasis en grandes placas, dermatosis que puede evolucionar a un linfoma cutáneo, y algunos eczemas secos como la neurodermitis y la dermatitis del ama de casa, o bien escamocostrosas, con discreta exudación, como determinados casos de dermatitis atópica, el eczema numular o la dermatitis venosa de las piernas. Cuando las placas son induradas suele traducir un importante componente fibroso en la dermis como los queloides, la esclerodermia o un tumor maligno denominado dermatofibrosarcoma protuberans. Las placas de color violáceo son típicas del [sarcoma de Kaposi](#), que en su variante

clásica aparece en la piernas de pacientes ancianos, mientras que la forma epidémica, asociada al SIDA, es más difusa, afecta toda la piel y las lesiones son más polimorfos, incluyendo máculas de aspecto equimótico, pápulas, placas y nódulos, y del liquen plano en placa. El habón es una lesión papulo-edematosa, que crece periféricamente para formar grandes placas y se caracteriza por ser pruriginosa y por su evanescencia (desaparece en menos de 24 horas) y es típica de la urticaria. Con frecuencia se asocia a edema labial y periorcular denominado angioedema.

Nódulos. Son lesiones de contenido sólido, tamaño mayor de 1 cm y forma más o menos redondeada. Pueden ser sobreelevados, y originarse en la epidermis como el queratoacantoma y el melanoma nodular, o de asiento profundo como las paniculitis. Las lesiones nodulares únicas suelen ser tumores, y por tanto no suelen tener componente inflamatorio en la base. Si un tumor del color de la piel crece en unos meses o pocos años, se ulcera centralmente y sangra, suele ser un tumor maligno como los carcinomas espinocelulares o los carcinomas basocelulares. Si estas características corresponden a un tumor pigmentado debemos descartar que se trate de un melanoma cutáneo nodular.

Vesículas. Son lesiones de contenido líquido y un tamaño menor de 0.5 cm. Las dermatosis vesiculosas más típicas son las infecciones herpéticas, como la varicela, que se manifiesta como una erupción polimorfa, de progresión craneocaudal, en la que en las fases iniciales predominan las vesículas dispersas, el herpes simple en el que las vesículas se agrupan en forma de racimo, o el herpes zoster donde las vesículas arracimadas siguen una dermatoma. También se ven vesículas en los eczemas agudos y en una dermatosis ampollosa crónica autoinmune por alergia a la gliadina del gluten que se conoce como dermatitis herpetiforme. Cuando las lesiones de contenido líquido son mayores se denominan ampollas, que pueden ser agudas o crónicas. Las agudas suelen ser de causa tóxico-alérgica o

infecciosa, como el impétigo ampolloso estafilocócico, el exantema fijo por fármacos, que suele localizarse en el pene o en la boca o las reacciones ampollas a picaduras (culicosis). Las dermatosis ampollas crónicas suelen ser de causa autoinmune como el pénfigo o el penfigoide. Por otra parte, desde el punto de vista anatomopatológico, las dermatosis ampollas pueden ser intraepidérmicas, en cuyo caso se rompen fácilmente (signo de Nickolsky +) y suelen presentarse como erosiones, como sucede en el pénfigo, dermatosis ampollas crónica autoinmune grave, en el [impétigo estafilocócico](#) y en una erupción por fármacos generalizada y grave denominada enfermedad de Lyell, o subepidérmicas, en cuyo caso las ampollas son tensas, como sucede en el penfigoide y en la porfiria cutánea tarda. Las pústulas contienen líquido purulento, como sucede en las [foliculitis](#) y en la acné.

Quistes. Son lesiones de contenido sólido, semilíquido o líquido producido por la pared epitelial que los rodea, que se presentan como lesiones esféricas de consistencia elástica y bien delimitada. Los más frecuentes son los quistes epidérmicos y su variedad en el cuero cabelludo conocido como quiste pilar.

2.2.1.2.2 Lesiones elementales secundarias

Derivan de las lesiones primarias.

Escamas: Se producen por alteración de la exfoliación de la capa córnea epidérmica. Son típicas de las ictiosis, la psoriasis, algunas tiñas, la dermatitis seborreica y la caspa. Por otra parte, en la etapa final de muchas dermatosis inflamatorias o infecciosas, también se produce descamación, como en las toxicodermias, la escarlatina o el síndrome de Kawasaki.

Costras. Se producen por desecación de exudados y/o sangre. Suelen cubrir las erosiones y las úlceras o bien aparecen después de lesiones de tipo ampolloso. Son típicas del [impétigo contagioso](#), en cuyo caso son costras amarillentas, conocidas como "melicéricas", ya que su color recuerda al de la miel, y se forman al desecarse las pústulas iniciales del impétigo. También se ven costras melicéricas cuando se sobreinfecta un herpes simple, en cuyo caso tenemos el antecedente de una erupción recidivante en la misma localización, y en los eczemas sobreinfectados, en cuyo caso suele haber el antecedente de eczema, las lesiones son más exudativas y pruriginosas y se sitúan sobretodo en los pliegues. Se denominan escaras a las costras negras que se ven sobre un tejido necrótico, como las que cubren una úlcera de decúbito, las que cubren áreas necróticas después de unavascularitis, una sepsis o una insuficiencia arterial y también la "tache noire" que sirve de puerta de entrada de una rickettsiosis. Las costras hemorrágicas, cubren la parte central ulcerada de los carcinomas basocelulares, las lesiones excoriadas de prurigo y las heridas.

Erosiones: Son una solución de continuidad, superficial, de la piel, que afectan sólo la epidermis, como consecuencia generalmente de la rotura de ampollas superficiales, como en el caso del impétigo ampolloso, el síndrome de Lyell, el pénfigo las quemaduras. Si la solución de continuidad afecta la epidermis y la dermis papilar se denominan excoriaciones. Suelen estar producidas por rascado y por tanto se ven en las enfermedades que cursan con intenso prurito, como la dermatitis atópica, el prurigo y la sarna. Si es más profunda y llega hasta el tejido subcutáneo, la lesión se denomina úlcera, como sucede con algunos carcinomas basocelulares y las úlceras por insuficiencia venosa.

Atrofia. Es la disminución de alguno de los componentes normales de la piel. Puede haber atrofia epidérmica, dérmica, subcutánea o atrofia

combinada de varios compartimentos de la piel. Es típica del lupus eritematoso cutáneo crónico, la atrofia por corticoides tópicos, el liquen escleroatrófico y las estrias. La piel senil también se caracteriza por atrofia.

Liquenificación. Término aplicado a un engrosamiento de la piel que se caracteriza por descamación y aumento de la cuadrícula normal. Casi siempre es secundaria al rascado crónico. Es característica de dermatosis pruriginosas como la neurodermitis y la dermatitis atópica.

Forma de las lesiones y presentación de las mismas

Circulares, numulares o discoides: Por el tipo de irrigación de la piel, en la que los vasos se distribuyen en forma de candelabro circular que deriva de una arteriola musculocutánea, la forma natural de las lesiones suele ser circular, también denominada numular o discoide. Esta es la forma que tienen la mayoría de las lesiones de psoriasis, los eczemas (una forma clínica de los cuales se denomina numular), las reacciones por fármacos, el lupus eritematoso cutáneo crónico o discoide y la fase inicial de las tiñas.

Anulares, arciformes y policíclicas: La forma anular también es característica de muchas dermatosis y se produce cuando se resuelve la inflamación central de una lesión circular y ésta se va manteniendo en la periferia. Entre las dermatosis con lesiones anulares cabe destacar el granuloma anular, el lupus eritematoso cutáneo subagudo, la sarcoidosis, la micosis fungoide, el eritema crónico migrans de la enfermedad de Lyme y otros eritemas figurados, aunque la causa más frecuente de lesiones anulares son las [tiñas](#).

En diana: Cuando una lesión está formada por diferentes anillos concéntricos, cuyo centro es más pigmentado, casi violáceo (lo que traduce una necrosis de la epidermis), un anillo por fuera un poco más

claro y otro más periférico nuevamente más oscuro se denomina lesión en diana, que es prácticamente patognomónico de una dermatosis reactiva denominada eritema exudativo multiforme o polimorfo.

Forma lineal: Ya hemos comentado que, debido al tipo de irrigación en candelabro, la forma natural de las lesiones cutáneas es la circular. La presencia de lesiones lineales indica un mecanismo de producción externo, como en el caso de la dermatosis bullosa pratis, que aparece cuando después del contacto con la sabia de algunas plantas que contienen cumarínicos se produce una exposición solar. Un tipo especial de lesión lineal es el [surco acarino](#), con forma de S itálica, que se localiza sobre todo en las muñecas y en el borde cubital de la mano y está producido por la hembra del ácaro de la sarna. También se producen lesiones lineales en algunas dermatosis que presentan el fenómeno de Koebner, consistente en la reproducción de la dermatosis en las áreas de traumatismo, como sucede en la psoriasis en la que pueden aparecer lesiones sobre una cicatriz quirúrgica, en el liquen plano, en el vitíligo, en las verrugas planas y en los molluscum contagiosum. Las dermatosis artefactas, autoprovocadas con objetos punzantes por pacientes con trastornos mentales también producen lesiones lineales. Una variedad de lesiones lineales son las que siguen las líneas de Blaschko, líneas de progresión de las células embrionarias similares a una dermatoma pero con remolinos en su parte proximal, al llegar al tronco. Siguen estas líneas determinados hematomas congénitos como los nevus epidérmicos y nevus sebáceos. (25)

2.2.1.3 Definición de heridas:

Existen una gran cantidad de tipos de heridas y todos somos propensos a sufrirlas. Las heridas son muy comunes, pero dentro de los tipos de heridas existentes hay unos que son más usuales que otros.

Las heridas son lesiones que generan la pérdida de continuidad en la integridad de los tejidos blandos. Por tejidos blandos entendemos piel, músculo, tejido subcutáneo, órganos blandos, tendones, nervios, entre otros.

Pueden producirse por agentes externos (cuchillos, vidrios, latas, etcétera) o agentes internos (hueso fracturado). A su vez encontramos tipos de heridas abiertas y cerradas, simples y complicadas.

Las heridas acarrear dos riesgos que es necesario evitar para que no pasen a mayores: la hemorragia (conlleva al estado de choque) y la [infección](#).

Las heridas son muy frecuentes en todas las personas, quien no ha sufrido alguna, y es necesario saber como mínimo como reaccionar ante ellas y como realizar las curaciones. Como hemos dicho las hay de todo tipo, desde un raspón sin mayores cuidados hasta graves amputaciones que pueden poner la vida en serio peligro.

Cuando estemos ante alguna de las siguientes señales es que existe herida: dolor – hemorragia – destrucción – daño de tejidos blandos.

Tipos de heridas

A continuación describimos los tipos de heridas que pueden afectar nuestro cuerpo:

Abiertas

- Separación de los tejidos blandos
- Mayor posibilidad de infección

Cerradas

- No se observa separación de los tejidos blandos
- Generan hematoma (hemorragia debajo de la piel) o hemorragias en

viseras o cavidades.

- Producidas por golpes generalmente
- Requieren atención rápida porque pueden comprometer la función de un órgano o la circulación sanguínea.

Simples

- Afectan únicamente la piel, no alcanzan a comprometer órganos
- Raspones, arañazos, cortes, etc.

Complicadas

- Extensas y profundas con abundante hemorragia.
- Lesiones en músculos, nervios, tendones, órganos internos, vasos sanguíneos y puede o no existir perforación visceral.

Clasificación de los diferentes tipos de heridas

A continuación puedes aprender la clasificación de los diferentes tipos de heridas. Existen diversas clasificaciones de acuerdo a sus características, en primer lugar te presentamos la clasificación de acuerdo a la causa que las produjo:

Punzantes

Causadas por objetos puntiagudos (clavos, agujas, anzuelos, etc.).

Dolor, hemorragia escasa, orificio de entrada no muy notorio, profundidad, puede presentar perforación de de vísceras y hemorragia interna, peligro inminente de infección. Se considera la más peligrosa de todas.

Cortantes

Por objetos afilados (vidrios, cuchillos, latas, etc.). Presenta una herida con bordes limpios y lineales, de hemorragia escasa, moderada o abundante. Puede afectar músculos, tendones y nervios.

Punzocortantes

Por objetos puntiagudos y filosos (puñales, tijeras, cuchillos, hueso fracturado, etc.). Combina los dos *tipos de heridas* anteriores.

Abrasiones

Raspones, causadas por fricción o rozamiento de la piel con superficies duras. La capa más superficial de la piel (epidermis) es la que se ve afectada. Frecuentemente se infectan, pero se curan rápidamente.

Laceraciones

Lesiones producidas por objetos de bordes dentados, generan desgarros del tejido y los bordes de las heridas se presentan irregulares.

Avulsivas

Lesión con desgarrar, separa y destruye el tejido, suele presentar una hemorragia abundante.

Amputación

Pérdida de un fragmento o una extremidad.

Contusas

Son producidas por la resistencia que ejerce el hueso ante un golpe (de puño, piedras, palos, etc.), produciéndose la lesión de los tejidos blandos. Hematoma y dolor son las causas más comunes de estos tipos de heridas.

Magulladuras

Heridas cerradas generadas por golpes. Se divisan como una mancha de color morado.

Aplastamiento

Pueden generar fracturas, hemorragias externas e internas abundantes, y lesión de órganos. (26)

2.2.1.4 Definición de Tatuaje:

Según la Real Academia de La Lengua, tatuaje significa: “[Dibujo](#) indeleble en la epidermis”. Los tatuajes son dibujos, de cualquier índole, los cuales son realizados en diversas zonas del cuerpo humano. Y decimos cualquier tipo de dibujo, ya que no existe una regla sobre que tatuaje realizarse. Los tatuajes son absolutamente subjetivos. Dependerán del gusto de la persona. No sólo su forma, sino que también su tamaño, colores a utilizar y la zona a tatuar. La mayoría de los tatuajes, son de color oscuro, ya que resaltan de mejor manera, en aquellas pieles un tanto oscuras y por sobretodo, en las más pálidas.

Los tatuajes, son realizados, mediante la rotura de la epidermis, con un objeto punzante, o sea, una aguja, la cual en su punta lleva [tinta](#) insoluble. Al ir rompiendo la piel, específicamente la epidermis, que es la primera capa de piel del cuerpo humano, estos tatuajes quedarán de manera indisoluble, en el cuerpo del tatuado. Es por lo mismo, que hay que comprender que los tatuajes son dibujos permanentes. No existen métodos mágicos para eliminarlos.

