



Interamerican Journal of Psychology

ISSN: 0034-9690

rip@ufrgs.br

Sociedad Interamericana de Psicología

Organismo Internacional

Schifter Sikora, Jacobo

La prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de la salud integral en las cárceles

Interamerican Journal of Psychology, vol. 35, núm. 2, 2001, pp. 133-154

Sociedad Interamericana de Psicología

Austin, Organismo Internacional

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28435209>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

La Prevención del VIH/SIDA y el Desarrollo de la Salud Integral en las Cárceles

Jacobo Schifter Sikora¹

***Instituto Latinoamericano de Prevención y
Educación en Salud (ILPES)
San José, Costa Rica***

Compendio

Los niveles de violencia y de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA en las poblaciones de personas privadas de libertad son alarmantes. La poca autonomía y la falta de intervenciones apropiadas hacen de la situación una que amenaza los derechos humanos de las personas institucionalizadas. En este trabajo presento datos sobre la prevalencia de la violencia y las ITS y SIDA en las instituciones carcelarias en las Américas. Identifico modelos para manejar las adicciones, la delincuencia, reincidencia y la reinserción social; esto como modelo de intervención para la promoción de la salud. Presento el modelo holístico como alternativa frente al modelo biomédico y su impacto en la salud integral en sistemas penitenciarios y la experiencia en Costa Rica con la implantación de los diferentes componentes de este modelo. Concluyo con recomendaciones específicas.

Abstract

The levels of violence and sexually transmitted diseases (STD) and HIV/AIDS in incarcerated populations are dramatic. The lack of personal autonomy and appropriate interventions presents a threatening situation for human rights for this population. In this paper I present data on the prevalence of violence, STD's, and HIV/AIDS in prisons in the Americas. I identify models to address addiction, delinquency, recidivism and social reinsertion as contributing to a prevention intervention model for health promotion. I also present the holistic model as an alternative to the biomedical model and its impact on comprehensive health in penitentiary institutions. I present the experience in Costa Rica with the implementation of this model including its different components and specific recommendations.

Palabras clave: Prevención de ITS y VIH; Poblaciones privadas de libertad; Modelo holístico

Key words: HIV and STD Prevention; Incarcerated populations; Holistic model

¹ Toda comunicación para solicitar información puede hacerse al autor, quien es el Director Ejecutivo del ILPES, San José, Costa Rica. Correo electrónico: ilpes@sol.racsa.co.cr

Las poblaciones institucionalizadas, como la privada de libertad, tienen muy poca o ninguna capacidad de decisión y autonomía para enfrentar los problemas del diario vivir en cuanto a salud se refiere. Estas se encuentran bajo condiciones impuestas a las que no pueden huir y dependen de las políticas del sistema para resolver sus necesidades. Si bien es cierto que el Estado invierte gran cantidad de recursos en esfuerzos para garantizarle a estas personas condiciones adecuadas de vida (Ej. nutrición, atención profesional, educación, entre otras), la realidad es que existe una cantidad ilimitada de factores que pueden incidir de manera negativa en su salud integral.

Es de conocimiento general que la violencia intracarcelaria, los altos índices de adicción y, en estrecha relación con los anteriores, el riesgo de contagio al VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son elementos intrínsecos a la vida en prisión, que amenazan constantemente la calidad de vida de los reclusos y reclusas. Recordemos que los tratados de derechos humanos exigen que las condiciones de vida dentro de estos centros respeten la integridad de las personas; cualquier situación que atente contra su integridad física y mental debe ser preocupación del Estado.

Un ingrediente que complica las condiciones de hacinamiento y violencia, son los problemas de adicción. Según el Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) (Chacón, 1999) los problemas de adicción son un factor decisivo en la comisión de homicidios, delitos contra la propiedad y violencia intrafamiliar que puede ser motivo de detención y que, además, continúan a lo interno de la prisión. Según las estadísticas recopiladas en centros de detención en Costa Rica, aunque se ha logrado una disminución en el consumo de *crack* y cocaína, hasta 1996 más del 50% de la población era usuaria activa de drogas (Bejarano, Sáenz & Ugalde, 1996).

No es difícil concluir que en estas condiciones otras problemáticas de salud encuentren su caldo de cultivo propicio, como es el caso del VIH/SIDA y las ITS. De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA (ONUSIDA, 1997), la prevalencia de la enfermedad en las prisiones de diversas partes del mundo es considerablemente alta e incluso más elevada que la que existe fuera de prisión. Lo mismo puede decirse de otras ITS y de padecimientos asociados (tuberculosis y hepatitis viral).

Según este informe, varios factores hacen de las prisiones un espacio que facilita la transmisión del VIH: uso de drogas intravenosas, intercambios sexuales sin protección (con consentimiento o no). En abril de 1996, este organismo especializado señaló que a menudo no hay suficientes recursos para

prestar asistencia sanitaria básica en las cárceles y mucho menos para programas sobre el SIDA. Sin embargo, indican que la situación afecta el derecho a la salud, a la seguridad de las personas, y que hay que corregirla en interés de la salud, los derechos y la dignidad de los reclusos y reclusas; en interés de la salud y la seguridad del personal de las cárceles; y en interés de las comunidades de las que proceden y a las que regresan los reclusos y reclusas.

Por su parte, la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), proyecto promovido por el Banco Mundial, convocó a finales de 1997, un concurso sobre estudios de caso realizados en la región que analizaran la situación del SIDA en las prisiones y los programas de prevención y atención implantados en su interior. Este estudio confirmó que uno de los grupos considerados con probabilidad incrementada para contraer el virus son las personas reclusas en centros de privación de libertad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica la prevalencia de infección por VIH en personas internas es mayor a la notificada en la población general y varias encuestas señalan que el 2.3% de las personas internas en las cárceles estatales y el 1% de las cárceles federales son seropositivas. Datos de otros países de la región guardan proporciones similares (Izazola & Izazola, 1998).

En definitiva, deben tomarse en cuenta las recomendaciones emanadas del Noveno Congreso Mundial de Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en el año 1995 en El Cairo, que señalaban que se deben realizar estudios que permitan conocer esta realidad para tener la posibilidad de identificar aquellas medidas terapéuticas y preventivas que ofrezcan alternativas a las instancias responsables para mejorar la calidad de vida de sus prisioneros/as.

