



Revista de la Universidad Industrial de
Santander. Salud
ISSN: 0121-0807
saluduis@uis.edu.co
Universidad Industrial de Santander
Colombia

Almeida Rueda, Laura María; Giraldo Pineda, Álvaro; Forero Pulido, Constanza
“Encierro sobre el encierro” aislamiento por tuberculosis. Centro penitenciario Medellín
Colombia

Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, vol. 48, núm. 1, enero-marzo,
2016, pp. 61-69
Universidad Industrial de Santander
Bucaramanga, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343844022009>

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

“Encierro sobre el encierro” aislamiento por tuberculosis. Centro penitenciario Medellín Colombia

**“Confinement on the confinement” isolation for
tuberculosis. Penitentiary center Medellín Colombia**

Laura María Almeida Rueda¹, Álvaro Giraldo Pineda², Constanza Forero Pulido²

Forma de citar: Almeida Rueda LM, Giraldo Pineda A, Forero Pulido C. “Encierro sobre el encierro” aislamiento por tuberculosis. Centro penitenciario Medellín Colombia. Rev Univ Ind Santander Salud. 2016; 48(1): 61-69. DOI: <http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v48n1-2016007> 

RESUMEN

Introducción: Las personas privadas de la libertad diagnosticadas con tuberculosis son aisladas para evitar el contagio a otros internos y a los guardianes, a esta situación los participantes le dan significados que pueden ayudar en el diseño de programas para el control de la tuberculosis en centros penitenciarios. **Objetivo:** Comprender el significado que las personas privadas de la libertad, le dan al aislamiento a que se deben someter durante el tratamiento de la tuberculosis. **Metodología:** Se utilizó la investigación cualitativa con enfoque etnográfico, se realizaron 14 entrevistas y 400 horas de observación. Se llevó diario de campo. **Hallazgos:** Las personas privadas de la libertad diagnosticadas con tuberculosis son llevadas a un lugar de aislamiento que favorece la curación y al mismo tiempo genera discriminación. El aislamiento es considerado un “encierro sobre el encierro”. Este trae consecuencias físicas, socio-culturales y psicológicas. Para disminuir el impacto buscan distracción y cuando ven síntomas de recuperación lo toman con paciencia. **Conclusión:** El aislamiento se ve desde dos perspectivas: la comodidad y tener que soportar el encierro y la discriminación. Genera conflictos y alteraciones en la salud física y mental.

Palabras clave: tuberculosis, aislamiento de pacientes, etnografía, discriminación social, rechazo, prisiones.

1. Universidad Cooperativa de Colombia, Bucaramanga, Colombia.

2. Universidad de Antioquia; Medellín, Colombia.

Correspondencia: Laura María Almeida Rueda. Dirección: Calle 62 45-27 La floresta, Bucaramanga, Santander. Correo electrónico: lamar1123@gmail.com. Teléfono: +57 (4) 2196827.

ABSTRACT

Introduction: Deprived of freedom persons, diagnosed with tuberculosis are isolated to prevent transmission to other inmates or guards, this situation gives meanings that can help in designing programs to control tuberculosis in prisons. **Objective:** To understand the meaning that deprived freedom people give to isolation, which they must be submitted in the treatment of tuberculosis. **Methodology:** qualitative research with ethnographic approach was used, 14 interviews and 400 hours of observation were performed. Field diary was carried. **Findings:** Jailed persons diagnosed with tuberculosis are taken to a place of isolation that promotes healing and at the same time generates discrimination. The isolation is considered a “lock on the closure.” This brings physical, socio-cultural and psychological consequences. To reduce the impact of persons deprived of liberty they seek distraction and when they see signs of recovery take it easy. **Conclusion:** isolation is seen from two perspectives: the comfort and having to endure the confinement and discrimination. Generates conflicts and alteration in the physical and mental health.

Keywords: Tuberculosis, patient isolation, anthropology cultural, zocial discrimination, rejection, prisons.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa causada por *Mycobacterium tuberculosis*, que en la mayoría de los casos ataca los pulmones. Esta bacteria ingresa por inhalación y se transmite de una persona a otra por vía aérea^{1,2}.

Los Centros Penitenciarios (CP) son instituciones totales según Goffman³ definidas como “un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” y según la ley Colombiana⁴ tienen como función “alcanzar la resocialización del infractor de la ley penal, mediante el examen de su personalidad y a través de la disciplina, el trabajo, el estudio, la formación espiritual, la cultura, el deporte y la recreación, bajo un espíritu humano y solidario”; estos centros tienen deficiencias estructurales, mala ventilación y hacinamiento⁵⁻⁹, que favorecen la propagación de enfermedades como la Tuberculosis¹⁰, cuya ocurrencia es mayor que en la población general^{7,11,12}.

La tuberculosis es manejada en las cárceles de acuerdo a un esquema tradicional, según el cual las personas diagnosticadas son aisladas en un lugar determinado para evitar el contagio^{9,13,14}.