En la actualidad existen ciertas cirugías plásticas, que intentan eliminar el tatuaje por medio de láser. Pero al hacerlo, queda una cicatriz vistosa, en el lugar que ocupaba el tatuaje. O sea, una marca por otra. Es por lo mismo, que al hacerse tatuajes, hay que [pensar](#) muy bien, si uno desea realmente hacérselo o no. Ya que una vez terminado el proceso, no se puede echar marcha atrás.

Otro aspecto importante, es la [elección](#) del lugar donde se realizan tatuajes. Uno no puede ir a cualquier parte. Lo recomendable en cuanto a los tatuajes, es ir a un local el cual tenga permiso sanitario para efectuarlos. Permisos que entregan las municipalidades, ayuntamientos y organismos de salud pública de cada país.

Ya que hay que pensar, que los tatuajes, al ser realizados con agujas, pueden llegar a transmitir hepatitis A o B, al igual que el virus del Sida. Lo cual ocurre en contadas ocasiones, cuando la persona que realiza los tatuajes, no tiene los implementos de esterilización o el manejo prolijo de los instrumentos a utilizar.

Aparte que se pueden llegar a [producir](#) infecciones cutáneas bastante severas, si no se tiene el cuidado necesario y mínimo al momento de realizar los tatuajes. Lo que sí no se puede dejar de pedir al tatuador, es el hecho que utilice guantes de látex, cada vez que realice los tatuajes. Guantes que deben ser utilizados solamente una vez, por cada tatuaje realizado. Asimismo, si uno observa en el, algún corte o herida, pedirle que se la cubra. En aquel caso, lo más prudente, es no realizarse ningún tatuaje y esperar que el tatuador sane o buscarse otro local habilitado para realizar tatuajes.

Es por lo mismo, que hoy en día, están tan de moda los tatuajes de henna. Los cuales evitan todos los problemas producidos por los tatuajes convencionales. Los tatuajes de henna se realizan por medio de colorantes naturales, que se colocan en la piel, demarcando el dibujo escogido, sin necesidad de romper la capa de la epidermis. Por lo mismo, no se corre ningún riesgo de contraer alguna infección. Del mismo modo, los tatuajes hechos con henna, duran pocas semanas. Por lo que se pueden ir cambiando de manera constante. De esta manera, si uno se aburre de los tatuajes, se los puede cambiar o simplemente dejar de hacérselos.

Con respecto a la historia de los tatuajes, estos se han ido realizando desde tiempos muy antiguos. Muchas tribus que habitaron las polinesias o islas de Japón, [China](#) o el continente sudamericano y africano, utilizaban tatuajes en la cara o el cuerpo. En una manera de embellecer sus cuerpos y demostrar hombría y madurez en el caso de los hombres. Incluso hay vestigios de momias más antiguas que las de Egipto, en las cuales se han hallado formas similares a los tatuajes.

Más aún, ciertos pueblos de Medio Oriente, utilizaban tatuajes en la antigüedad, para demostrar el dolor de la pérdida de un ser querido. Ya que se realizaban tatuajes, cada vez que se moría algún familiar cercano.

Ya para el siglo XVIII, los tatuajes se hicieron famosos en occidente. Esto por medio de los viajes de los marinos europeos, por la polinesia e islas de

Sudamérica. Ya que estos al ver los tatuajes, también se decidieron a practicar alguno de ellos, en su piel. Posteriormente, incluso varias casas reales de Europa, han tenido reyes, príncipes o duques que se han realizado tatuajes. (27)

2.2.1.5 El Tatuaje en relación con la criminalidad y el ambiente carcelario

En Japón, a partir del siglo VII, se empezó a utilizar el tatuaje como forma de identificar a criminales; se les tatuaba con una variedad de símbolos que designaban los crímenes cometidos, los individuos que portaban esas marcas eran rechazados por sus familias y se les impedía participar de la vida en comunidad (Reisfeld, 2004).

Esta situación, debido a la idiosincrasia japonesa era de los peores castigos posibles para un japonés. Se solían aplicar marcas en los brazos o frente identificando de qué prisión venía la persona (*Historia del Tatuaje...*). Hacia el siglo XVII, desaparece en Japón el tatuaje como forma de castigo y surge el tatuaje decorativo, los criminales cubrían sus marcas con diseños ornamentales, lo cual, se cree que dio lugar a la asociación del tatuaje con el crimen organizado (Reisfeld, 2004). (28)

En Asia, la inclinación de los criminales por el tatuaje nació de la costumbre practicada en algunas partes del este de dicho continente, de tatuar a los criminales para excluirlos de la sociedad. Luego los criminales empezaron a tatuarse para marcar su asociación y atemorizar a las personas. En Taiwán, 75 quienes llevaban dragones y tigres, -figuras de gran poder en la mitología China-, eran considerados como miembros del mundo del hampa (Gao, 2004). En 1876, César Lombroso, en Italia, realizó el primer registro estadístico de tatuajes en convictos. Para él, estudiar los tatuajes en el convicto permitía un primer reconocimiento del tipo de personalidad, por ello, recomendó tales registros en las prisiones (Reisfeld, 2004). Todo lo anterior, resulta importante porque ayuda a conocer las raíces de la costumbre de asociar el tatuaje con el mundo criminal,

que -aunque con menos fuerza-sigue prevaleciendo en la actualidad. Por ejemplo, un artículo publicado en el periódico La Nación señala que en Guatemala, se pretende prohibir, entre varias cosas, el uso de tatuajes visibles como una medida contra las pandillas llamadas maras. (*Guatemala prepara ley...* 2005, 7 de febrero). Otro artículo anteriormente publicado en este mismo periódico, llamado *Hondureños con tatuajes son encarcelados* (2003, 20 de setiembre), dice “*Medida es igual a ‘mareros’ y a los que no son pandilleros*” (Párr. 1). En esta publicación se hace referencia a varios casos de jóvenes, que han sido arrestados por poseer tatuajes, ya que al estar marcados se les ve como sospechosos de pertenecer a pandillas o maras.

Marchiori (1978), en su libro *Personalidad del Delincuente*, tiene un capítulo llamado *Personalidad Psicopática y Criminalidad*, en el cual hace una descripción del tatuaje en relación con la psicopatía, menciona como una, de varias características sicopatológicas del psicópata, el marcar su cuerpo a través de tatuajes. Señala que la mayoría de individuos tatuados se realizan su tatuaje en establecimientos carcelarios, ya que el tatuaje está en estrecha relación con una situación de aislamiento social. También menciona que, el hecho de que estos individuos se sometan a la práctica del tatuaje, podría relacionarse con una tendencia de autocastigo y con componentes masoquistas de la personalidad. Señala que algunos de los significados psicológicos con relación al tatuaje, son; el tatuaje como autoafirmación, como expresión del temor a la pérdida y al robo de personas queridas, como expresión de su sentimiento de pertenencia al grupo, como expresión de la búsqueda de su propia identidad, como forma de comunicación de sus conflictos a través de un lenguaje simbólico, como expresión de autocastigo, como expresión de la búsqueda de una relación permanente con los objetos que no posee (madre, afecto de familiares). Según esta autora, la temática del tatuaje consiste generalmente en tatuajes que representan a la madre, hijos o familiares, entre varias cosas más.

Según Donángelo (*El lenguaje de los presos...*), en las cárceles la práctica del tatuaje pone al descubierto un submundo de significados ocultos. Los presos fueron uno de los primeros grupos que usaron los tatuajes para diferenciarse del resto de la sociedad, ya sea como señal de rebeldía o como símbolos de pactos entre logias carcelarias. A través de los dibujos profieren mensajes amenazantes contra el orden establecido. En muchos casos, los tatuajes carcelarios demuestran y afianzan metafóricamente los lazos familiares. En otros, expresan agresividad o confieren mayor jerarquía a quien los porta, dentro del círculo de los presidiarios.

Comenta Donángelo, que los tatuajes se hacen manualmente, sin colores ni elementos artísticos, la máquina que utilizan es casera. Los secretos de la técnica se transmiten de un convicto a otro, otorgándole a la práctica, un halo de misterio, cual si fuera un rito iniciático, propio del submundo de las cárceles. Pero en otras ocasiones, el traspaso obedece a fines pragmáticos, por ejemplo, como contraprestación por otros favores. (29)

2.2.2 Concepto del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un [lentivirus](#) (de la familia [Retroviridae](#)), causante del [síndrome de inmunodeficiencia adquirida \(sida\)](#). Fue descubierto y considerado como el agente de la naciente epidemia de [sida](#) por el equipo de [Luc Montagnier](#) en [Francia](#) en [1983](#). El [virión](#) es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de [ARN](#) monocatenario que debe copiarse provisionalmente al [ADN](#) para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la [célula](#) que infecta. Los antígenos [proteicos](#) de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los [linfocitos T CD4](#).

2.2.2.1 Clasificación del VIH

El virus de inmunodeficiencia humana forma parte del [género *Lentivirus*](#). Estos constituyen un grupo dentro de la familia [Retroviridae](#). Los virus de este grupo poseen propiedades [morfológicas](#) y [biológicas](#) comunes. Varias especies son atacadas por los lentivirus, cuya característica principal consiste en un período de incubación prolongado que desemboca en enfermedad después de varios años. Desde su ingreso a la célula hospedadora, la cadena simple de ácido ribonucleico ([ARN](#)) viral comienza su transformación en una doble cadena de ácido desoxirribonucleico ([ADN](#)) por acción de la [enzima transcriptasa inversa](#) que forma parte del virus. La [integrasa](#) y otros cofactores actúan para que el ADN del virus se fusione con el ADN de la célula hospedadora a través de la [transcripción](#) en el genoma de la célula que aloja al virus. De esta manera, la célula queda infectada por el virus. Después de este proceso, los lentivirus reaccionan de dos maneras posibles: puede ocurrir que el virus entre en [latencia](#) mientras la célula infectada continúa en funciones, o bien, que el virus comience a replicarse activamente y libere viriones capaces de infectar otras células.

Existen dos tipos del VIH, llamados VIH-1 y VIH-2. El primero de ellos corresponde al virus descubierto originalmente, que recibió los nombres de LAV y HTLV-III por parte de los dos equipos que estaban investigando el agente etiológico del sida durante la primera mitad de la [década de 1980](#). El VIH-1 es más virulento e infeccioso que el VIH-2 y es el causante de la mayoría de infecciones por VIH en el mundo. El VIH-2 es menos contagioso y por ello se encuentra confinado casi exclusivamente a los países de [África occidental](#).

Gemación: El último paso, ocurre cuando los nucleoides víricos se aproximan a la membrana plasmática y se hacen envolver en una verruga que termina por desprenderse, formando un nuevo virión o partícula infectante. En cada célula infectada se ensamblan varios miles de nuevos viriones, aunque muchos son incompletos y no pueden infectar.

El VIH sólo se puede transmitir a través del contacto entre fluidos corporales que poseen una alta concentración viral. El virus no se transmite de manera casual. De acuerdo con los CDC (Centros para el control y la prevención de enfermedades)

de Estados Unidos, no se han encontrado casos en que abrazos, besos secos o saludos con las manos hayan sido causantes de infección. El virus ha sido aislado en la [saliva](#), las [lágrimas](#), la [orina](#), el [semen](#), el [líquido preseminal](#), los fluidos vaginales, el [líquido amniótico](#), la [leche materna](#), el [líquido cefalorraquídeo](#) y la [sangre](#), entre otros fluidos corporales humanos.

Las tres principales formas de transmisión son:

- **Sexual** (contacto sexual sin protección). ([infección de transmisión sexual](#)). La transmisión se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.
- **Sanguínea** (por sangre). Es una forma de transmisión a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o a través de los servicios sanitarios, como ha ocurrido a veces en países pobres, no usan las mejores medidas de higiene; también en personas, como hemofílicos, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de *piercings*, tatuajes y escarificaciones.
- **Perinatal** (de madre a hijo). La transmisión puede ocurrir durante las últimas semanas del embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada un Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones, el parto se realiza por cesárea generalmente, se suprime la producción de leche, y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido.

Historia natural de la infección por VIH

La infección por VIH se presenta en diversas etapas, identificadas por un conjunto de síntomas e indicadores clínicos. En ausencia de un tratamiento adecuado, el virus se replica constantemente e infecta los [linfocitos T-CD4](#), que constituyen una parte esencial del [sistema inmunológico](#) en los seres humanos. Por su parte, el sistema inmunológico del portador del VIH reacciona ante la presencia del virus y genera una respuesta que puede mantener la infección bajo control al menos por un tiempo, mediante la reposición de células defensivas. Al término de un período que se puede prolongar por varios años, el VIH se vuelve resistente a las defensas naturales del cuerpo y destruye el sistema inmune del portador. De esta manera, la persona [seropositivo](#) queda expuesta a diversas [enfermedades oportunistas](#) y puede fallecer.

El estadio de la enfermedad y su prognosis o el efecto de una terapia antiviral con antiretrovirales se miden bien con una combinación de dos parámetros:

- Población de **linfocitos T CD4/ml**. Se determina mediante [citometría de flujo](#).
- Cuantificación de la **carga viral** (copias/ml), mediante [PCR cuantitativa](#) .

Fase aguda

La fase de la infección aguda por VIH inicia en el momento del contagio. El virus se propaga por el cuerpo de la persona contagiada a través de sus fluidos corporales. En un plazo de días, el VIH infecta no sólo las células expuestas inicialmente (por ejemplo, las células de la mucosa vaginal o rectal en el caso de una infección por vía sexual) sino también los [ganglios linfáticos](#). Durante ese tiempo, el VIH se multiplica dentro del organismo hasta alcanzar niveles propios de la infección crónica. El [tejido linfoide](#) asociado a los [intestinos](#) constituye uno de los principales espacios

del cuerpo humano donde tiene lugar la reproducción inicial del VIH por su alto porcentaje de linfocitos T CD4.

Un porcentaje importante de personas que contraen el virus no presenta síntomas de la [infección](#) en su fase aguda. Es decir, son [pacientes asintomáticos](#). Sin embargo, se calcula que entre el 40/50%-90% o hasta el 80%²³ de los casos de contagio con VIH-1 presentan manifestaciones clínicas. El cuadro de la infección aguda es similar al de una [mononucleosisinfecciosa](#): [fiebre](#), malestares musculares, inflamación de los ganglios, sudoración nocturna, [diarrea](#), [náuseas](#) y [vómito](#). La gran mayoría de los seropositivos no reciben diagnóstico del cuadro agudo de la infección por VIH, pues son síntomas compartidos por varias enfermedades. Por lo tanto, presentar un conjunto de síntomas como el descrito aquí no es indicador necesario de que una persona se haya infectado por VIH, aunque es recomendable que quien considere que ha estado expuesto al contagio y presente los síntomas, acuda a un especialista para recibir atención médica. El cuadro de la infección aguda por VIH aparece entre dos y seis semanas después de la exposición al virus, y desaparece unos pocos días después.