Es por eso que al hablar de política penitenciaria es humanamente obligatorio tocar el tema de la calidad de vida, y, dentro de éste, el de la salud integral de las personas privadas de libertad. Las experiencias que analizaré a continuación se han desarrollado en Costa Rica, Centroamérica y algunos países de Sudamérica y el Caribe con el auspicio de la Embajada Real de los Países Bajos y con el apoyo de los Ministerios de Justicia y Gobernación de los respectivos países.

JUSTIFICACION

La razón de ser de todo Estado de derecho es garantizar el bienestar de su ciudadanía. Por esto, el tema de la calidad de vida y la salud integral es una preocupación constante que atraviesa todas las esferas de la función pública. Sin embargo, esta preocupación es aún mayor cuando se piensa en aquellos grupos

que, por diversas razones, dependen directamente de la estructura estatal para hacerle frente a sus necesidades en esta materia.

Los Gobiernos están en la obligación moral de hacer frente a estas demandas sociales, ya que su competitividad depende, de manera estrecha, de la calidad de vida de sus habitantes, en decir, del nivel de salud de la ciudadanía, en cualquier estatus social en el que se encuentre. Una de las tareas fundamentales a las que deben abocarse quienes establecen las políticas carcelarias es el abordaje de los problemas de salud integral dentro de los sistemas de detención y tratamiento de privados/as de libertad.

Como ya mencioné, aunque el tratamiento de problemas eminentemente sanitarios (ej. difusión y control de enfermedades comunes, como la gripe y el cólera, etc.) es una necesidad urgente, no debe ser la única preocupación. Deben atenderse otra índole de problemas como la violencia y los problemas de adicción, condiciones que inciden directamente en la salud de los privados/as de libertad. A su vez, estos factores se vuelven determinantes que inciden en la propagación de problemas sanitarios mayores, como el VIH/SIDA y las ITS. Un análisis responsable de las condiciones de salud en los sistemas penitenciarios nos lleva necesariamente a incluir el tema de la sobrepoblación como causa preponderante generadora de la mayoría de los conflictos carcelarios.

Hay que tomar en cuenta que un gran porcentaje de la población privada de libertad proviene de áreas marginales cuyas condiciones están enmarcadas en una cultura caracterizada, entre otras cosas, por pobreza extrema, violencia, adicciones, desempleo e inasistencia sanitaria. A esta población se le vuelve a marginar cuando se enfrenta a un sistema clásico donde impera una vigilancia constante, donde se le obliga a vivir coercitivamente, en condiciones de sobrepoblación, promiscuidad, ocio, enfermedad, falta de alimentos, medicamentos y atenciones mínimas. Se crea entonces un ciclo destructivo, destacándose la violencia como una de las técnicas de supervivencia características de la marginalidad. Esta se transfiere al ambiente intracarcelario donde se recicla y adapta a las necesidades impuestas y reafirmadas por el sistema carcelario.

La realidad nos dice que una gran parte de los principales problemas que aquejan a nuestros sistemas penitenciarios son producto de las condiciones de sobrepoblación y hacinamiento, características en ellos pero susceptibles al control. A continuación detallo algunos de los problemas que hemos identificado en nuestra experiencia.

La problemática de las drogas, con todas sus repercusiones, es un factor que afecta a toda la población penal al igual que a funcionarios y funcionarias que laboran en los sistemas penitenciarios. Esta problemática está fuertemente arraigada a la identidad cultural de la población privada de libertad, aprendida y reafirmada por producciones psíquicas bajo experiencias con vehículos embriagantes. El consumo de sustancias y la industria que este genera dentro de la subcultura intracarcelaria, aparejado a la sobrepoblación, hacinamiento, deficientes programas en salud, corrupción, legislación inadecuada, guerras y epidemias, han creado un ambiente que puede generar una crisis de proporciones devastadoras.

El abuso, adicción y tráfico de vehículos embriagantes están vinculados directa e indirectamente al creciente aumento de homicidios, suicidios, violaciones, automutilaciones, guerras de pandillas, castigos por deudas, prostitución y deterioro general en la calidad de vida de las personas privadas de libertad, afectando también a los cuerpos de seguridad y a funcionarios y funcionarias.

El uso indiscriminado de benzodiazepinas, estimulantes, opiáceos, cannabis, inhalantes y etanol han sido causantes directos de masacres y revueltas. El reciente éxito expansivo, de proporciones epidémicas, de la cocaína en su forma de *crack* facilitado por su supuesto bajo costo y alto potencial adictivo, ha catalizado los fenómenos antes mencionados convirtiendo algunos reclusorios en Norte, Sur, Centroamérica y el Caribe en verdaderos submundos, en los cuales las personas internas están limitadas a nada más que un intento cotidiano por sobrevivir en las más extremas condiciones.

Por otro lado, los funcionarios y funcionarias están reducidos a la impotencia, las poblaciones penales van en aumento y las compañías constructoras de cárceles se convierten en consorcios multimillonarios. Los sistemas adictivos cerrados imponen las reglas en el juego de poder y estas a su vez están determinadas por la acción química específica de las drogas y reforzadas a través de la marginalidad y la subcultura intracarcelaria.

Violencia Intracarcelaria

La privación de libertad es en sí un acto de violencia que perpetúa los factores agresivos de la marginalidad, multiplicándolos en el contexto intracarcelario. La violencia en la cárcel es uno de los grandes problemas que enfrenta el sistema.

Una investigación sobre las cárceles en América Latina, realizada por la agencia de noticias Reuters, ofreció un trágico retrato del conflicto en que viven prisioneros/as y gobiernos, por igual, en todos los países de la región. Estadísticas de Venezuela, con las cuales las autoridades confirmaron en 1996 un promedio de cuatro muertos por semana en sus penales, son apenas un asomo de la gravedad de la crisis. "La situación en las prisiones de América Latina está lejos de responder a las normas del Derecho Internacional", señaló recientemente una especialista de Supervisión de los Derechos Humanos (HRW) (ONUSIDA, 1997).

El problema carcelario no es nuevo en el continente. En varios informes de la filial Américas de la HRW se han denunciado los casos más destacados: la matanza de 111 prisioneros en Sao Paulo en octubre de 1992, la masacre de más de cien reclusos en la prisión venezolana de Sabanetas en 1994, y casos similares en Perú y El Salvador, desde mediados de la década de 1980. La violencia y el sistema carcelario están relacionados, de forma intrínseca, no solamente porque la privación a la libertad significa violentar uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sino porque la mayoría de las personas encarceladas pertenece a una cultura cuya cotidianeidad incluye la violencia.