Algunos asocian la tuberculosis con castigo, pobreza y culpa¹⁵. El aislamiento ha sido definido de forma muy variada en la literatura, confundiéndose frecuentemente con soledad y exclusión¹⁶. Es visto por algunos como una violación de los derechos humanos básicos¹⁷. Los médicos, en cambio, lo consideran una modalidad terapéutica útil en casos indicados¹⁸.

Según el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC)¹⁹ el aislamiento está autorizado para prevenir enfermedades transmisibles como la tuberculosis pulmonar (TB), separando a las personas enfermas de aquellas que están sanas, restringiendo su movilidad. En la literatura no se ha encontrado suficiente información acerca de los significados del aislamiento por tuberculosis en las personas privadas de la libertad (PPL).

Algunos estudios en cárceles muestran la caracterización clínico-epidemiológica, la posibilidad de adquirir la enfermedad en las cárceles^{12,20} y la necesidad de aumentar el tiempo de aislamiento como una forma de protección²¹. Por lo tanto la pregunta de investigación fue: ¿Qué experiencias han tenido las personas privadas de la libertad diagnosticadas con tuberculosis respecto al aislamiento y qué significado le dan a éste?

A partir de dichas experiencias se generan significados que servirán de base para elaborar propuestas o estrategias desde la mirada de sus protagonistas como insumo fundamental para el diseño, implementación y evaluación de un sistema de vigilancia epidemiológica en Tuberculosis basado en la comunidad.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una investigación cualitativa con enfoque etnográfico, por lo tanto se tuvo en cuenta la cultura entendida por Geertz²² como “estructuras de significación socialmente establecidas”, con el fin de comprender las experiencias y significados que le dan al aislamiento las personas privadas de la libertad (PPL) con diagnóstico de Tuberculosis. Además, basados en los planteamientos de Geertz²², se partió de la mirada de los participantes (visión “emic”), sin desconocer los

aportes teóricos y conceptuales de los investigadores (visión “etic”).

El centro penitenciario (CP) seleccionado destinado a recibir hombres, está situado en el municipio de Bello en el sector de Machado y tenía una capacidad para albergar 2.424 prisioneros, hasta que uno de los patios fue desocupado por riesgos en las infraestructura, así que en la actualidad la capacidad real según la dirección del establecimiento, es de 2.008 PPL, en los últimos años ha llegado a albergar en su interior más de 8.000 internos por el índice de delincuencia y descomposición social²³.

Participantes: Personas Privadas de la Libertad (PPL) que estuvieron o estaban en aislamiento por tuberculosis. Previamente, se les presentó la propuesta y manifestaron su interés en participar en el estudio. Se tuvo acceso a los participantes mediante el contacto directo de la investigadora con esta población en razón del trabajo asistencial que ha desempeñado por más de 3 años en diferentes estudios sobre tuberculosis en este CP.

Técnicas:

Observación: se realizaron 400 horas de observación en el lugar de aislamiento y en sanidad del Centro Penitenciario CP, teniendo contacto permanente con personas diagnosticadas con tuberculosis y con otras personas privadas de la libertad.

Entrevista: se aplicaron 14 entrevistas individuales y se grabaron con previo consentimiento. Las grabaciones se revisaron posteriormente para identificar aspectos que requerían mayor profundidad y considerarlos en las próximas entrevistas. Los temas que se indagaron fueron relacionados con el lugar de aislamiento, lo que hacen, las interacciones, el tratamiento recibido, los significados y las consecuencias. Los participantes tenían edades entre 23 y 57 años.

Diario de campo: se registraron las observaciones, las actividades y se describieron las impresiones por parte de los investigadores para nutrir el análisis.

Análisis de la información:

Las entrevistas y el diario de campo se transcribieron, codificaron, identificaron categorías, sub-categorías y se elaboraron mapas para organizar la información. Este procedimiento fue desarrollado de forma manual.

Socialización de los resultados:

Se hizo con personal del Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC), Secretaría de Salud, personal de salud de centros penitenciarios y pares académicos.

HALLAZGOS

Descripción del lugar de aislamiento

Las personas privadas de la libertad diagnosticadas con tuberculosis son remitidas a un lugar de aislamiento con el fin de proteger a quienes se consideran sanos, allí deben permanecer hasta cuando el resultado de la baciloscopia sea negativo y así el médico puede dar la orden de salida del aislamiento que es aproximadamente de 40 a 60 días.

El lugar de aislamiento en este centro penitenciario está ubicado en un segundo piso correspondiente a sanidad penitenciaria, consta de tres espacios con capacidad para 13 personas. El sitio de aislamiento tradicional o número uno, se encuentra en la mitad de un pasillo por donde transitan las personas que pasan al servicio de urgencias, observación y hospitalización, este lugar es en forma de L y está dividido en 3 habitaciones pequeñas con cuatro camarotes y un baño, en la habitación más pequeña existe una ventana desde la cual se observa la cancha de fútbol y en las otras dos habitaciones las ventanas dan al interior. La infraestructura del lugar de aislamiento está un poco deteriorada como consecuencia de un incendio provocado por los internos. El sitio de aislamiento número dos es un antiguo consultorio médico con dos camas, un baño y una ventana grande. El tercer sitio es un antiguo consultorio odontológico con un sanitario y una ventana que da al exterior del centro penitenciario, carece de camas pero tiene tres colchonetas.