El VIH ataca principalmente los [linfocitos T CD4+](#), que forman parte del sistema inmune de los seres humanos. Aunque estas células por sí mismas no tienen una función de ataque contra células extrañas al cuerpo, tienen un papel importante en la respuesta inmunológica adaptativa. En una persona con buena salud, el número de linfocitos T CD4+ oscila entre 1200 y 500/ μ l. Durante la fase asintomática de la infección, la proporción de linfocitos infectados 1/1000-1/100 000, que aumentará progresivamente hasta llegar a 1/100 en la infección crónica. Durante la fase aguda de la infección, las [pruebas tradicionales](#) siempre darán negativo porque no detectan directamente el VIH, sino los [anticuerpos](#) producidos como respuesta por el sistema inmune, lo que ocurre alrededor de la 12^a semana después de la exposición. En contraste, las pruebas de [carga viral](#), que contabilizan el número de copias del ARN del virus en la sangre, arrojarán

como resultado una elevada cantidad de copias del VIH durante la fase aguda de la infección.

Fase crónica

La fase crónica de la infección por VIH se suele llamar también *latencia clínica* porque el portador es asintomático, es decir, no presenta síntomas que puedan asociarse con la infección. Esto no quiere decir que el virus se encuentre inactivo. Por el contrario, durante la fase crónica el VIH se multiplica incesantemente. Se calcula que, en un sujeto infectado, diariamente se producen entre mil y diez mil millones de nuevas partículas virales y son destruidos alrededor de cien millones de linfocitos T CD4. Los pacientes son asintomáticos gracias a que el sistema inmune tiene una gran capacidad para regenerar las células destruidas por el virus, pero pueden presentar [adenopatías](#) y [la disminución del conteo de plaquetas](#) en la sangre.

La reacción ante la presencia del virus termina por desgastar al sistema inmunológico. En ausencia de tratamiento, la mayoría de los portadores del virus desarrollan el síndrome de inmunodeficiencia adquirida ([sida](#)) en un plazo de 5 a 10 años. La causa de esto es que, mientras el virus sigue reproduciéndose de manera constante y aumenta la [carga viral](#) en su anfitrión, disminuye también la capacidad de recuperación del sistema inmune. Al término fase crónica, los pacientes desarrollan otras manifestaciones de la infección como [dermatitis seborrémica](#), [úlceras](#) bucales y [foliculitis](#).

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

El [sida](#) constituye la etapa crítica de la infección por VIH. En esta fase de la infección, el portador del VIH posee un sistema inmunológico que probablemente sea incapaz de reponer los linfocitos T CD4+ que pierde bajo el ataque del VIH y también ha visto reducida su capacidad [citotóxica](#) hacia el virus. Este fenómeno coincide con el aumento en las tasas de [replicación](#) del virus, que merma la capacidad de reacción

del anfitrión ante otros agentes causantes de enfermedades. De esta manera, el portador del virus es presa potencial de numerosas [infecciones oportunistas](#) que le pueden conducir a la muerte. La [neumonía](#) por [P. jiroveci](#), el [sarcoma de Kaposi](#), la [tuberculosis](#), la [candidiasis](#) y la infección por [citomegalovirus](#) son algunas de las infecciones más frecuentes que atacan a los seropositivos que han desarrollado sida.

La mayoría de los pacientes que han desarrollado sida no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral. Sin embargo, incluso en esta fase crítica el sida y el VIH pueden ser controlados mediante la [terapia antirretroviral de gran actividad](#). Los [antirretrovirales](#) pueden brindar una mejor calidad de vida a un portador del VIH y aumentan sus posibilidades de supervivencia. Dado que el VIH tiene una gran capacidad de mutación, con el tiempo los antirretrovirales pierden su efectividad porque el virus desarrolla resistencia a ellos. Una vez que esto ocurre, el paciente queda expuesto nuevamente a las infecciones oportunistas y, eventualmente, a la muerte, en tanto que no se dispone de un medicamento que cure la infección por VIH.

Detección del VIH. Debido a que no existe ninguna manifestación clínica característica de la infección de VIH, la prueba para detectar esta enfermedad ha de llevarse a cabo mediante pruebas de diagnóstico molecular en un laboratorio. La prueba más habitual para detectar la presencia de VIH es la prueba de inmunodetección denominada [ELISA](#). Con esta técnica se pretende detectar los anticuerpos específicos que el organismo produce como respuesta a la presencia del virus. Cabe destacar que, en países donde la prevalencia de la enfermedad es baja, ante un resultado positivo mediante un ELISA, no se debe informar al paciente de la presencia de VIH sin haber confirmado antes la prueba mediante un [western blot](#). Sin embargo, en países o determinados grupos sociales donde el VIH presenta una alta prevalencia, no será necesaria la confirmación con western blot. Por lo tanto, en la mayoría de los casos la

seropositividad frente al VIH se detecta a partir de una extracción sanguínea del sujeto con la que se realizará la determinación de anticuerpos anti-VIH por alguna técnica de cribado como la ya nombrada [ELISA](#) u otras parecidas. La prueba diagnóstica dirigida al VIH tiene una [especificidad](#) del 99% y una [sensibilidad](#) del 99%. Otra prueba para detectar la presencia del VIH es la [PCR](#) *nested* o anidada (amplificación de un amplicón contenido dentro de otro producto de una amplificación previa), que posee muy alta especificidad y sensibilidad pero no cuantifica. Para detectar el virus insertado en el genoma, el ADN proviral, se utiliza una PCR anidada. Para detectar el ARN viral, se usa [RT-PCR](#) anidada. (30)

2.2.2.2 Repercusiones psicosociales del VIH/Sida:

El VIH/SIDA es una enfermedad con un claro e importante componente vivencial y social, una enfermedad social que por el hecho de padecerla el sujeto va a ser discriminado, no relacionándose con él, con la disculpa de que puede ser "contagiado", cuando con frecuencia es debido a un juicio moral sobre las personas afectadas, convirtiéndolas en culpables y excluyéndolas de la "vida normal". De esta manera el afectado tiene que soportar el enfrentamiento con una enfermedad grave y además con connotaciones sociales que le hacen sentirse culpable.

Esta vivencia de rechazo social, lo vive el enfermo así como todos los sujetos que rodean al sujeto, hijo/a, compañero/a, amigos, padres... es por ello por lo que tiene miedo a que se enteren los vecinos, el rechazo de los allegados que están al tanto, el propio miedo a la infección que la desinformación muchas veces provoca. Por ello la gran mayoría no quieren que se conozca la enfermedad que padecen e intentan que permanezca oculta. Todo ello hace que se haga durísimo el enfrentar la enfermedad, tanto si se está afectado directamente como si se pertenece al entorno cercano del enfermo. Las imágenes que la sociedad nos ha venido

presentando del VIH/SIDA nos pone enfrente de tres realidades-tabúes, que cotidianamente tratamos de obviar: las adicciones, la sexualidad y la muerte. Es decir, nuestras adicciones, nuestra sexualidad y nuestra propia muerte, poniendo de manifiesto, en éste último caso, la incapacidad de la ciencia para luchar contra el dolor y la enfermedad.

Nos enfrenta con nuestras adicciones, y más específicamente con las drogas marginales intravenosas, que suponen un escape ficticio del que la consume a la propia realidad, con dejación de decisiones y tomas de postura ante realidades evidentes. Por ello es necesario favorecer y desarrollar una cultura de la responsabilidad, individual y colectiva. Nos enfrenta con nuestras prácticas sexuales. A raíz del VIH/SIDA , se ha desarrollado una excesiva trivialización e instrumentalización de la sexualidad hedonista basado en el sexo-consumo, visión que da una pobre visión del dinamismo y riqueza propia de la sexualidad humana, acusando a los sujetos de haber tenido una serie de relaciones sexuales "libertinas" con diferentes parejas, de contacto homo-heterosexuales fuera de la pareja estable. En este sentido es necesario contextualizar la sexualidad en la dinámica de los afectos, el cuidado mutuo de las enfermedades de transmisión sexual y las relaciones que aporten un crecimiento integral en las personas. Nos enfrenta con nuestra propia muerte, ya que al VIH/SIDA, se ha identificado con la muerte. Pues si el fallecimiento de sujetos ancianos nos es doloroso, la desaparición de sujetos jóvenes, nos rompe el sueño de omnipotencia y desarrollo pleno, para enfrentarnos con la debilidad, la contingencia, y gran parte de las miserias humanas. Cuando convivimos con sujetos que tienen una enfermedad grave, necesariamente tenemos que afrontar, en algún modo cada uno de nosotros, nuestra propia posibilidad de enfermar gravemente, y con ello nos cuestionamos para qué vivimos y nos hace plantearnos y preguntarnos por qué estamos dispuestos a vivir y a qué estamos dispuestos a renunciar.

Como el VIH/SIDA, es una enfermedad social, en que la sociedad enjuicia de manera negativa, y cataloga a los portadores-enfermos como apestandos a excluir,

rechazar y apartar es en este mismo aspecto, en el aspecto psico-social, donde debemos de combatir dicho estereotipo, o estigma social, dando imágenes que rompan dicho estereotipo y, lo que puede ser más importante impidiendo que la pandemia se siga extendiendo por causa de la mala información que produce el estereotipo.

2.2.2.3 El VIH/Síndrome de Inmunodeficiencia Humana en las prisiones

El trabajo de UNODC en el área de VIH y SIDA se enfoca principalmente en garantizar el acceso universal a las medidas de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo para personas que consumen drogas o que viven y/o trabajan en prisiones y/u otros establecimientos cerrados. En muchos países de Latinoamérica y el Caribe, así como también globalmente, la prevalencia del VIH/SIDA en las prisiones excede la prevalencia en las comunidades y, en este contexto, UNODC tiene como objetivo asistir a los países para asegurar que los tratamientos para HIV disponibles en las prisiones no estén por debajo de los estándares de aquellos ofrecidos en las comunidades.

UNODC también promueva la integración de servicios efectivos de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo para víctimas de la trata de personas. En colaboración con ONUSIDA y otros co-auspiciadores, UNODC ha elaborado varias investigaciones diagnósticas sobre la situación del VIH/SIDA en los sistemas penitenciarios de 14 países de Latinoamérica y el Caribe (República Dominicana, Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Chile, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Panamá, Perú, Nicaragua y Uruguay). Adicionalmente, se llevó a cabo un estudio comparativo sobre la situación del VIH en diferentes centros penales. Durante la segunda fase, UNODC promovió la realización de Consultas Nacionales en Bolivia, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, Guatemala y Perú; durante las mismas, funcionarios de Gobierno, ONGs y organismos internacionales debatieron las recomendaciones realizadas como resultado de los diagnósticos de sus respectivos países para facilitar la

elaboración de políticas penitenciarias que incluyeran el Derecho a la Salud, específicamente en términos de VIH.

Un estudio comparativo regional sobre la situación del VIH en las prisiones de los países seleccionados y un diagnóstico sobre la situación del VIH en dos países del Caribe se estarán publicando en el futuro cercano.

Además de los diagnósticos de la situación del VIH en las prisiones y varias consultas nacionales, se llevaron a cabo otras actividades enfocadas en la elaboración de programas para 15 países de Latinoamérica. Dichos programas incluyen un estudio sobre Diversidad Sexual, Derechos Humanos y VIH en el sistema penitenciario de Costa Rica; investigaciones sobre la prevalencia del VIH/SIDA; manuales sobre comportamientos, actitudes y prácticas y la gestión de la salud en las prisiones para los detenidos y el personal de las prisiones de Honduras y Panamá; y el desarrollo y la implementación de políticas penitenciarias nacionales sobre salud penitenciaria en Ecuador.

Con vistas a promover el proceso de institucionalización del VIH en las prisiones de los países latinoamericanos, se llevó a cabo una Consulta Regional sobre VIH en prisiones en 2008 en Brasil. Los resultados de la consulta incluyen recomendaciones importantes para los Estados; la creación de redes sub-regionales en Centroamérica y el Pacto Andino; el establecimiento del Comité sobre VIH y Prisiones de las Naciones Unidas (UNICEF, ONUSIDA, WHO, PNUD y el Banco Mundial); y la promoción de comités de la sociedad civil sobre VIH en las prisiones de los países y tablas horizontales para abordar el problema.

La colaboración entre UNODC y ONUSIDA en la región ha permitido el establecimiento del [Observatorio de VIH y Cárceles para Latinoamérica y el Caribe](#) que ahora incorpora información sobre el VIH y personas usuarias de drogas y víctimas de Trata de Personas conforme el mandato de UNODC. El Observatorio funciona como el punto focal para la investigación y el análisis sobre VIH y prisiones en la región. El Observatorio se ha enfocado específicamente en compilar y difundir información existente sobre la materia, así como promover y

canalizar las investigaciones en curso hacia la obtención de respuestas efectivas y eficaces para el problema del VIH/SIDA en las prisiones.

UNODC también ha colaborado para brindar asistencia vital en la elaboración de estrategias sub-regionales para Centroamérica y el Caribe, las cuales han sido acordadas por los Ministerios de Justicia y de Salud y la sociedad civil.

UNODC asiste a los Estados Miembros en la revisión de sus políticas, estrategias y legislaciones nacionales, así como también en el apoyo de su adaptación, a través de servicios integrales sobre VIH y el fortalecimiento de los componentes de monitoreo y la evaluación. Todas las actividades apoyadas por UNODC apuntan a establecer y fortalecer las capacidades nacionales. Se espera que, hacia el final del ciclo del programa, los servicios de VIH para las personas en prisiones y/o que consumen drogas se conviertan en componentes integrales de las agendas de salud nacionales, incluyendo la salud en las prisiones y los servicios sociales.

La asistencia técnica brindada se basa en declaraciones, resoluciones y decisiones relevantes, adoptadas por los organismos que gobiernan al Sistema de las Naciones Unidas como la Asamblea General, el Consejo Económico y Social, la Comisión de Narcóticos, la Comisión de Prevención del Delito y Justicia Penal y el Directorio Coordinador de los

Programas de ONUSIDA. (31)

2.2.2.4 Incidencia y prevalencia del VIH en las prisiones:

Los casos de infección por el VIH han descendido en los últimos años en las prisiones desde el 22,7% en el año 1996 hasta el 16,6% en el año 2000. En el año 2000, se diagnosticaron 178 casos de sida y en el año 1999 192. En el año 2000, fallecieron por sida 23 internos. En libertad condicional, fallecieron 65, a las que se les había aplicado el artículo 196.2 del Reglamento Penitenciario (este artículo se

refiere a los internos excarcelados por enfermedad grave e incurable), por padecer una infección por el VIH en fase avanzada. La tuberculosis es la enfermedad que más veces ha llevado al diagnóstico de sida. (32)

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Lesiones: Según la Organización Mundial de la Salud, una lesión es "toda alteración del equilibrio biopsicosocial". En clínica, una lesión es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno. Las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad.