Por ejemplo, los estudios realizados en Costa Rica en la década de 1980, sobre el consumo de drogas en las cárceles, arrojan índices muy altos en cuanto al porcentaje de personas privadas de libertad víctimas de violencia o abuso en su infancia (Bejarano, Sáenz & Ugalde, 1996). Según las personas expertas en estos campos, se ha evidenciado una fuerte tendencia a la reproducción de los patrones de violencia o abuso cuando estos traumas no se superan. Estos patrones se exacerban en la coyuntura de la adicción y son letales en el contexto intracarcelario.

Las medidas que van desde la vigilancia a la integración en el medio carcelario implican la clausura de lo individual mediante actitudes inducidas hacia el control, y generan un ambiente hostil en el cual la violencia y la sensación de peligro están latentes. La violencia se evidencia en diferentes ámbitos, los cuales están estrechamente relacionados con los procesos adictivos: el consumo de drogas y alcohol, las deudas por juegos de azar y la prostitución. Ejemplos de esto son la autoagresión y el suicidio, y la agresión verbal y física, el homicidio y violación entre los reclusos. Por otro lado, existe la interacción violenta, tanto verbal como física, entre privados/as de libertad y vigilantes. Finalmente, se han manifestado situaciones violentas en las visitas conyugales y otras en relación al contacto con el mundo exterior.

Dentro de la subcultura intracarcelaria, existe un vínculo directo entre la jerarquía de poder y la sexualidad. Esta estructura ha sido completamente impactada por la contundencia del VIH/SIDA: lo que antes era visto como parte intrínseca de esta subcultura (en muchos casos deliberadamente invisibilizada) a la sombra del SIDA se ha dimensionado como uno de los problemas de salud más importantes en algunos sistemas penitenciarios.

~~Si analizamos la situación actual del VIH/SIDA nos encontramos ante un~~ problema de salud pública de dimensiones epidémicas. Un total de 18.8 millones de personas han muerto desde que comenzó la epidemia en 1981. ONUSIDA afirmó que 5.6 millones de personas se han infectado por VIH este año, llevando a un total mundial de 34.3 millones de personas contagiadas, encontrándose el 90% de las personas infectadas en países no desarrollados (ONUSIDA, 1997).

La ignorancia, la pobreza, los procesos adictivos y la disminución de la edad de iniciación sexual son factores que influyen en la perpetuación de la enfermedad. En el caso de la prisión, si además se consideran algunas de las características de la mayoría de los reclusorios, como una alta concentración de población alojada en infraestructuras inadecuadas, las adicciones y la desinformación, nos encontramos ante la urgente necesidad de sistematizar y ejecutar acciones de prevención integral que incluyan a la población privada de libertad y a los funcionarios y funcionarias de los sistemas penitenciarios.

La incidencia del SIDA en las prisiones y su diseminación, es crítica en algunos sistemas penitenciarios. El diagnóstico de internos e internas seropositivos va en aumento y esto es un reflejo de las políticas y prácticas adoptadas por la administración penitenciaria.

Algunos factores culturales que conforman la identidad de esta población (Ej. tatuajes, uso de drogas intravenosas, violaciones enmarcadas en procesos adictivos) hacen de este grupo un blanco idóneo de enfermedades infectocontagiosas, haciendo imperativo que las autoridades sanitarias responsables desarrollen sistemas adecuados para enfrentar la situación.

Según la ONUSIDA (1997) incumbe a las autoridades penitenciarias la responsabilidad de informar a todos los internos e internas del riesgo de infección por VIH y de las consecuencias de los comportamientos de alto riesgo, a través de talleres. La OMS recomienda que las personas privadas de libertad no sufran prácticas discriminatorias en relación con el SIDA o la infección por VIH (Ej. pruebas obligatorias, segregación o aislamiento), salvo cuando sean necesarias para su propio bienestar.

Seroprevalencia para el VIH/SIDA en Prisiones de América

Existen pocas fuentes integradas de las cuales es posible obtener un panorama general del impacto, en términos estadísticos de seroprevalencia, que el VIH/SIDA ha tenido en la población privada de libertad. Algunos datos, sin embargo, nos permiten generar una idea clara de la magnitud de este problema en los sistemas penitenciarios.

La aseveración más importante que queremos destacar es el elevado nivel de seroprevalencia que las condiciones intracarcelarias promueven. En estudios realizados en los Estados Unidos se ha encontrado que ese nivel llega a ser seis o siete veces más alto en la población de las prisiones estatales y federales que entre la población en general; en 1994, en aquel país se reportaron 5.2 casos de VIH/SIDA por cada mil personas privadas de libertad.

La epidemia del SIDA apareció en un período en el que los Estados Unidos experimentaba un tremendo crecimiento en la población carcelaria. A finales de 1996, por ejemplo, 5.5 millones de personas estaban en alguno de los diferentes niveles de atención carcelaria, lo que representa un 2.8 % de todas las personas residentes adultas del país.

En ese contexto, recordemos la particularidad de las prácticas sexuales al interior de las cárceles, para comprender el impacto del VIH/SIDA allí. En Estados Unidos se informa que más del 30% de las personas privadas de libertad aceptó haber tenido prácticas homosexuales en prisión. De manera similar, SIDALAC reportó que una encuesta efectuada en Río de Janeiro (Brasil) en 1993, indicó que al menos un 73% de los hombres privados de libertad habían tenido contacto sexual con otros hombres en prisión (Izazola & Izazola, 1998).

En Estados Unidos se ha destacado, también, la asociación que existe entre la exposición pasada a la tuberculosis y la infección del VIH entre personas privadas de libertad. Los casos de tuberculosis relacionados con el VIH parecen resultar de la reactivación de la tuberculosis latente debido a la inmunosupresión causada por el VIH. En el medio carcelario, los usuarios y usuarias de drogas intravenosas sufren de ambas infecciones (VIH y tuberculosis).

Por otra parte, en Canadá, ONUSIDA estimaba (en junio de 1999) 16,628 casos de SIDA diagnosticados en la población en general, de los cuales 16,438 ocurrían en personas adultas; entre usuarios/as de drogas inyectables se reportó un 29.1% de seropositividad. Para 1995, en aquel país las prisiones federales reportaron 139 casos de personas privadas de libertad que vivían con el VIH, y al menos 1% de la población carcelaria tenía SIDA. Ese mismo año, un estudio

demostró que 71% de las personas encuestadas había usado drogas intravenosas, y que 89% había compartido agujas al menos una vez (OMS, 2000).

En América Latina la situación es igualmente alarmante. ONUSIDA reportó en 1996, 1.6 millones de casos de infección con el VIH en la población en general. Una distribución por áreas indicaba que el 51.4% pertenecía a la región centroamericana, 44.4% al Cono Sur, 16.7% a México, 11.8% al área Andina, 2.9% a Brasil y 2.2% al Caribe.

Para 1997, el 26% de los casos de SIDA reportados en el hemisferio provenía de América Latina. Los estimados de ONUSIDA señalan que, para este año, habrá 382,378 casos de SIDA, concentrados en tres países: Brasil, México y Honduras. El avance de la epidemia, sin embargo, es alarmante también en Argentina, Venezuela, Colombia y Chile.

Mediante el uso de drogas inyectables se transmitía un 29% de casos en el Cono Sur: en Brasil la tasa variaba entre un 34.2% y un 23% según región, mientras que Argentina reportaba un 41% de seroprevalencia entre personas usuarias de drogas. En el Caribe, Puerto Rico reportaba la tasa más alta de seroprevalencia entre personas usuarias de drogas intravenosas: 30%.

Estudios hechos por SIDALAC (Izazola Licea, 1998) indicaban un 6.78% de seropositividad en la población privada de libertad en Argentina, con un nivel más alto entre personas adultas jóvenes entre los 18 y 21 años, aunque estudios recientes han elevado la cifra hasta 11 o 14% entre hombres. En El Salvador se han detectado al menos 21,980 personas como seropositivas en las cárceles, y hasta octubre de 1997 se reportaron 180 casos acumulados en las prisiones del Distrito Federal en México, que en 1991 había reportado un nivel de seroprevalencia de 0.80% en las prisiones federales; en Brasil se ha reportado hasta un 20% de seroprevalencia entre las personas privadas de libertad.

En el caso de Costa Rica, desde el año 1995 a la fecha se han diagnosticado 110 casos de pacientes del VIH/SIDA dentro del sistema penitenciario, de los cuales han fallecido 16 personas. Actualmente existen 94 casos de personas con SIDA de un total de 6,123 privados/as de libertad, lo que representa un 1.5 % del total de la población.

Sexualidad Carcelaria

Más de diez años de investigación en cárceles de Costa Rica y Centroamérica, y una exhaustiva indagación bibliográfica sobre el tema (Schifter, 1997), han permitido desarrollar un modelo de trabajo efectivo en este campo. En 1989, en el marco de la lucha contra el VIH/SIDA, la Organización Mundial de la Salud

SHIFTER SIKORA

(OMS) auspició un estudio sobre los conocimientos y prácticas sexuales de hombres que tienen sexo con hombres en nueve países, incluyendo Costa Rica, en vista de que este grupo había sido uno de los más afectados por la epidemia. Esta investigación incluía un apartado sobre la situación penitenciaria, que incluyó tanto a personas privadas de libertad como personal administrativo. Además, estos conocimientos se complementan con la sistematización de casi diez años de talleres de prevención para privados de libertad en Costa Rica.

El objetivo inicial era conocer parte de la cultura sexual que se vive en los penales y analizar el tipo de relaciones que se dan y los factores que ponen a las personas a riesgo de contraer el VIH. Esto parte de la postura de que cualquier estrategia de prevención debe respetar los elementos culturales propios de la vida en prisión. La práctica sexual carcelaria, alejada del discurso oficial, se construye por los sectores más desposeídos de la sociedad y surge de manera paralela a la dominante.

El sistema castiga el crimen con el encierro y el hacinamiento; ahí, las personas reclusas se encuentran más juntas que en ninguna otra situación de su vida, ni siquiera con sus familias de origen. Esta cercanía física y emocional conduce al incremento de las relaciones entre individuos del mismo sexo, por la erotización continua de los vínculos y del ambiente. De los datos de cuestionarios administrados a privados de libertad se desprende que un 72% de los reclusos considera que la homosexualidad "existe en alto grado" (Madrigal, 1993). Como señala Hart (1973), la reclusión produce un "estrés" conducente a cambios radicales en la conducta sexual; no sólo se dan las relaciones homosexuales sino que aumenta la libido. Además, el sexo puede considerarse como uno de los pocos placeres que encuentran en la cárcel. Por otra parte, la subcultura intracarcelaria es más tolerante con la homosexualidad.

La pregunta de cuán extendida es la práctica homosexual en la prisión es tan antigua como el sistema penitenciario mismo. Ellis (1936) informó que el porcentaje de hombres sexualmente perverso se aproxima al 80%, aunque reconoce que en sus "momentos pesimistas cree que todos lo son". En Costa Rica, como mencionamos anteriormente, más del 72% de los participantes admitió que existe la homosexualidad y un 50% reconoce que tiene una incidencia que va de regular hasta alta (Shifter, 1997).

Si además consideramos los casos de hombres mayores que seducen a jóvenes reclusos, los homosexuales encubiertos, los bisexuales que se relacionan con un homosexual encubierto o uno abierto de manera ocasional, los funcionarios que tienen relaciones sexuales con presos, visitas homosexuales masculinas, los presidiarios que, cuando cuentan con permiso para salir, establecen relaciones

homosexuales fuera de la cárcel, es posible conjeturar con fundamento que más del 70% de los prisioneros practica la homosexualidad. Esto lo confirman las experiencias desarrolladas.

Para poder entender mejor estas cifras debemos de analizar los dos modelos prevalecientes para entender la homosexualidad. Por una parte, en los sectores de clase, ser homosexual es visto más como una condición cuya génesis se debe a un supuesto desarrollo por etapas. Esta visión es acorde a la psicología moderna que propone teorías de normalidad y anormalidad. Se considera pues, que hay un "desvío" respecto a un supuesto desarrollo natural hacia la heterosexualidad. En contraste, para ciertos sectores marginales, como en el caso de la cárcel, la homosexualidad se ve como una inversión del género que no responde a un desarrollo psicológico; se ve la sexualidad más por el cuerpo que por otros factores. Las personas homosexuales son las que trocan lo masculino por lo femenino. En este sentido, un hombre es heterosexual siempre que sea masculino y una la mujer es heterosexual siempre que sea femenina. Debe señalarse que, a pesar de lo anterior, los reclusos también consideran la homosexualidad como anormal, debido a su homofobia, y para ellos los únicos homosexuales son los travestis; los hombres que entran en sodomía, pero que son activos y masculinos, no pertenecen a esta categoría (Schifter, 1997; 1989).