Daño corporal: El concepto de daño corporal resulta de la confluencia de dos perspectivas, la médica y la jurídica. Con el nombre de daño corporal se conoce "cualquier alteración somática o psíquica que, de una forma u otra, perturbe, amenace o inquiete la salud de quien la sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya en lo orgánico, ya en lo funcional". Es suficiente cualquier merma de la integridad de la biología individual, con independencia de sus repercusiones prácticas en uno o más campos de la actividad humana (M. Rodríguez, 1991).

Daño: Cuando la consecuencia de la lesión por causa externa fue causante de un daño, el médico valorador debe, una vez establecido el nexo de causalidad, relacionar de una manera fundamentada cada uno de los daños

sufridos, para que el juez pueda tasar la indemnización por los perjuicios sufridos por la víctima.

El daño debe ser un resultado Directo de la lesión, porque si se alega un daño que no tiene relación de causalidad con la lesión, no puede imputarse al agresor.

El daño además debe ser Cierto, tanto en los efectos patrimoniales como en los daños morales extrapatrimoniales. Ese daño también debe ser Actual, es decir que exista al momento de la evaluación, pero puede suceder que el médico requiera un examen posterior para establecer otras lesiones probables, lo que significa expresar el pronóstico de las alteraciones en la salud; es por ejemplo previsible que luego de una laceración encefálica por una herida con un proyectil de arma de fuego, sobrevengán crisis convulsivas. De otra parte daños imprevisibles, hipotéticos, no podrán ser objeto de valoración.

Contusiones: Consiste en el daño producido por la presión ejercida sobre los tejidos por un agente vulnerante contuso que por su simple acción mecánica (cuerpo duro, romo) determina la atrición de la piel de las características del objeto y la cuantía de la fuerza de los diferentes grados de contusión. Las contusiones se dividen en superficiales y profundas, dentro de las primeras están la hiperemia contusa, las excoriaciones, las equimosis superficiales y los hematomas superficiales, catalogadas las mismas de primer grado. Por su parte las profundas son viscerales, nerviosas, musculares, ligamentosas, óseas y linfáticas.

Excoriaciones: Es una lesión superficial de la piel, pérdida de la epidermis con denudación del corión. Ejemplo un rasponazo. En este caso la hemorragia sanguínea es mínima, hay secreción serosa que forma costra. Cuando se asienta en mucosa, algunos autores la denominan erosión de gran importancia, en relación con algunos hechos como en los casos de delitos sexuales. Excoriaciones lineales, finas, múltiples, paralelas y

equidistantes, se debe pensar en garras de animales, así como en agresiones con bastones.

Equimosis: Conocidas también como infiltrado superficial son las contusiones de primer grado más importantes, se describen como lesiones superficiales, sin afectación de la piel, solo al tejido celular subcutáneo, se producen a consecuencia de ruptura de pequeños vasos superficiales; la sangre se infiltra en las mallas del tejido celular subcutáneo. Cuando son muy extensas se le denomina sugilaciones, al igual que las producidas por succión con la boca (chupón), de gran interés médico legal asociado a los delitos sexuales. Una de las características de las equimosis es su forma muy variable, dependiendo del instrumento y del modo en que éste fue manejado, entre las más frecuentes se encuentran las redondeadas, alargadas, cuadrangulares y digitadas, asociadas con agresiones realizadas con bastones, látigos, martillos y las producidas por los dedos. Su coloración varía de acuerdo con el tiempo o la data de producción, así podrán ser: el primer día de color rojo lívido; el tercer día rojo violáceo, el sexto día azulado, el día doce verdoso, el dieciocho amarillo, el veinte debe desaparecer. Se identifican además por ser más oscuras en el centro y tener un color más morado cuando más pigmentada es la piel donde asienta, al evolucionar los días tienden a ensancharse y a aplanarse.

Heridas: Pérdida de sustancia provocada por un traumatismo, quirúrgico o no, en una piel previamente sana.

Quemaduras: Se define por quemaduras a un conjunto de lesiones determinadas por la acción de agentes físicos, químicos o biológicos que al actuar sobre los tejidos dan lugar a procesos locales y generales cuya gravedad guarda relación con su extensión y profundidad. Son traumatismos debido a la acción sobre el cuerpo de la llama, del calor radiante, de los líquidos o vapores a elevadas temperaturas y de los sólidos al rojo vivo o en fusión y de la acción de sustancias cáusticas o corrosivas (ácido y álcalis).

Tatuaje: Un tatuaje es una modificación del color de la piel, creando un dibujo, figura o texto realizados con tinta o algún otro pigmento bajo la epidermis. Los tatuajes se realizan mediante la rotura de la epidermis a una profundidad de 1-2 mm mediante un objeto punzante. Éste lleva en su punta tinta insoluble que, al ir rompiendo la piel, dejará de forma permanente el dibujo en el cuerpo.

Sida: Siglas de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es el resultado a largo plazo de la infección por el llamado Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Este virus ataca preferentemente al sistema inmunitario o de defensas del organismo, provocando un deterioro del mismo que le hace más vulnerable a padecer infecciones o tumores. Algunas semanas después de que el virus haya entrado en el organismo, éste comienza a desarrollar anticuerpos contra el VIH. Estos son detectables a través de un análisis de sangre (prueba de detección del VIH). Una persona infectada puede permanecer durante muchos años sin síntomas. En esta fase se dice que el individuo es "seropositivo" o "portador". Durante este tiempo el VIH no permanece inactivo, sino que continúa multiplicándose activamente dentro de las células e infectando otras nuevas. Poco a poco las defensas del organismo se van debilitando. Aparecen entonces los signos y síntomas que definen el SIDA. Tanto las personas portadoras, aunque no tengan síntomas ni signos de la enfermedad, como los enfermos de SIDA, pueden transmitir la infección a otras personas si no adoptan las medidas de prevención adecuadas. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es letal en una elevada proporción. En la actualidad se están investigando diversos tratamientos específicos y vacunas, algunos de los cuales dificultan la replicación del virus, y favorecen el mantenimiento de la inmunidad frente a infecciones por gérmenes oportunistas.

Instituciones Penitenciarias o sistema penitenciario es el término con el que se designan a las [instituciones](#) o al [sistema](#) establecido para el cumplimiento de las [penas](#) previstas en las [sentencias](#) judiciales;

especialmente las penas de [reclusión](#), cuyo propósito, en el [derecho penal](#) contemporáneo y el [derecho penitenciario](#), es la [reinserción social](#) del [condenado](#). Otro tipo de penas, como la [pena de muerte](#), el [trabajo social](#), la [libertad vigilada](#), etc., tienen una relación más o menos indirecta con las instituciones penitenciarias, aunque también forman parte del sistema penal. Menos relación tienen otras penas, como las denominadas penas pecuniarias ([multas](#)) o la pena de privación de ciertos derechos (especialmente el [derecho de sufragio](#)). Habitualmente la institución penitenciaria es la [cárcel](#) o prisión, pero la denominación puede ser diferente, así como su organización administrativa y sus métodos y características: centros penitenciarios abiertos o cerrados, de *mínima seguridad* o *máxima seguridad*, [hospitales](#) o [centros psiquiátricos](#) penitenciarios ([hospital penitenciario](#), [hospital psiquiátrico penitenciario](#)), etc. La [reforma penal](#) ha sido, desde el siglo XIX, una constante de los [filántropos](#) y [reformistas sociales](#).

Reclusos: - **sa** s. m. y f. Persona que está reclusa o encerrada en una cárcel, preso, presidiario.

CAPÍTULO III: PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Tratamiento estadístico

En el presente estudio, los resultados obtenidos fueron analizados en el nivel descriptivo y en el nivel inferencial, según los objetivos y las hipótesis formuladas. En el nivel descriptivo, se han utilizado frecuencias y porcentajes para determinar los niveles predominantes de la variable lesiones corporales (presencia de tatuajes, Piercing, cortes, erosiones y heridas) y la presencia de VIH en los internos **del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho**; en el nivel inferencial, se ha hecho uso de la estadística no paramétrica y como tal se ha utilizado Rho de Spearman.

Nivel descriptivo

Niveles de la variable lesiones corporales

Luego de la aplicación del cuestionario a la muestra objeto de la presente investigación y procesada la información obtenida (calificación y baremación), procedimos a analizar la información, tanto

a nivel descriptivo, como a nivel inferencial, lo cual nos permitió realizar las mediciones y comparaciones necesarias para el presente trabajo, y cuyos resultados se presentan a continuación:

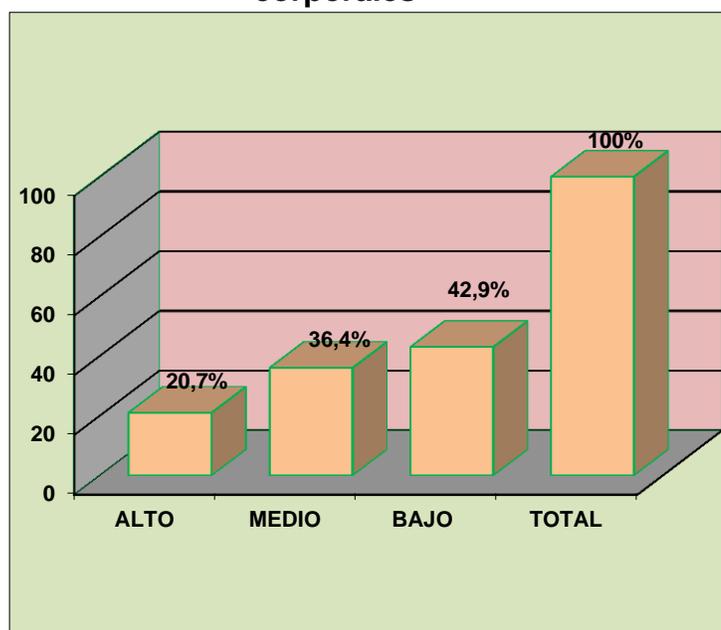
3.1. ANÁLISIS DE TABLAS Y GRÁFICOS

En el cuadro siguiente se puede observar los niveles en que se expresa la variable lesiones corporales.

Tabla N° 01: Nivel de percepción de la presencia de lesiones corporales

RANGO	FRECUENCIA	% VÁLIDO
Alto	29	20,7
Medio	51	36,4
Bajo	60	42,9
Total	140	100,0

Figura N° 1: Nivel de percepción de la presencia de lesiones corporales

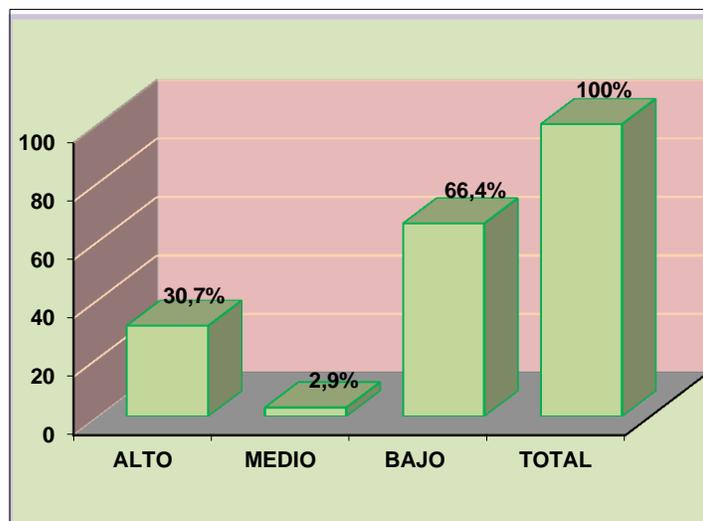


INTERPRETACIÓN: Los resultados obtenidos permiten evidenciar que el 42,9% de los internos encuestados se ubica en el nivel bajo en lo que respecta a su percepción sobre la presencia de lesiones corporales, seguido por el 36,4% que se ubica en medio, observándose el 20,7 en el nivel alto. Estos datos son confirmados por los estadígrafos descriptivos correspondientes, en donde la media es 21,08 que de acuerdo con la tabla de categorización corresponde al nivel bajo.

Tabla N° 02: Nivel de percepción de la presencia de tatuajes

RANGO	FRECUENCIA	% VÁLIDO
Alto	43	30,7
Medio	4	2,9
Bajo	93	66,4
Total	140	100,0

Figura N° 2: Nivel de percepción de la presencia de tatuajes

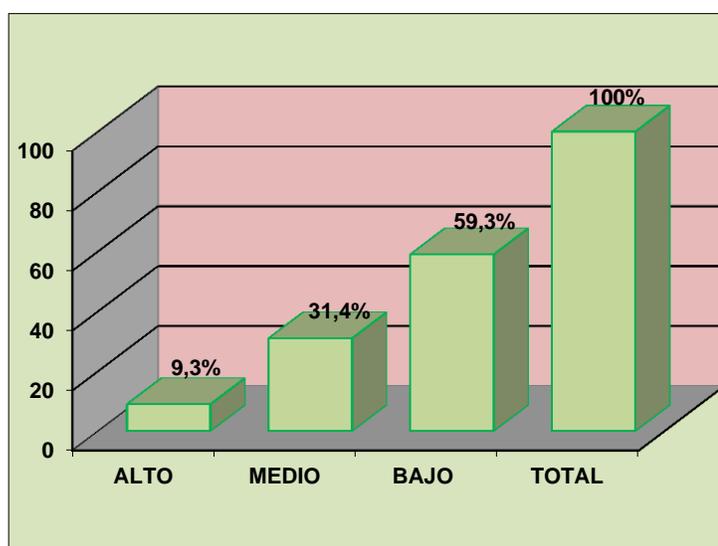


INTERPRETACIÓN: Los resultados obtenidos permiten evidenciar que el 66,4% de los internos encuestados se ubica en el nivel bajo en lo que respecta a su percepción sobre la presencia de tatuajes, seguido por el 30,7% que se ubica en el nivel alto, observándose el 2,9% en el nivel medio. Estos datos son confirmados por los estadígrafos descriptivos correspondientes, en donde la media es 5,73 que de acuerdo con la tabla de categorización corresponde al nivel bajo.