Una vez definido este contexto debemos considerar otro factor. Se ha demostrado que la prostitución es una práctica común en la cárcel; en aquellas en las que existen travestis son éstos la que más la practican, ya que para algunos de ellos la prostitución forma parte de su identidad cultural. Cuando en 1989 se le preguntó a un grupo de travestis de la cárcel el número de compañeros sexuales, los entrevistados reportaron un promedio de 51, durante los últimos 12 meses. Uno reconoció haber tenido relaciones con 365 compañeros distintos, lo que representaba el 27% de toda la población del centro penal. Como es de esperar, en prisión el pago por estos servicios varía desde pequeñas sumas de dinero hasta dosis de diferentes drogas; esto es especialmente cierto después de la aparición del *crack* en las cárceles. La alta capacidad adictiva de esta sustancia ha llevado a muchos hombres a prostituirse para conseguirla. Finalmente, también se ha logrado demostrar que las relaciones sexuales forzadas (violaciones), sí se dan en las cárceles. El que esta información se haya obtenido después del trabajo cercano y lograr empatía con la población, asegura su veracidad (Schifter, 1997).

Por si aún no es evidente, debemos destacar el objetivo de nuestra indagación: no se puede lograr una prevención efectiva cuando no conocemos la cultura sexual en la que vamos a trabajar; aún en los casos en que creemos conocerla,

SHIFTER SIKORA

nuestros modelos de referencia pueden ser muy distintos a los de la población meta. En el caso de las cárceles, queda demostrada la existencia de dos culturas paralelas que interactúan entre sí: la oficial, la de las autoridades – conocida por todas las personas- y la real, la de las personas privadas de libertad que he descrito, cada una de ellas con términos de referencia que mediatizan la comprensión de los fenómenos.

Delincuencia, Reincidencia y Reinserción Social

La experiencia de campo nos ha demostrado que en algunos casos el encarcelamiento o la posibilidad del mismo conforman parte del plan de vida de los grupos marginales, llegando a idealizar un expediente delictivo. Esto se perpetúa a través de generaciones.

El sistema penitenciario se excluye a menudo de las reflexiones en el campo de las políticas públicas, pese a la alta frecuencia de problemas al interior de los centros penales, de las quejas por abusos, cárceles inseguras, insuficientes, mal dotadas, con altos índices de hacinamiento, y los problemas que se acarrea en la convivencia de la población privada de libertad. Las cárceles, en lugar de cumplir un papel rehabilitador se convierten en centros de actividad criminal, abusos y corrupción.

Al hablar de la percepción y acciones que la sociedad tiene sobre el efecto de las cárceles en las personas privadas de libertad, se coincide en que la privación no ayuda a la reinserción social y acarrea un alto costo en términos del cumplimiento de los derechos humanos, de la reincidencia delictiva y del impacto económico para el país. Las condiciones socioeconómicas, la falta de oportunidades existentes en los sectores más desprotegidos, que caracterizan la realidad de la mayoría de las personas privadas de libertad, son algunas de las causas para perpetuar el mundo de la delincuencia, como parte de un patrón aprendido. Esto se percibe al egreso de un sistema penitenciario, cuando el exprivado/a de libertad que desea un cambio a partir de algún conocimiento adquirido intracarcelariamente, no posee –salvo algunos casos, como grupos religiosos o programas ofrecidos por organizaciones no gubernamentales (ONG)- una alternativa que le permita desvincularse del patrón antes mencionado.

Para lograr una aproximación a la problemática de la sobrepoblación y el hacinamiento, que se manifiesta en adicciones, violencia intracarcelaria, difusión de problemas sanitarios como el VIH/SIDA y las ITS, delincuencia y reincidencia, es necesaria la comprensión de la identidad cultural donde aquella se presenta. Entendemos como identidad cultural todos aquellos elementos que perfilan al individuo en su relación con el entorno en que se mueve, lo cual incluye sus actitudes, pensamientos, ideas y creencias, el desarrollo ético, estético, religioso o mágico, y las formas de interacción social.

Para comprender las interacciones que se manifiestan como criminalidad hay que entenderlas dentro de una cultura que ha sido marginada, es decir, entender el concepto de la supervivencia en el contexto de una cultura mayor predominante. La identidad marginal está fundamentada en la supervivencia en condiciones extremas, que a su vez genera actitudes criminales, cuya comprensión requiere de la contextualización dentro esta cultura. Esto es fundamental para aquellas personas que interactúan con poblaciones marginales e intracarcelarias, porque el mundo de la desposesión y la marginalidad va a reflejarse, multiplicada, dentro de una subcultura intracarcelaria.

Entender esa identidad se convierte en un puente de comprensión que genera empatía, elemento fundamental para lograr resultados que lleguen a mejorar la calidad de vida dentro de las posibilidades que la subcultura intracarcelaria permite. Limitar el trabajo preventivo integral al contexto netamente intracarcelario, reduce la visión global de la prevención dentro de la marginalidad. Es por eso que proponemos un abordaje de prevención integral que se desarrolla en tres momentos: (a) la marginalidad precarcelaria, (b) la subcultura carcelaria y (c) la marginalidad postcarcelaria (seguimiento postgreso).

Marginalidad Precarcelaria

La ausencia de alternativas de apoyo, el desempleo y el subempleo, la pobreza y la pobreza extrema, una nula o baja escolaridad, la desintegración familiar, entre otros, son factores de la marginalidad que perpetúan la criminalidad. Estos se reafirman dentro de los sistemas penitenciarios, ofreciendo poca o ninguna posibilidad de reinserción social al egreso, creándose un ciclo.

El concepto de marginalidad está cargado de una gran cuota de discriminación

y culpabilización. La mayoría de los enfoques son asistencialistas y proponen medidas de erradicación y "limpieza social" que, por sus características represoras y violentas, llegan a reproducir en las personas afectadas conductas agresivas. Al hablar de esta marginalidad precarcelaria no queremos insinuar que todos sus miembros van a ingresar al sistema penitenciario, sino que existen elementos de esta subcultura que vulnerabilizan a quienes están inmersos/as en ella y que les facilita incurrir en la criminalidad. El análisis de esta subcultura permite trabajar con estas personas para dotarlas de los instrumentos que permitan reducir el impacto de las prácticas de riesgo.