Tabla N° 03: Nivel de percepción de la presencia de Piercing

RANGO	FRECUENCIA	% VÁLIDO
Alto	13	9,3
Medio	44	31,4
Bajo	83	59,3
Total	140	100,0

Figura N° 3: Nivel de percepción de la presencia de Piercing

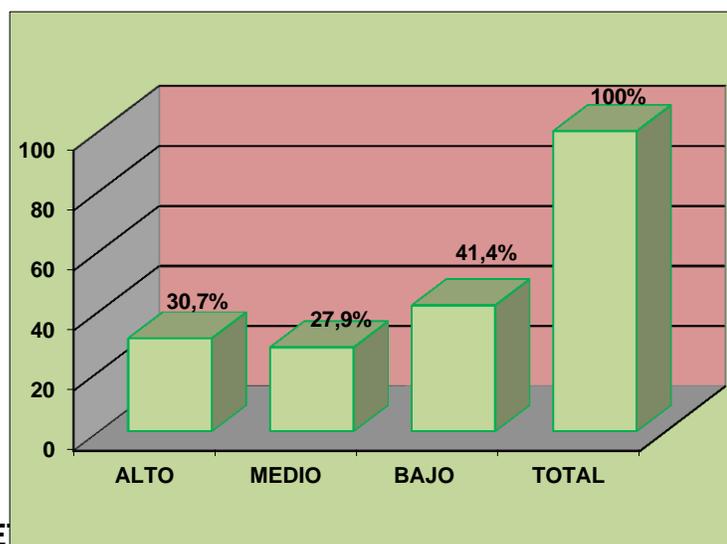


INTERPRETACIÓN: Los resultados obtenidos permiten evidenciar que el 59,3% de los internos encuestados se ubica en el nivel bajo, en lo que respecta a su percepción sobre la presencia de Piercing seguido por el 31,4% que se ubica en el nivel medio, observándose el 9,3% en el nivel alto. Estos datos son confirmados por los estadígrafos descriptivos correspondientes, en donde la media es 3,14 que de acuerdo con la tabla de categorización corresponde al nivel bajo.

Tabla N° 04: Nivel de percepción de la presencia de cortes

RANGO	FRECUENCIA	% VÁLIDO
Alto	43	30,7
Medio	39	27,9
Bajo	58	41,4
Total	140	100,0

Figura N° 4: Nivel de percepción de la presencia de cortes



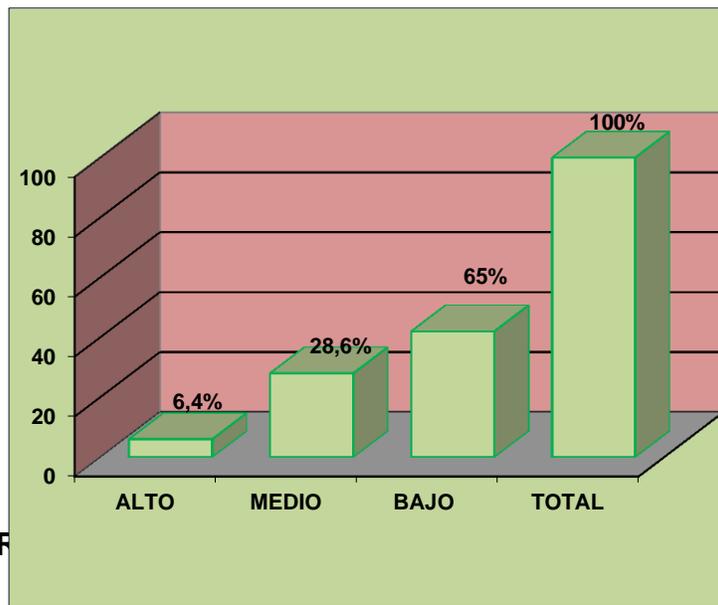
INTERPRE enciar que el 41,4% de los internos encuestados se ubica en el nivel bajo en lo que

respecta a su percepción sobre la presencia de cortes, seguido por el 30,7% que se ubica en el nivel alto, observándose el 27,9% se ubica en el nivel medio. Estos datos son confirmados por los estadígrafos descriptivos correspondientes, en donde la media es 5,75 que de acuerdo con la tabla de categorización corresponde al nivel bajo.

Tabla N° 05: Nivel de percepción de la presencia de erosiones, heridas

RANGO	FRECUENCIA	% VÁLIDO
Alto (88-120)	9	6,4
Medio (56-87)	40	28,6
Bajo (24-55)	91	65,0
Total	140	100,0

Figura N° 5: Nivel de percepción de la presencia de erosiones, heridas



INTERPRETAR que el 65% de los estudiantes evidencian que el nivel bajo en lo que respecta a su percepción sobre la presencia de erosiones y heridas seguido por el 28,6% que se ubica en el nivel medio, observándose el 6,4%

se ubica en el nivel alto. Estos datos son confirmados por los estadígrafos descriptivos correspondientes, en donde la media es 2,92 que de acuerdo con la tabla de categorización corresponde al nivel bajo.

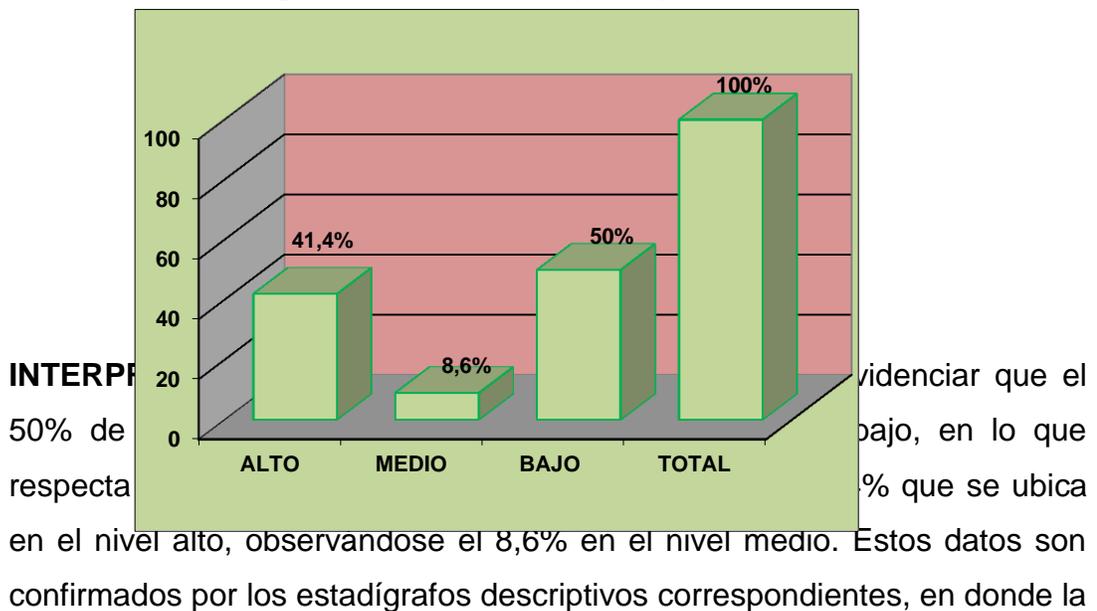
Niveles de la presencia del VIH

En cuanto a la percepción sobre la presencia del VIH; también se han considerado tres niveles: alto, medio y bajo.

Tabla N° 06: Nivel de percepción de VIH

RANGO	FRECUENCIA	% VALIDO
Alto	58	41,4
Medio	12	8,6
Bajo	70	50,0
Total	140	100,0

Figura N° 6: Nivel de percepción de VIH



media es 3,68 que de acuerdo con la tabla de categorización corresponde al nivel bajo.

Nivel inferencial

Prueba estadística para la determinación de la normalidad

Para el análisis de los resultados obtenidos se determinará, inicialmente, el tipo de distribución que presentan los datos, tanto a nivel de los datos del cuestionario sobre la variable lesiones corporales, como de la variable presencia de VIH, para ello utilizamos la prueba Kolmogorov Smirnov de bondad de ajuste, la cual permite medir el grado de concordancia existente entre la distribución de un conjunto de datos y una distribución teórica específica. Su objetivo es señalar si los datos provienen de una población que tiene la distribución teórica específica.

Considerando el valor obtenido en la prueba de distribución, se determinará el uso de estadísticos paramétricos (r de Pearson) o no paramétricos (Rho de Spearman, Chi cuadrado), los pasos para desarrollar la prueba de normalidad son los siguientes:

VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS DE TRABAJO

PASO 1: Plantear la hipótesis nula (H_0) y la hipótesis alternativa (H_1):

Hipótesis Nula (H_0):

No Existe asociación significativa entre las lesiones corporales y la presencia del VIH

Hipótesis Alternativa (H_1):

Existe asociación significativa entre las lesiones corporales y la presencia del VIH

PASO 2: Seleccionar el nivel de significancia

Para efectos de la presente investigación se ha determinado: $\alpha = 0,05$

PASO 3: Escoger el valor estadístico de prueba

El valor estadístico de prueba que se ha considerado para la presente hipótesis es Kolmogorov Smirnov.

Tabla Nº 07: Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		Lesiones corporales	Presencia de VIH
N°		140	140
Parámetros normales (a, b)	Media	21,0857	3,6786
	Desviación típica	9,70758	1,77621
Diferencias más extremas	Absoluta	,196	,328
	Positiva	,196	,328
	Negativa	-,127	-,186
Z de Kolmogorov Smirnov		2,317	3,877
Sig. Asintót. (bilateral)		,000	,000

a La distribución de contraste es la Normal.

b Se han calculado a partir de los datos.

PASO 4: Formulamos la regla de decisión

Una regla de decisión es un enunciado de las condiciones según las que se acepta o se rechaza la hipótesis nula, para lo cual es imprescindible determinar el valor crítico, que es un número que divide la región de aceptación y la región de rechazo.

Regla de decisión

Si α (Sig) $> 0,05$; Se acepta la hipótesis nula

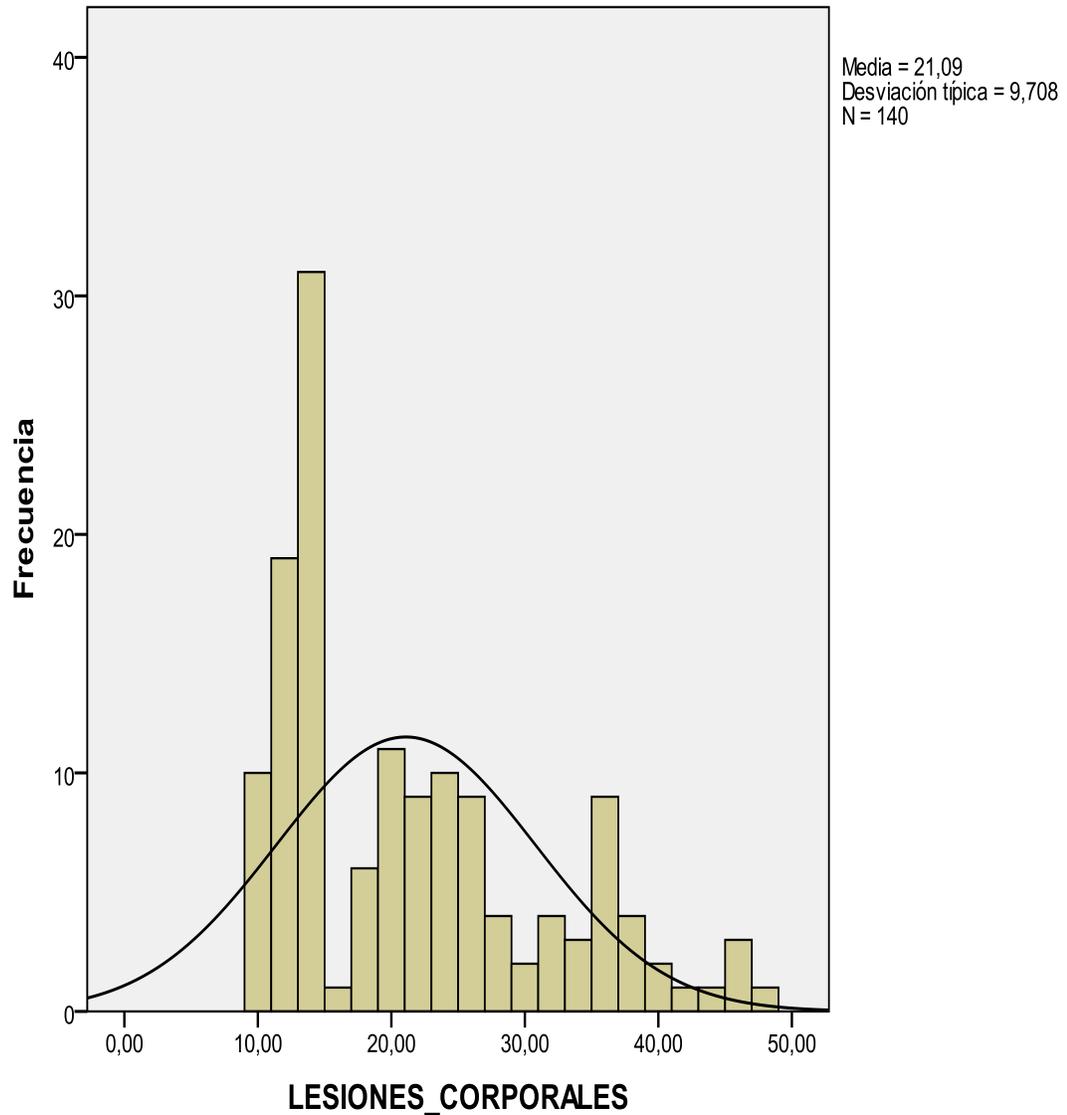
Si α (Sig) $< 0,05$; Se rechaza la hipótesis nula

PASO 5: Toma de decisión

Como el valor p de significancia del estadístico de prueba de normalidad tiene el valor de 0,000, 0,000; entonces para valores Sig. $< 0,05$; Se cumple que; se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa. Esto quiere decir que; según los resultados obtenidos podemos afirmar que los datos de la muestra de estudio no provienen de una distribución normal.

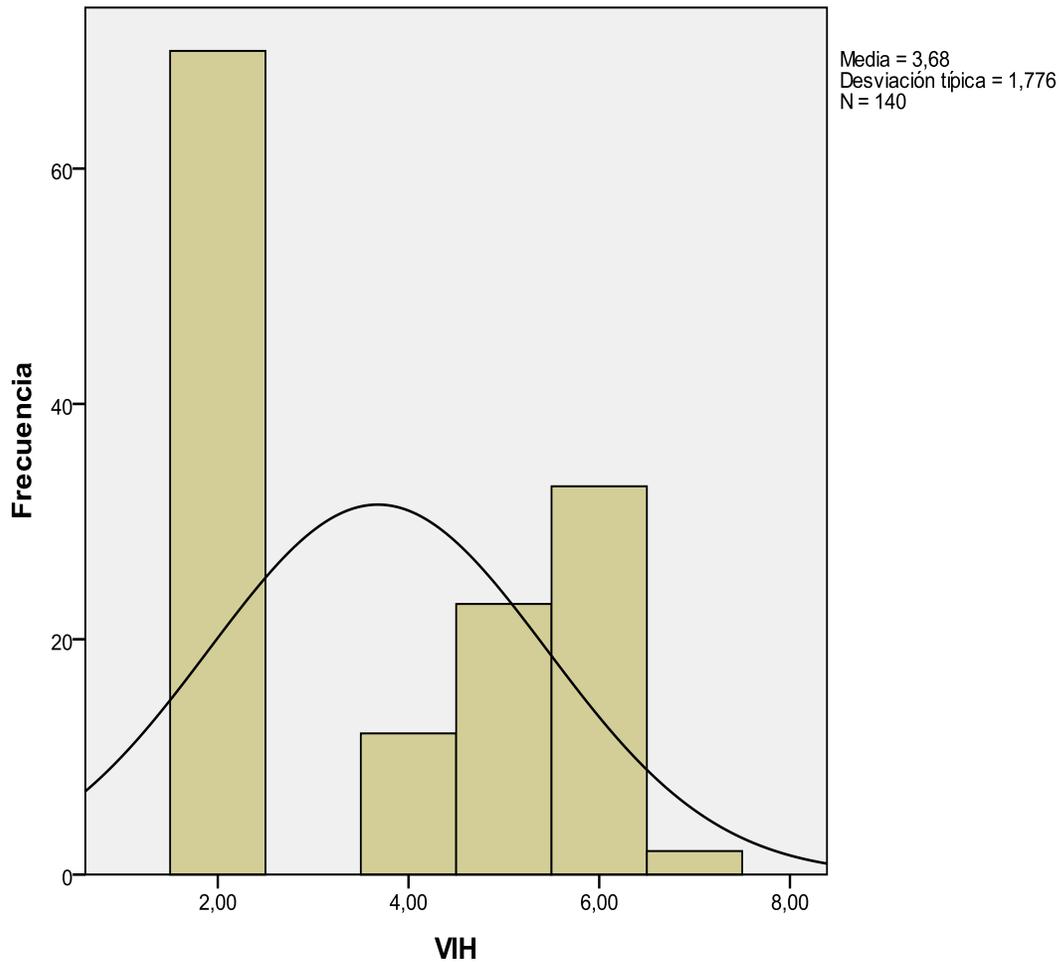
Así, mismo según puede observarse en los gráficos siguientes la curva de distribución difiere de la curva normal.

Figura N° 7: Distribución de frecuencias de los puntajes del cuestionario sobre lesiones corporales



Según puede observarse en la figura N° 7 la distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos a través del cuestionario sobre lesiones corporales se hallan sesgados hacia la derecha, teniendo una media de 21,09 y una desviación típica de 9,708. Asimismo, el gráfico muestra que la curva de distribución difiere de la curva normal.

Figura N° 8: Distribución de frecuencias de los puntajes sobre presencia de VIH



Según puede observarse en la figura N° 8 la distribución de frecuencias de los puntajes obtenidos sobre la presencia de VIH se hallan sesgados hacia la derecha, teniendo una media de 3,68 y una desviación típica de 1,776. Asimismo, el gráfico muestra que la curva de distribución difiere de la curva normal.

Así mismo, se observa que el nivel de significancia (Sig. asintót. (Bilateral)) para la Z de Kolmogorov-Smirnov es menor que 0,05 tanto en los puntajes obtenidos a nivel del cuestionario sobre lesiones corporales, y en el caso de los puntajes sobre presencia de VIH, es menor que 0,05, por lo que se

puede deducir que la distribución de estos puntajes difieren de la distribución normal.

Por lo tanto, para el desarrollo de la prueba de hipótesis; se ha utilizado la prueba no paramétrica Rho de Spearman a un nivel de significancia de 0,05.

Correlación de Spearman

En la presente investigación la contrastación de la hipótesis, se ha utilizado la prueba (Rho). Correlación de Spearman a un nivel de significación del 0,05, porque se investiga la relación entre variables, cualitativas.

Así en esta parte de nuestro estudio trataremos de valorar la situación entre dos variables cualitativas estudiando el método conocido como correlación. Dicho cálculo es el primer paso para determinar la relación entre variables.

Tabla N °08: Matriz de correlación de Spearman

		VARIABLE II
		Presencia de VIH
VARIABLE I	Lesiones corporales	0,58(**)
DIMENSIONES DE LA VIARIABLE I	Presencia de tatuajes y/o Piercing	0,21(**)
	Presencia de cortes	0,23(**)
	Presencia de erosiones, heridas y/o hematomas	-0,08(**)

Fuente: Anexos

El análisis de las interrelaciones a partir del coeficiente de correlación de Spearman, se realizó de acuerdo a la tabla siguiente:

Tabla N ° 09: Niveles de correlación

Coeficiente (r)	Grado de Interrelación
1.00	Perfecta Correlación
0.90 - 0.99	Muy Alta Correlación
0.70 - 0.89	Alta Correlación
0.40 - 0.69	Moderada Correlación
0.20 - 0.39	Baja Correlación
0.00 - 0.19	Nula Correlación

Fuente: Farro, 2004, pp. 109

Elaboración: propia

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

En el presente rubro se pone de manifiesto la relación existente entre las variables en estudio. Se presenta cada una de las hipótesis puestas a prueba, contrastándolas en el mismo orden que han sido formuladas, con el fin de facilitar la interpretación de los datos.

A VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS GENERAL

HIPÓTESIS GENERAL

PASO 1: PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS NULA (H_0) Y LA HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H_1):

Hipótesis Nula (H_0):

No Existe asociación significativa entre las lesiones corporales y la presencia del VIH

Hipótesis Alternativa (H_1):

Existe asociación significativa entre las lesiones corporales y la presencia del VIH

PASO 2: SELECCIONAR EL NIVEL DE SIGNIFICANCIA

El nivel de significancia consiste en la probabilidad de rechazar la Hipótesis Nula, cuando es verdadera, a esto se le denomina Error de Tipo I, algunos autores consideran que es más conveniente utilizar el término Nivel de Riesgo, en lugar de significancia. A este nivel de riesgo se le denota mediante la letra griega alfa (α).

Para la presente investigación se ha determinado que: $\alpha = 0.05$

PASO 3: ESCOGER EL VALOR ESTADÍSTICO DE LA PRUEBA

Con el propósito de establecer el grado de asociación entre cada una de las variables objeto de estudio, se ha utilizado el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman (Rho).

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO SPEARMAN (Rho)

Así tenemos:

Tabla N° 10: Correlación entre lesiones corporales y la presencia de VIH

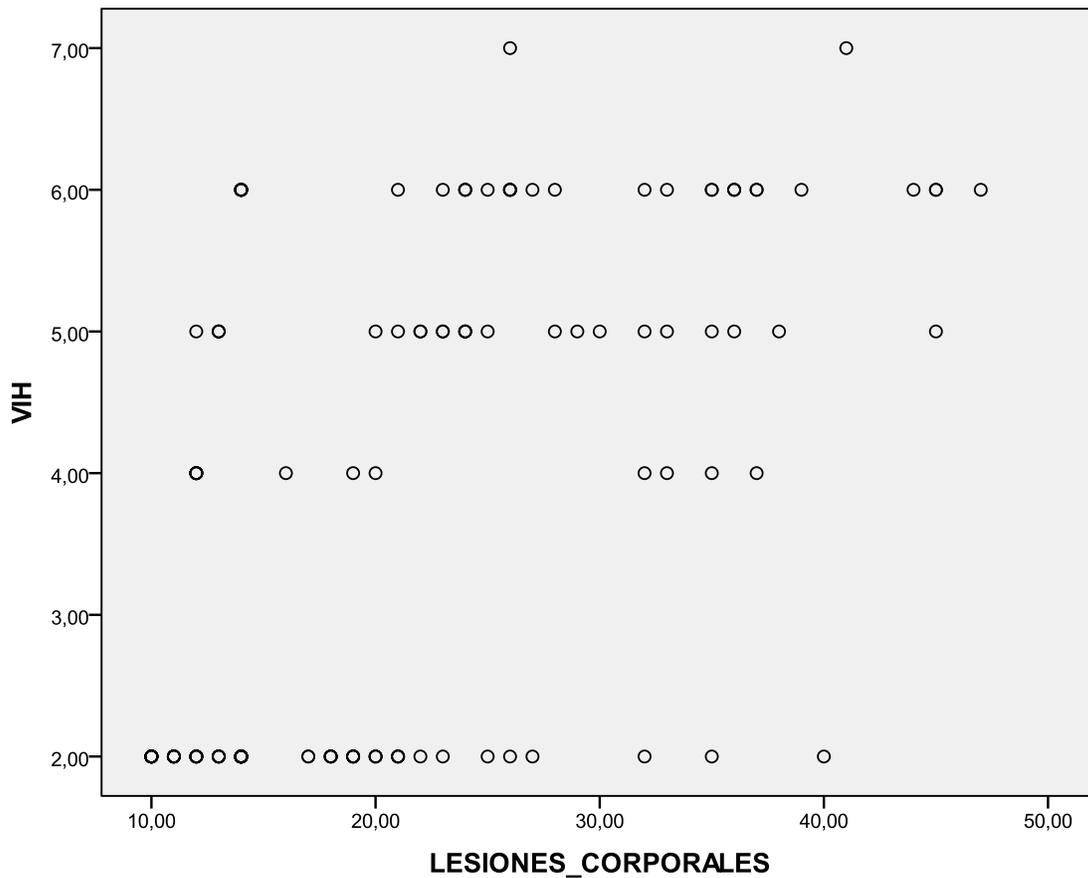
	Lesiones corporales	Presencia de VIH
Correlación de spearman	.59	
Significancia	.000	
n	140	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Dado el valor ($r = .59$) y el valor de significancia $\alpha = .000$, entonces se cumple que ($p < 0.05$).

Por lo tanto se cumple que existe una relación directa y moderada entre las lesiones corporales y la presencia de VIH

Figura N° 09: Correlación entre las lesiones corporales y la presencia de VIH



PASO 4: FORMULAR LA REGLA DE DECISIÓN

Una regla de decisión es un enunciado de las condiciones según las que se acepta o se rechaza la hipótesis nula, para lo cual es imprescindible determinar el valor crítico, que es un número que divide la región de aceptación y la región de rechazo.

Regla de decisión

Si α (Sig) > 0,05; Se acepta la H_0 y se rechaza la H_1

Si α (Sig) < 0,05; Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1

PASO 5: TOMA DE DECISIÓN

Como el valor de significancia del estadístico es menor que 0,05, entonces podemos asegurar que el coeficiente de correlación es significativo ($p < 0,05$). En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, afirmándose que existe una correlación directa, moderada y significativa entre las lesiones corporales y la presencia de VIH en la muestra de estudio.

VERIFICACION DE LAS HIPOTESIS ESPECÍFICAS

HIPÓTESIS 1

PASO 1: PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS NULA (H_0) Y LA HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H_1):

Hipótesis Nula (H_0):

No Existe asociación significativa entre los tatuajes y la presencia del VIH

Hipótesis Alternativa (H_1):

Existe asociación significativa entre los tatuajes y la presencia del VIH

PASO 2: SELECCIONAR EL NIVEL DE SIGNIFICANCIA

El nivel de significancia consiste en la probabilidad de rechazar la Hipótesis Nula, cuando es verdadera, a esto se le denomina Error de Tipo I, algunos autores consideran que es más conveniente utilizar el término Nivel de Riesgo, en lugar de significancia. A este nivel de riesgo se le denota mediante la letra griega alfa (α).

Para la presente investigación se ha determinado que:

$$\alpha = 0.05$$

PASO 3: ESCOGER EL VALOR ESTADÍSTICO DE LA PRUEBA

Con el propósito de establecer el grado de relación entre cada una de las variables objeto de estudio, se ha utilizado el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman (Rho).

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO SPEARMAN (Rho)

Así tenemos:

Tabla N° 11: Correlación entre los tatuajes y la presencia de VIH

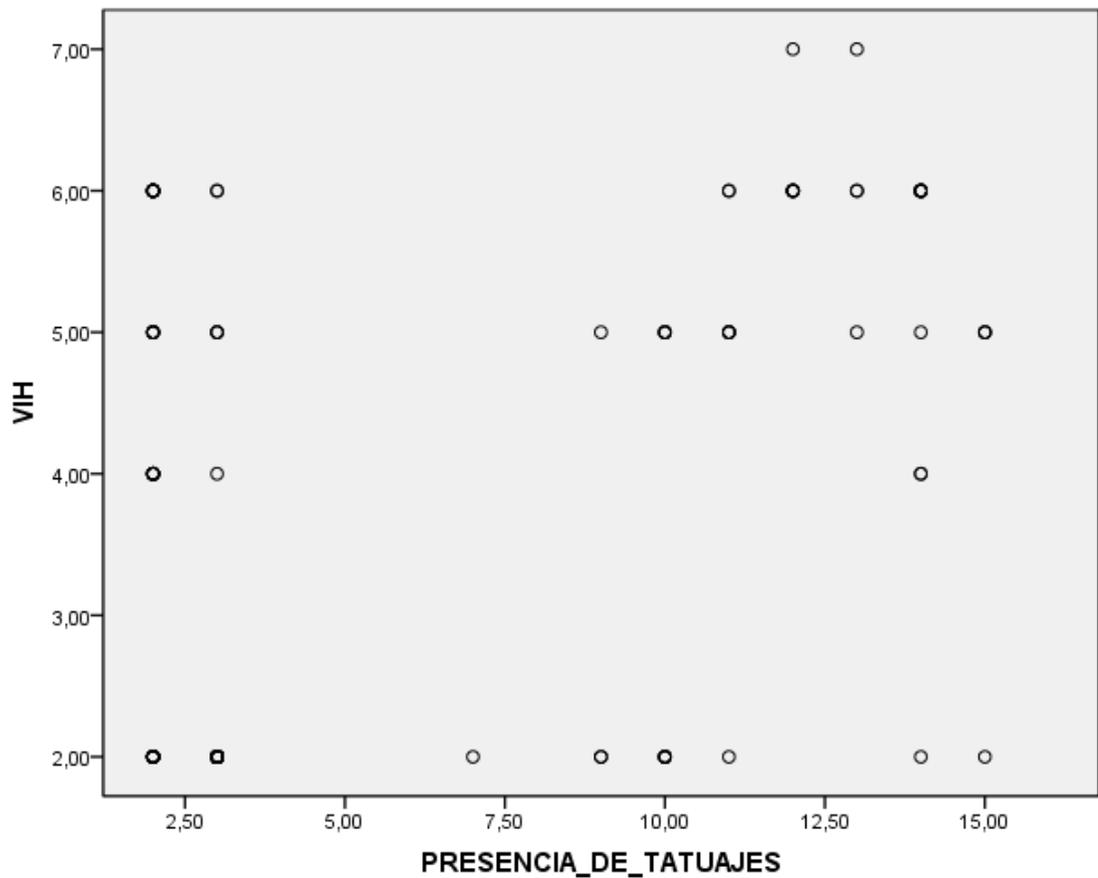
	Tatuajes	Presencia de VIH
Correlación de spearman	.21	
Significancia	.000	
n	140	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Dado el valor ($r = .21$) y el valor de significancia $\alpha = .000$, entonces se cumple que ($p < 0.05$).