Mi experiencia de trabajo con diferentes grupos refleja la necesidad de aproximarse a esta población desde un encuadre que desmitifique los prejuicios contruidos alrededor de ellos, sin asumir juicios de valor sobre sus costumbres y comportamientos, permitiendo una escucha desde la comprensión mas que desde la censura. Es a partir de este encuadre que se pueden desarrollar actividades preventivas de acuerdo con las necesidades reales de la población, e ir retomando elementos de análisis que permitan trasladar conceptos teóricos y metodológicos que nutran la prevención a lo interno de las cárceles para así trasladar la conciencia de la salud al interior del sistema penitenciario (Shifter, 1997).

Dentro de las experiencias concretas de trabajo, y tomando en cuenta el concepto de marginalidad que incluye una gran parte de la población con características particulares que de una u otra forma se encuentran en condiciones de criminalidad, hemos detectado algunos grupos principalmente afectados con los cuales hemos desarrollado las siguientes actividades de prevención:

Trabajadoras/es sexuales: Desarrollamos actividades de salud integral con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida. En los esfuerzos por mejorar la autoestima y atender la adicción a drogas de estas mujeres, aportamos un elemento de análisis de su vida y actividades que hemos encontrado disminuye la tendencia a arriesgar su vida y libertad incurriendo en actividades delictivas, que en sus casos se caracterizan por los robos y tráfico de drogas.

Jóvenes en riesgo social: Las personas menores de edad que deambulan en las calles, caracterizadas por falta de una familia ya sea en lo real o en lo simbólico, rechazo del núcleo familiar por la no adaptación a las normas establecidas, la alta incidencia a las drogas y la explotación sexual, se convierten en una población con alta vulnerabilidad a delitos comunes. Tomando en cuenta estas características, hemos dirigido los esfuerzos a brindarles un espacio que les resulte atractivo y a la vez les brinde la posibilidad de un hogar sustituto donde

reciben orientación, capacitación y apoyo emocional, desde una perspectiva no tradicional.

Población en delincuencia activa: Grupos que recurren a la delincuencia (delitos contra la propiedad, la vida, tráfico menor, delitos contra la vida), y que de una u otra forma han evadido la justicia civil y penal, reciben la posibilidad de capacitarse en el campo de la salud integral a través de un modelo que involucra reflexiones sobre elementos de su personalidad y vida que atentan ~~contra su calidad de vida como las adicciones, depresión, violencia y sexualidad~~ entre otras.

Dejando claro que el objetivo de nuestra intervención no es, por las limitaciones del enfoque, la eliminación de la incidencia delictiva en la población, el modelo compensa algunas de las claras deficiencias en materia de prevención de la salud, manejo de los problemas de adicción, violencia y falta de oportunidades sociales, que de no ser atendidas, tienen serias repercusiones en las condiciones de vida de estas gentes. Algunas veces, los esfuerzos de prevención llegan demasiado tarde, sin embargo, es necesario destacar que la simple toma de conciencia en los individuos en cuanto a su condición como seres humanos, con potencialidades y virtudes, ha provocado cambios de actitud prosociales. Finalmente, esta preparación previa favorece que, en aquellos casos en que se da el ingreso a la prisión, existan mecanismos de protección en materia de salud integral.

Dentro de esta área de acción, se han desarrollado experiencias exitosas orientadas a la prevención de la violencia, el consumo de drogas y el contagio del VIH/SIDA y las ITS, dentro de las cuales podemos mencionar la creación de una Casa Club en San José. Como hemos mencionado, la experiencia alcanzada a lo interno de la prisión nos ha demostrado la existencia de un sector social que, por sus condiciones de marginalidad y hábitos delincuenciales, son “usuarios” potenciales de los sistemas penitenciarios. Jóvenes en prostitución, asaltantes comunes, entre otros, forman parte de la clientela de esta Casa Club en San José, en la cual día a día, reciben un mensaje formativo mientras se toman una taza de café (tal vez la única del día), se bañan o solamente descansan. La razón principal para que este grupo haya adoptado el Club como parte de su diario vivir es la filosofía no punitiva ni moralista que posee el centro. En este sentido, estamos claros que el papel de detectar o detener población criminal es responsabilidad de las autoridades. Además, si bien es cierto que no se critica su forma de vida, constantemente se plantean diversas actividades alternativas de supervivencia: aprender un oficio, estudiar, trabajar, entre las cuales la persona puede elegir si así lo desea. Esta labor se realiza en coordinación con diversas organizaciones y entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Subcultura Intracarcelaria

En la mayoría de los casos, la subcultura intracarcelaria está conformada por condiciones provenientes de la marginalidad, recicladas por el sistema panóptico y acentuadas por el hacinamiento y la sobrepoblación. El sistema panóptico se fundamenta en una constante vigilancia, control y ejercicio de poder a partir de una figura jerárquica, en el cual cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido.

Las técnicas de supervivencia extracarcelarias utilizadas en la marginalidad se convierten en parte de una cotidianeidad ritualizada donde todo posee un significado especial, un simbolismo particular, una ética y una estética. Sobrevivir es la regla del juego. Dentro de esta dinámica se evidencia el deterioro en la calidad de vida (violencia y adicciones) por lo cual una acción que conlleve a su mejoramiento es absolutamente necesaria. En la coyuntura de la pandemia del SIDA, es vital.

En las cárceles conviven dos culturas paralelas que interactúan entre sí: la de los funcionarios y funcionarias, y la de las personas privadas de libertad. En vista de que cada una de ellas asigna un significado distinto a términos en común, hay dificultades para establecer el diálogo. Por esta razón, las actividades de prevención deben incluir a todo el penal. Uno de los aspectos positivos de los esfuerzos del Ministerio de Justicia de Costa Rica ha sido precisamente mejorar los conocimientos sobre prevención en todos sus funcionarios y funcionarias, desde la policía de ingreso, pasando por los/as conserjes, hasta los directores y directoras de los centros penales.

El Modelo Holístico frente al Modelo Biomédico

Las intervenciones con la subcultura intracarcelaria están basadas en un modelo holístico. Para entenderlo es necesario primero compararlo con el abordaje tradicional: el modelo biomédico. El modelo holístico, adoptado por el Ministerio de Justicia de Costa Rica se ha sido reconocido como una de las alternativas más eficientes: prevenir por medio de la educación y la participación de la población meta. Como he indicado anteriormente, la prevención no se puede hacer ni a la fuerza (tamizaje obligatorio) ni tampoco sin conocer la realidad de las poblaciones. En este punto surge el acierto del modelo seguido en Costa Rica. La consigna ha sido detener la epidemia por medio de la participación de las personas privadas de libertad en la prevención del contagio

y de los factores relacionados, como el consumo de drogas y la violencia.