Por lo tanto se cumple que existe una relación directa y moderada entre los tatuajes y la presencia de VIH

Figura N° 10: Correlación entre los tatuajes y la presencia de VIH



PASO 4: FORMULAR LA REGLA DE DECISIÓN

Una regla decisión es un enunciado de las condiciones según las que se acepta o se rechaza la hipótesis nula, para lo cual es imprescindible determinar el valor crítico, que es un numero que divide la región de aceptación y la región de rechazo.

Regla de decisión

Si α (Sig) > 0,05; Se acepta la H_0 y se rechaza la H_1

Si α (Sig) < 0,05; Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1

PASO 5: TOMA DE DECISIÓN

Como el valor de significancia del estadístico es menor que 0,05, entonces podemos asegurar que el coeficiente de correlación es significativo ($p < 0,05$).

Por lo tanto se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis Alternativa.

En consecuencia se verifica que existe una correlación directa, baja y significativa entre los tatuajes y la presencia de VIH

HIPÓTESIS 2

PASO 1: PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS NULA (H_0) Y LA HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H_1):

Hipótesis Nula (H_0):

No Existe una asociación significativa entre los cortes y la presencia del VIH

Hipótesis Alternativa (H_1):

Existe asociación significativa entre los cortes y la presencia del VIH

PASO 2: SELECCIONAR EL NIVEL DE SIGNIFICANCIA

El nivel de significancia consiste en la probabilidad de rechazar la Hipótesis Nula, cuando es verdadera, a esto se le denomina Error de Tipo I, algunos autores consideran que es más conveniente utilizar el término Nivel de Riesgo, en lugar de significancia. A este nivel de riesgo se le denota mediante la letra griega alfa. (α).

Para la presente investigación se ha determinado que:

$$\alpha = 0.05$$

PASO 3: ESCOGER EL VALOR ESTADÍSTICO DE LA PRUEBA

Con el propósito de establecer el grado de relación entre cada una de las variables objeto de estudio, se ha utilizado el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman (Rho).

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO SPEARMAN (Rho)

Así tenemos:

Tabla N° 12: Correlación el acompañamiento los cortes y la presencia de VIH

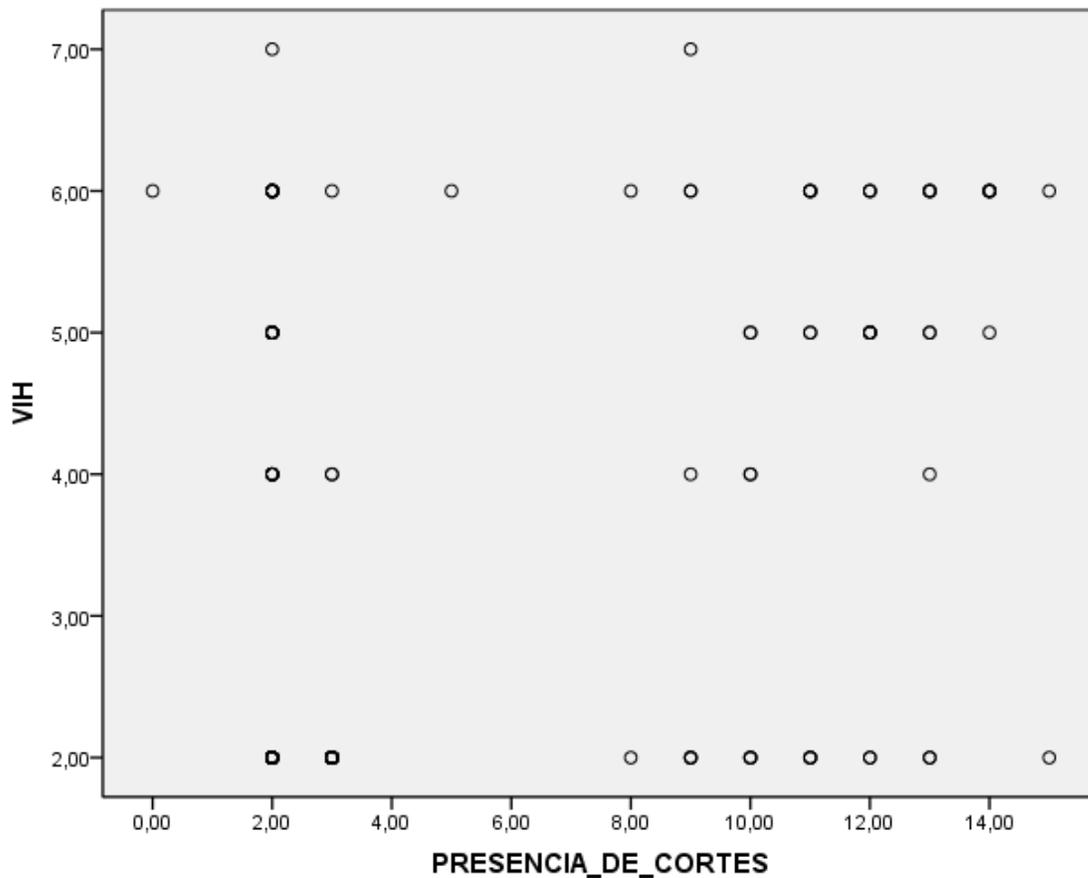
	Cortes	Presencia de VIH
Correlación de spearman	.23	
Significancia	.000	
n	140	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Dado el valor ($r = .23$) y el valor de significancia $\alpha = .000$, entonces se cumple que ($p < 0.05$).

Por lo tanto se cumple que existe una relación directa y baja entre los cortes y la presencia de VIH

Figura N° 11: Correlación entre los cortes y la presencia de VIH



PASO 4: FORMULAR LA REGLA DE DECISIÓN

Una regla de decisión es un enunciado de las condiciones según las que se acepta o se rechaza la hipótesis nula, para lo cual es imprescindible determinar el valor crítico, que es un número que divide la región de aceptación y la región de rechazo.

Regla de decisión

Si α (Sig) > 0,05; Se acepta la H_0 y se rechaza la H_1

Si α (Sig) < 0,05; Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1

PASO 5: TOMA DE DECISIÓN

Como el valor de significancia del estadístico es menor que 0,05, entonces podemos asegurar que el coeficiente de correlación es significativo ($p < 0,05$).

Por lo tanto se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis Alternativa. En consecuencia se verifica que existe una correlación directa, baja y significativa entre los cortes y la presencia de VIH

HIPÓTESIS 3

PASO 1: PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS NULA (H_0) Y LA HIPÓTESIS ALTERNATIVA (H_1):

Hipótesis Nula (H_0):

No Existe una asociación significativa entre las erosiones, heridas y la presencia del VIH

Hipótesis Alternativa (H_1):

Existe asociación significativa entre las erosiones, heridas y la presencia del VIH

PASO 2: SELECCIONAR EL NIVEL DE SIGNIFICANCIA

El nivel de significancia consiste en la probabilidad de rechazar la Hipótesis Nula, cuando es verdadera, a esto se le denomina Error de Tipo I, algunos autores consideran que es más conveniente utilizar el término Nivel de Riesgo, en lugar de significancia. A este nivel de riesgo se le denota mediante la letra griega alfa. (α)

Para la presente investigación se ha determinado que: $\alpha = 0.05$

PASO 3: ESCOGER EL VALOR ESTADÍSTICO DE LA PRUEBA

Con el propósito de establecer el grado de relación entre cada una de las variables objeto de estudio, se ha utilizado el Coeficiente de Correlación Rho de Spearman (Rho).

COEFICIENTE DE CORRELACIÓN RHO SPEARMAN (Rho)

Así tenemos:

Tabla Nº 13: Correlación entre las erosiones, heridas y la presencia del VIH

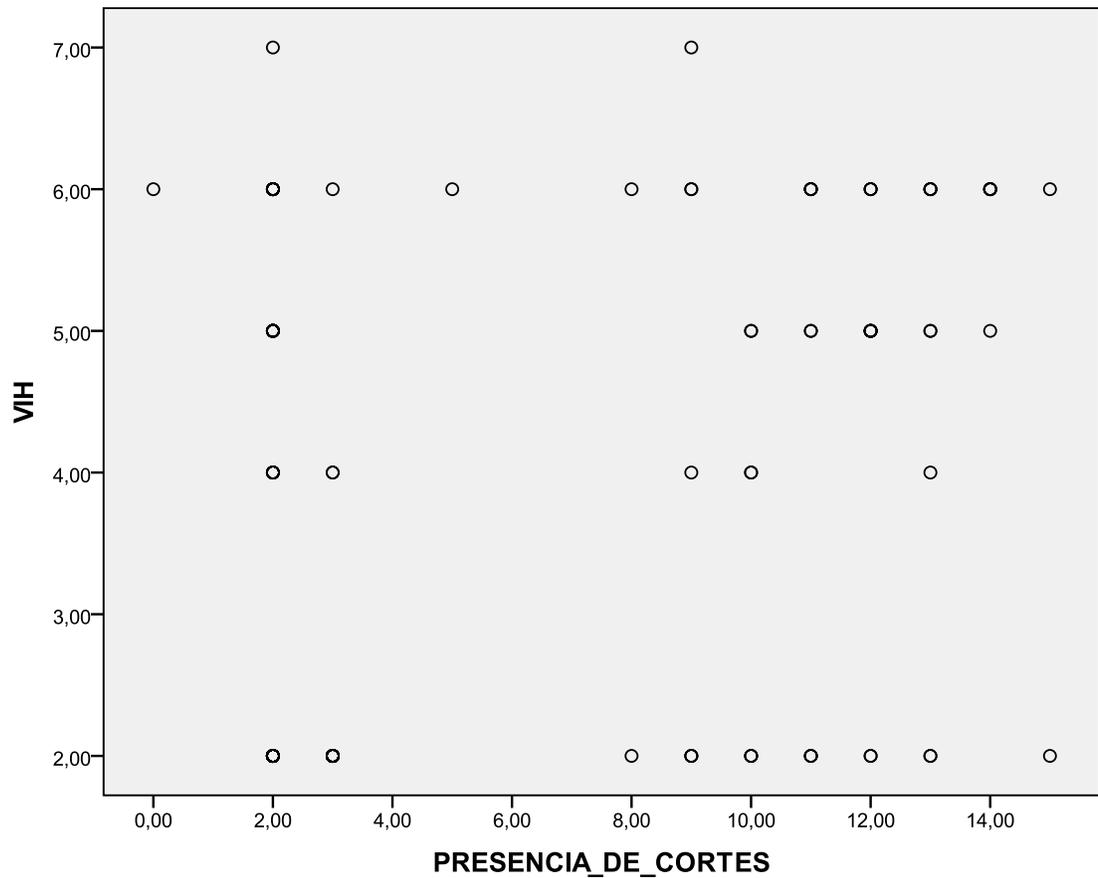
	Erosiones, heridas	Presencia de VIH
Correlación de Spearman	-, 081	
Significancia	.000	
n	140	

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Dado el valor ($r = -,081$) y el valor de significancia $\alpha = .000$, entonces se cumple que ($p < 0.05$).

Por lo tanto se cumple que existe una relación directa y moderada entre las erosiones, heridas y la presencia del VIH.

Figura N° 12: Correlación entre las erosiones, heridas y la presencia del VIH



PASO 4: FORMULAR LA REGLA DE DECISIÓN

Una regla decisión es un enunciado de las condiciones según las que se acepta o se rechaza la hipótesis nula, para lo cual es imprescindible determinar el valor crítico, que es un numero que divide la región de aceptación y la región de rechazo.

Regla de decisión:

Si α (Sig) > 0,05; Se acepta la H_0 y se rechaza la H_1

Si α (Sig) < 0,05; Se rechaza la H_0 y se acepta la H_1

PASO 5: TOMA DE DECISIÓN

Como el valor de significancia del estadístico es menor que 0,05, entonces podemos asegurar que el coeficiente de correlación es significativo ($p < 0,05$). Por lo tanto se rechaza la Hipótesis Nula y se acepta la Hipótesis Alternativa. En consecuencia se verifica que existe una correlación directa, baja y significativa entre las erosiones, heridas y la presencia del VIH

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el trabajo de campo se ha verificado, de manera precisa, los objetivos planteados en nuestra investigación, cuyo propósito fue conocer la asociación existente entre las variables lesiones corporales y la presencia de VIH entre dichas variables.

Una lesión es un cambio anormal en la morfología o estructura de una parte del cuerpo producida por un daño externo o interno, las heridas en la piel pueden considerarse lesiones producidas por un daño externo como los traumatismos. Las lesiones producen una alteración de la función o fisiología de órganos, sistemas y aparatos, trastornando la salud y produciendo enfermedad. Es una alteración de las características morfológicas o estructurales de un organismo en cualquiera de sus niveles de organización (molecular, celular, tisular, anatómico, corporal o social) producido causas físicos, químicos o biológicos.

En el presente estudio nuestro objetivo general consistió en determinar la asociación existente entre las lesiones corporales y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en los reclusos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho, el resultado obtenido mediante la prueba no paramétrica Rho de spearman a un nivel del 0,05, nos permite evidenciar que las lesiones corporales se encuentran relacionados con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ($Rho = 0,58$), resultado que

nos indica que existe asociación directa, moderada y significativa entre las variables estudiadas.

Un tatuaje es una modificación del color de la piel en el que se crea un dibujo, una figura o un texto y se plasma con agujas estériles que inyectan tinta o algún otro pigmento bajo la epidermis de una persona. El Piercing (anglicismo, gerundio del verbo to pierce: 'agujerear', 'perforar', 'atravesar'), a veces adaptada al español como pirsin, o en español piercing o arete es una práctica de perforar o cortar una parte del cuerpo humano, generalmente para insertar aretes o pendientes. Estas perforaciones son una forma de una modificación corporal y reflejan tanto valores culturales, como religiosos y espirituales, y además parte de la moda, erotismo, inconformismo o identificación con una subcultura. En la historia oriental tradicionalmente sólo se practicaba a las mujeres un único agujero en las orejas desde pequeñas para toda su vida; sin embargo, en otras culturas del mundo y en la cultura occidental en la actualidad y en épocas antiguas, también se perforan varias partes del cuerpo en ambos sexos. Quien decide colocarse un pendiente debe prestarle cuidado y atención, al estar colocando un elemento ajeno al cuerpo y que podría reaccionar de manera negativa, por eso siempre ha de limpiarse muy bien y correctamente, no maltratarlo, tampoco excederse en las curaciones de la perforación y por supuesto no intentar intercambiar la pieza con otra persona como medida sanitaria de evitar infecciones e incluso transmisión de enfermedades. Sobre todo Hepatitis C, considerada como más frecuente estadísticamente que el sida y causa de cáncer de hígado o hepatocarcinoma.

De esta manera en cuanto a la asociación existente entre la presencia de tatuajes y/o piercing con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el resultado obtenido mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman ($r = 0,21$), a un nivel del 0,05, nos permite evidenciar que siendo el valor de significancia igual a 0,000 ($p < 0,05$), resultado que nos

indica que existe asociación directa, baja y significativa entre las variables estudiadas.

Un corte provoca una herida, generalmente limpia y con bordes lineales producida mecánicamente por un agente externo. Los cortes pueden ser muy diferentes: pueden afectar a distintas capas de la piel, según su profundidad; además, pueden dañar los vasos sanguíneos y los nervios. Por lo general, los bordes de la herida suelen ser regulares y sangran intensamente, según el lugar donde se encuentren. Cuando los bordes son lineales y regulares y no existen cuerpos extraños o suciedad, se le denomina como "un corte limpio". Existen distintas formas de clasificar las heridas. Pueden dividirse en diferentes tipos según la gravedad, la apariencia, el agente causante o la zona afectada, por ejemplo. La forma de tratarlas será diferente según el tipo. Por ejemplo: existen laceraciones, heridas por arma blanca, heridas superficiales, mordeduras, abrasiones, heridas punzantes, amputaciones y arañazos. Los cortes se encuentran entre las lesiones más comunes, suelen producirse en el hogar.

De esta manera en razón a la asociación existente entre la presencia de cortes y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el resultado obtenido mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman a un nivel del 0,05, nos permite evidenciar que la presencia de cortes no se encuentran asociada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Rho = 0,23), siendo el valor de significancia igual a 0,000 ($p < 0,05$), resultado que nos indica que existe relación directa, baja y significativa entre las variables estudiadas.

La erosión se refiere, en un sentido general, al desgaste o destrucción verificada en la superficie de un cuerpo debido a la acción continua o violenta de la fricción con otro cuerpo. Proviene del latín *erosio*, *erosiōnis*, que significa 'roedura', 'corrosión'. Asimismo, erosión puede caracterizar las lesiones superficiales sufridas en la piel o las mucosas causadas por una fricción constante, por ejemplo, cuando el zapato roza constantemente

con una parte del pie al caminar. De esta manera en cuanto a la asociación existente entre la presencia de erosiones y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el resultado obtenido mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman a un nivel del 0,05, nos permite evidenciar que la presencia de erosiones se encuentran relacionadas con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ($Rho = -,08$), siendo el valor de significancia igual a 0,000 ($p < 0,05$), resultado que nos indica que existe asociación entre las variables estudiadas.

3.2. CONCLUSIONES

- 1) Después del análisis realizado podemos observar que si existe asociación directa, moderada y significativa entre las lesiones corporales y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), porque el resultado obtenido mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman ($r = 0,58$), a un nivel de significancia $p=0,00$, por lo cual podemos afirmar que se cumple que ($p<0,05$). En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, afirmándose que existe asociación significativa entre las lesiones corporales con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

- 2) Si existe asociación directa, baja y significativa entre la presencia de tatuajes y/o piercing con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), porque el resultado obtenido mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman $r=0,21$ y el valor de significancia $p=0,00$, por lo cual, se cumple que ($p<0,05$). En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, afirmándose que existe asociación significativa entre la presencia de tatuajes y/o piercing con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

- 3) Si existe asociación directa, baja y significativa entre la presencia de cortes en la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), porque el resultado obtenido mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman $r=0,23$ y el valor de significancia $p=0,00$, por lo cual, se cumple que ($p<0,05$). En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, afirmándose que existe asociación significativa entre la presencia de cortes y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

4) Después del análisis realizado podemos observar que existe asociación directa, moderada y significativa entre la presencia de erosiones, heridas y/o laceraciones y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), porque el resultado obtenido mediante la prueba no paramétrica Rho de Spearman $-Rho=0,08$ y el valor de significancia $p=0,00$, por lo cual, se cumple que $(p<0,05)$. En consecuencia se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa, afirmándose que existe asociación significativa entre la presencia de erosiones, heridas y/o laceraciones y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

3.3. RECOMENDACIONES

- 1) Se recomienda realizar campañas de concientización y prevención en el Establecimiento Penitenciario de Lurigancho en relación a los diferentes tipos de lesiones corporales que pueden ser causas al incremento del contagio de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).
- 2) Asimismo, se recomienda a las autoridades del sistema penitenciario, en especial al personal de salud realizar campañas informativas sobre la presencia de tatuajes y/o piercing y su asociación directa con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), a fin de evitar que los internos del Establecimiento Penitenciario de Lurigancho se expongan al contagio del VIH.
- 3) Se recomienda a las autoridades penitenciarias extremar las medidas de seguridad incrementando personal de seguridad a fin de evitar que se produzca agresiones, grescas y reyertas que pudiesen ocasionar la presencia de lesiones corporales en los internos del penal, teniendo en cuenta que existe una asociación significativa entre la presencia de cortes y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), por lo que muchos internos pueden contraer VIH.
- 4) Se recomienda al área de salud del Establecimiento Penitenciario a fin que actúen oportunamente para atender las lesiones corporales tales como erosiones, heridas y/o laceraciones con la finalidad de evitar posibles contagios de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

3.4. REFERENCIAS

1.- PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA. Información relacionada: Derechos humanos y VIH Reportajes: Mejorar la confidencialidad y la seguridad de la información sobre el VIH. [Artículo en línea]. Washington D.C.: actualizado en Junio 2007 [accesado el 28 octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/CountryProgress/Salud> Pública de México.

2.- KENT, JORGE, Sustitutivos de la Prisión-Penas sin Libertad y Penas en Libertad, Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, Argentina.

3.- PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Centros para el control y Prevención de Enfermedades. Pautas para la prevención de infecciones oportunistas en personas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe; Washington D.C.: ONUSIDA 1997.

4.- SUBDIRECCIÓN GENERAL DE INSTITUCIONES PENITENCIARIAS 2001. Informe sobre la asistencia sanitaria en prisión. Consulta 20 octubre 2013, disponible en http://www.satse.es/AREAS_TEMASTICAS/Sanidad_Penitenciaria/pdf.

5.- El concepto medico legal de la lesión. [accesado el 20 octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.salacela.net/pdf/9/articulo2.pdf>

6.- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD VIH/SIDA. [accesado el 18 octubre de 2013], Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/

7.- MACRI TROYA M, BERTHIER VILA R. et al. Infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y conductas de riesgo asociadas en un Centro Penitenciario de Montevideo, Uruguay. RevEspSanidPenit2010; [12: 1-2](#).

8.- ÁVILA-BURGOS L, VENTURA-ALFARO C, BARROSO-QUIAB A, ARACENA-GENAO B, et al. Las lesiones por causa externa en México: lecciones aprendidas y desafíos para el Sistema Nacional de Salud. Ciudad de México/ Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2010. (Perspectivas en Salud Pública, Sistema Nacional de Salud). Salud pública Méx vol.53 no.1 Cuernavaca ene./feb. 2011.

9.- HERNÁNDEZ RODRÍGUEZ BE. Caracterización de la consulta de descentralización VIH/SIDA en centro Habana. NURE Inv [Revista en Internet] 2013 set-oct. [fecha acceso]; 6 (39): [aprox 45 pant]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/TESINA/caracontesis_39.pdf

10.- MADRIGAL J. Representación Social del Tatuaje en Jóvenes Tatuados entre 18 y 25 Años de Edad [tesis]. Costa Rica: Universidad Fidélitas, Facultad de Psicología; 2005.

11.- CLEMENTE M. Deterioro Neuropsicológico en la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en una Población Penitenciaria [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense, Facultad de Psicología; 2003.

12.- ARROYO JM, Cobo et al. Algunos aspectos de la sanidad penitenciaria en los países miembros de la Unión Europea. RevEspSanidPenit2001; 3: N.2.

13.- HERNÁNDEZ - LEÓN. Tuberculosis activa en una cohorte de reclusos infectados por VIH en una cárcel de la Ciudad de México: características clínicas y epidemiológicas. Rev. Salud pública Méx vol.54 no.6 Cuernavaca nov./dic. 2012 [Consultado 20 de octubre de 2013; on-line]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342012000600005&lang=pt

14.- MARTIN SÁNCHEZ V. CAYLABUQUERAS JA. GONZALEZ MORIS ML. HERRERO ALONSO LE. VICENTE PEREZ R. Evaluation of the prevalence of HIV infection in prison inmates at the time of their imprisonment during the period 1991-1995. *Revista Española de Salud Pública*. 71(3):269-80, 1997.

15.- ESTEBANEZ P. COLOMO GOMEZ C. ZUNZUNEGUI PASTOR MV. RUA FIGUEROA M. PEREZ M. ORTIZ C. HERAS P. BABIN F. [Jails and AIDS. Risk factors for HIV infection in the prisons of Madrid]. *Gaceta Sanitaria*. 4(18):100-5, 1990.

16.- DÁVILA VERA A, MARCELO DORIA, OLGA QUINTERO, MORELIA HERNÁNDEZ. Infección por VIH/SIDA y conductas de riesgo en el internado judicial de Mérida. Venezuela 2000. [Consultado 30 de octubre de 2013; on-line]. Disponible en: <http://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/infeccion-vih-sida-conductas-riesgo/5/>

17.- CÁRCAMO, Estudio basal de prevalencia de sífilis y VIH y comportamientos asociados en población privada de libertad, Perú 1999. Perú. [Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica](#). [Consultado 17 de octubre de 2013; on-line]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342003000100003&lang=pt

18.- FIGUEROA BRITO. Sida y otras afecciones de transmisión sexual en presidiarias de la región central de Venezuela. *Revista De Obstetricia y Ginecología de Venezuela. Versión impresa* issn 0048-7732 [consultado 20 de octubre de 2013; on-line]. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0048-77322003000200005&lang=pt

19.- HERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. Revista Española de Sanidad Penitenciaria *versión impresa* ISSN 1575-0620. Rev. Esp. Sanid. penit. v.12 n.3 Barcelona nov.-feb. 2010 [consultado 20 de octubre de 2013; on-line]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202010000300004&lang=pt

20.- **VICENTE MARTÍN**, Evolución de la prevalencia de infección por virus de la inmunodeficiencia humana en población reclusa al ingreso en prisión durante el período 1991-1995. Revista Española de Salud Pública. *Versión impresa* issn 1135-5727. Rev. Esp. Salud pública v.71 n.3 madrid mayo/jun. 1997. [consultado 23 de octubre de 2013; on-line]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-57271997000300006&lang=pt

21.- HARRIS RICARDO, Lesiones orales en pacientes VIH/SIDA asociadas a tratamiento antirretroviral y carga viral [Revista Salud Uninorte](#). *Print version* ISSN 0120-5552 Salud, Barranquilla vol.28 no.3 Barranquilla Sept./Dec. 2012, [consultado 23 de octubre de 2013; on-line]. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522012000300004&lang=pt

22.- CABRERA. Infección VIH/Sida en la Jurisdicción de la Dirección de Salud Lima Ciudad, 1984 - 2004. [Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica](#) *versión impresa* ISSN 1726-4634. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica v.22 n.4 Lima oct./dic 2005. [consultado 23 de octubre de 2013; on-line]. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342005000400006&lang=pt

23.- El concepto medicolegal de la lesión. [accesado el 20 octubre de 2013]. Disponible en: <http://www.salacela.net/pdf/9/articulo2.pdf>

24.- ¿Qué esperamos de la valoración del daño corporal en el futuro? [accesado el 21 octubre de 2013]. Disponible en: www.aeds.org/docs/elc2.doc

25.- J. SERNA. Clasificación de las dermatosis. [Monografía en Internet] [accesado 3 de noviembre 2013]. Disponible en: <http://web.udl.es/usuarios/dermatol/DermatoAsignaturaWeb/CDRom99/sem1/temas/dcha.htm>

26.- R. DE AGUILAR. Clasificación y tipos de heridas. [Monografía en Internet]. 2007 [accesado 1 de noviembre 2013]. <http://www.primerosauxilios.org/primeros-auxilios/clasificacion-y-tipos-de-heridas.php>
<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/05/clasificacion-y-tipos-de-heridas.html>

27.- Tatuajes: ¿Qué son los Tatuajes?. Publishing; 2003. [accesado 5 de noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.publispain.com/tatuajes/>

28.- REISFELD, S. (2004): Tatuajes, una mirada psicoanalítica, Piados, Buenos Aires.

29.- DONÁNGELO, El lenguaje de los presos en la piel Mi tatuaje me condena. [accesado 1 de noviembre 2010]. Disponible en: <http://www.almargen.com.ar/sitio/seccion/actualidad/tatuaje/>

30.- Virus de Inmunodeficiencia Humana. [revisado 15 setiembre 2013]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Virus_de_la_inmunodeficiencia_humana

31.- UNODC. VIH en cárceles. [revisado 20 setiembre 2010]. Disponible en: <http://www.unodc.org/ropan/es/PrisonReform/hiv-aids-in-prison/hiv-aids-in-prison-in-lac.html>

32.- [Dirección General de Instituciones Penitenciarias, Informe General 2000 y Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias, 2003].

33.- [Programas de intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios, 2000].

ANEXOS

MATRIZ DE CONSISTENCIA

ENCUESTAS – CUESTIONARIOS - ENTREVISTAS