Antes de continuar, debemos de ahondar en la comprensión del modelo biomédico. No existe un solo modelo de este tipo, sino muchas versiones, las cuales tienen entre sí las siguientes características:

- El instrumento principal para combatir una epidemia es la información. Si la gente está bien informada de cómo se transmite y previene el agente infeccioso, tomará las medidas higiénicas para controlarlo (Capra, 1983).
- La información debe suministrarse con claridad, lenguaje científico y de manera magistral con el fin de evitar malas interpretaciones o confusiones en el público.
- Los expertos y expertas en salud combaten las epidemias, principalmente médicos/as, quienes se han adiestrado adecuadamente para combatirlos. Se supone que los “expertos y expertas” serán respetados en las comunidades y que sus consejos se seguirán (Lolas, 1990).
- El actor principal en la prevención es el Estado, ya que una de sus funciones es garantizar la salud pública.

Estas consideraciones presentan dificultades cuando se trata de ajustarlas a la realidad. Veamos.

- Muchos estudios cuestionan el papel de la información como vehículo único de prevención. En epidemias como el SIDA, la gente conoce bien cómo se transmite y se previene pero no lleva a la práctica de forma automática estos conocimientos. Una serie de actitudes y emociones interfieren para que el conocimiento no sea fundamental. El uso del condón, como hemos visto en la población penal, muchas veces está influido por el consumo de alcohol o las drogas (Coates, Temoshok, & Mandel, 1984). Si la persona está intoxicada no lo usará, independientemente de cuánto sepa sobre la prevención.
- Las personas no son pantallas en blanco a las cuales se dirige la información. Las actitudes influyen en si los mensajes se reciben o se reprimen. La audiencia generalmente rechaza la información científica aburrida. Cuando no se usa la creatividad para que la gente preste atención al mensaje, aparece la saturación (Baum, 1994).
- Los “expertos y expertas” en salud suelen pertenecer a las clases medias y altas; su impacto se reduce en los sectores populares cuyos integrantes suelen desconfiar de sus intereses.
- El Estado, en la mayoría de los países, es generalmente un ente burocrático con poca flexibilidad y credibilidad para ganarse la confianza de la gente.

Teniendo en cuenta estas premisas, analicemos ahora la labor de nuestra estrategia de prevención del VIH/SIDA, la violencia y la adicción: el modelo holístico. Este también tiene muchas variaciones y orígenes. En los Estados Unidos se le asocia al nacimiento, en los años 60, de la medicina alternativa y los estudios sobre el papel de las emociones en la salud. El *boom* holístico se inició con los trabajos en temas como la bioretroalimentación, el papel de la actitud emocional en la curación del cáncer y las investigaciones sobre nutrición, dieta y salud (Bakal, 1979). Estas corrientes comparten la premisa de que la persona puede tanto producir como curar la enfermedad y que ésta es producto de desbalances en la vida; la manera de prevenir y curar, entonces, recae en el sujeto. Se desconfía de la medicina alopática con su énfasis en curaciones por cirugía y medicinas químicas (Anderson, & Armstead, 1995).

Para que un modelo de prevención se considere holístico debe seguir algunos de los siguientes criterios:

- Las emociones juegan un papel tan importante como la razón, si la persona no está convencida emocionalmente de la necesidad de prevenir para su bien, o no cuenta con ayuda para hacerlo, no podrá realizar los cambios necesarios.
- La prevención no puede realizarse de manera magistral, la persona debe ser partícipe para su propio bienestar. Esto significa que el público meta debe estar involucrado en la campaña y no ser un simple espectador pasivo.
- Para que la persona sienta que el problema es suyo debe de mirar a otras personas con sus propios recursos e ideología, involucrarse en la lucha. Los "expertos y expertas" suelen quitarle el poder a los individuos al presentarse como dueños de la verdad.
- La comunidad y el individuo son los vehículos principales de la prevención. Es en este nivel en que se encuentra el conocimiento de las condiciones locales y los obstáculos principales.

El modelo holístico de prevención del SIDA en la cárcel tiene los siguientes principios:

- Respeto a las relaciones de las personas privadas de libertad
- Metodología partícipe
- Empoderamiento, e
- Independencia administrativa

La Implantación del Modelo Holístico de la Salud Integral en Sistemas Penitenciarios

Como ya he indicado, el éxito en una intervención en salud preventiva está fundamentado en el conocimiento y respeto de la identidad cultural de la población meta con la cual deseamos trabajar. Esto, aparejado al enfoque holístico, que ofrece la posibilidad de la expresión de sentimientos e interacción de pares en un contexto grupal liderado por un facilitador perteneciente a la misma población, ha demostrado ser el modelo idóneo en la construcción de un programa de salud integral preventiva dentro del sistema penitenciario costarricense.

En la segunda etapa del modelo desarrollado por el ILPES ofrecíamos la oportunidad a aquellas personas internas interesadas en replicar la experiencia. Esto ameritó el desarrollo de un segundo módulo de capacitación que ofrecía técnicas de facilitación. Los cofactores que conllevan a un posible contagio tales como las adicciones y la violencia se abordaron a través del desarrollo (basados en investigación y experimentación previa) de otros talleres que, a su vez, se replicaban tanto por los privados de libertad como por los funcionarios del ministerio. La capacitación de estos últimos se llevó a cabo en la Escuela de Capacitación del Ministerio de Justicia y Gracia. En la actualidad más de 2,000 internos y unos 100 funcionarios han participado en el proceso.

La reincidencia y necesidad de reinserción social de parte de la población penal, al igual que la urgencia de prevención dentro de la población marginal extracarcilaria, creó la necesidad de extender el impacto de estos talleres. Esto se ha logrado a través de salas o casas clubes donde se atiende dicha población desde 1999. La proyección estimada de personas incorporadas a este trabajo nos indica que aproximadamente cinco mil se han beneficiado directa o indirectamente.

Estos esfuerzos a lo interno de la prisión están sistematizados en manuales de trabajo, los cuales facilitan su replicación en otros contextos. Cada manual posee una estrategia de monitoreo que permite determinar tanto el aprovechamiento de la información como la adopción de estos principios en la vida cotidiana del penal. El involucramiento de las autoridades y de los funcionarios y funcionarias de los centros permite un alto nivel de retroalimentación sobre los efectos directos de las acciones a lo interno del centro.

Finalmente, debemos tener claro que en la población privada de libertad, de

igual manera que en la mayoría de las que abordamos, el peligro es uno de los elementos de la vida cotidiana. El riesgo del contagio del virus viene a ser uno más de la lista, tal vez ni siquiera el peor o más inmediato. En estos casos una forma de prevención es reducirlo y no aspirar a erradicarlo del todo, tal vez debemos contentarnos con promover un 70% en lugar de un 100% de efectividad. Para tratar de lograr lo óptimo, quizá debemos perder lo mínimo posible. Sin embargo, aún en estas condiciones, no podemos atribuir a la casualidad que el sistema penitenciario costarricense haya logrado mantener uno de los niveles más bajos de seroprevalencia para el VIH, complementado además con los esfuerzos en materia de atención para los/as pacientes que ha mantenido el sistema.

Marginalidad Postcarcelaria (Seguimiento Postgreso)

Para las personas privadas de libertad, una vez que se alcanza el egreso del sistema penitenciario, existen dos posibles vertientes: permanecer en su actividad delictiva, y realizar un cambio en sus patrones de vida y dejar de delinquir. Ambas vertientes necesitan atención específica.

La primera está conformada por personas en las que la criminalidad, la prisión, la prostitución y las drogas conforman una clara faceta dentro de su desempeño, y en las cuales es posible detectar un alto grado de frustración y peligrosidad. Esta población posiblemente se revierta al sistema penitenciario y la intervención ha de estar dirigida a la capacitación en salud integral, de modo que puedan poseer los instrumentos necesarios para mejorar su calidad de vida en el sistema al cual eventualmente regresarán.

La segunda, complementará la capacitación antes mencionada más aquella que proporciona instrumentos que favorecen y potencian una reinserción social exitosa. En este sentido, la atención desprejuiciada para la persona liberada, la capacitación técnica, el apoyo socioafectivo, y, en los casos que lo requiera, un apoyo económico temporal, promueven la construcción de un proyecto de vida alternativo a la delincuencia, que potencia estrategias de protección ante los factores que, después de una valoración personal introspectiva, aumentan la posibilidad de volver a la prisión (problemas de adicción, alcoholismo, desintegración familiar), entre otros.

La prevención de la reincidencia de la persona liberada es, desde un punto de vista ético jurídico y desde una óptica económica y social, un elemento fundamental para el control de la criminalidad. Cuando no se ofrecen las condiciones externas de asistencia integral para estas personas, la mera aplicación de la pena privativa de libertad es ineficaz para lograr una exitosa reinserción social.

Además, el acompañamiento incluye la inserción en procesos intensivos de capacitación técnica para aprender un oficio a través del cual, en un mediano plazo, creen su principal fuente de ingreso. Por otra parte, día a día la persona comparte en un grupo de pares su vivencia en cuanto a la experiencia de estar en libertad, logrando desarrollar mecanismos cognitivos personales para la valoración de aquellas situaciones o elementos que le pueden llevar de nuevo a prisión. El refuerzo constante del avance y el análisis de los factores negativos enfrentados en la cotidianeidad, van favoreciendo el proceso de cambio y generando mayor aceptación en los grupos familiares y comunales antes dudosos del resultado. No menos importante, es el apoyo económico subsidiado que le permite a la persona concentrar sus esfuerzos en este proceso de construcción, garantizándole un ingreso que le permite su supervivencia y la de su grupo familiar, sin necesidad de tener que delinquir.

El panorama que hasta ahora hemos descrito hace del trabajo en prevención integral una necesidad urgente. Alcanzar a, y lidiar con las personas involucradas en esta identidad cultural de forma científica, creativa, compasiva y eficaz y mejorar su condición de vida es imperativo. Este es el reto al que nos enfrentamos tomando en consideración los derechos humanos de las personas privadas de libertad y sus necesidades de prevención de ITS y VIH; en síntesis su derecho a una salud integrada.

Referencias

- Anderson, N., & Armstead, C. (1995) Toward understanding the association of socioeconomic status and health: A new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosomatic Medicine*, 57, 213-225.
- Baum, A. (1994). Behavioral, biological, and environmental interactions in the disease process. En S. Blumenthal, K. Matthews, & S. Weiss (Eds.) *New research frontiers in behavioral medicine: Proceedings of the National Conference*. (62) Washington, DC: NIH Publications.
- Bakal, D. (1979). *Psychology and medicine*. New York, N.Y: Springer.
- Bejarano, J., Sáenz, M., & Ugalde, F. (1996). *Estudio sobre consumo de drogas en sitios centinela Costa Rica 1995*. 4ta. ronda. San José, Costa Rica: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA.
- Capra, F. (1983). *The turning point: Science, society, and the rising culture*. New York, NY: Bantam Books.
- Chacón, I. (1999) (Compiladora). *Proyecto de mejoramiento de la aplicación de los*

SHIFTER SIKORA

estándares internacionales de derechos humanos en los sistemas penitenciarios de los países del istmo centroamericano. San José, Costa Rica: ILANUD-Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

Coates, T.J., Temoshok, L., & Mandel, J. (1984). Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDS. *American Psychologist*, 39, 1309-1314.

Ellis, H. (1936). *Studies in the psychology of sex*. Vol. 2. New York, N.Y.:Random House.

Hart, G. (1973). *Sexual maladjustment and disease: An introduction to modern venereology.* Chicago, Ill.: Nelson-Hall.

Izazola, J., & Izazola, S. (1998) (Eds.) *Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*, México, D.F., México: Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina (SIDALAC) Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Mexicano de Prevención del Delito e Investigación Penitenciaria.

Izazola Licea, J.A. (1998). *Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*. México, D.F., México: SIDALAC.

Lolas, F. (1990). La integración de las ciencias del comportamiento y la biomedicina: Necesidad de una metateoría. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 109(1), 38-43.

Madrigal, J. (1993). *Impacto de la prevención de SIDA en privados de libertad costarricenses*. San José, Costa Rica: ILPES.

OMS. (2000). *Informe sobre situación mundial de personas privadas de libertad*, [En Red]. Disponible: www.who.org.

ONUSIDA. (1997). *Las Cárceles y el SIDA. Punto de vista de ONUSIDA*. Ginebra, Suiza: Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas.

Schifter, J. (1997). *Amor de machos: Lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles*. San José, Costa Rica: ILPES.

Schifter, J. (1989). *La formación de una contracultura: Homosexualismo y SIDA en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ediciones Guayacán.