Los participantes describen el aislamiento como una situación en la cual no es posible interactuar con compañeros sanos ni con la familia y no se tienen noticias de lo que sucede afuera. Según ellos el lugar es pequeño, aireado, cómodo y beneficioso por las posibilidades que brinda para recuperarse, sin embargo se sienten doblemente castigados y secuestrados.

“El aislamiento es como si uno estuviera secuestrado” (E7)

“Eso se llama encierro sobre el encierro, encierro en la cárcel” (E3).

Dos miradas sobre el aislamiento

Mirada positiva

Cuando los participantes se encuentran en el aislamiento, tienen la certeza de que en un tiempo determinado saldrán sanos, además allí pueden reflexionar sobre su vida, pueden descansar y algunas veces cuando hay compañeros con quienes se entienden, pueden conversar, jugar y entretenerte mientras pasa el tiempo.

“El aislamiento me proporcionó un sitio más cómodo donde dormir en las noches” (E4)

“Yo me sentí bien en aislamiento, porque me sirvió para reflexionar en muchas cosas y recuperarme del todo, hasta dejar el vicio” (E1).

Mirada negativa

La mirada negativa del aislamiento está relacionada con aspectos físicos, socio-culturales y psicológicos.

Físicos

Entre los aspectos físicos relatan dolores en la columna, al no poder realizar ejercicios y permanecer todo el día inactivos y molestia en los ojos por dormir mucho.

“No había nada para hacer; solamente mirar las caras o dormir. A lo último hasta me dolían los ojos y la columna” (E3).

Socioculturales

Los aspectos socio-culturales se refieren a las interacciones entre las personas, a las diferentes costumbres y concepciones que se tienen según el rol que desempeñan y a la formación que han recibido que los lleva a actuar de determinada forma frente a las personas y a las situaciones que se dan entre ellas. De esta manera las personas pueden tener comportamiento de rechazo con quienes presentan una enfermedad contagiosa como la tuberculosis. Para los participantes en el estudio este rechazo se da entre los mismos que han sido diagnosticados de tuberculosis puesto que en el lugar de aislamiento permanecen tanto los que llevan un tiempo de tratamiento, como los que recién lo comienzan, presentándose señalamientos por parte de los mismos internos como del personal del INPEC, la familia y el personal de salud.

“Si está una persona en un aislamiento en determinado tiempo por qué van a meterle personas que van a iniciar el tratamiento” (E9)

“En el aislamiento con otros apestosos en peores condiciones que yo” (E9)

Dadas las condiciones del lugar y que las interacciones son más cercanas, se dificulta la convivencia y los conflictos son más frecuentes.

“En aislamiento había un interno muy fastidioso, nos tenía muy asoleados y entonces eso si le llegan problemas a uno, después llegamos a discordias” (E8).

También se presentan dificultades con los guardianes de ciertos turnos, porque no cumplen con proporcionarles la hora de sol a la que tienen derecho y porque se tardan varios días en sacarlos cuando finaliza el tiempo de aislamiento.

“A veces no nos dejaban ni salir; ni nada para la hora de sol, pues lo que más nosotros pedíamos era la hora de sol” (E5)

Otra dificultad es con la administración que los lleva a permanecer más del tiempo requerido en aislamiento, por la demora para expedir la orden de salida, ya que se requieren exámenes de control y la firma del médico; ambos procedimientos son difíciles de obtener, porque no siempre hay laboratorio ni médico disponible.

“Después de que el médico ordenó el tratamiento, que nos entrevistó y nos tomó los datos, no le volvimos a ver la cara” (E9)

Psicológicos

En lo relacionado con el aspecto psicológico los participantes manifiestan aburrimiento, tristeza, “rabia” (enojo), desespero y miedo, sentimientos que los hacen no querer permanecer en el lugar de aislamiento.

“Yo me mantenía muy aburrido allá, yo les decía a los enfermos que yo ya no quería estar más allá, que eso era mucho encierro” (E5).

La tristeza es causada principalmente por la soledad a la que son sometidos y la discriminación por parte de sus compañeros, los funcionarios del INPEC, su familia y el personal de salud. Según los participantes la tristeza los lleva a la depresión.

“El aislamiento le genera a uno una serie de depresiones” (E7).

La rutina los hace sentir aburridos porque no encuentran posibilidades para ocupar el tiempo, lo que les genera

el deseo de salir a otros lugares como la cancha donde pueden recibir el sol.

“No había nada para hacer; solamente mirar las caras o dormir” (E3)

“Uno estar encerrado tanto tiempo y no probar sol ni nada, sino cada que el guardia quiera, entonces eso lo pone a uno muy tenso” (E8)

La “rabia”, según los participantes, es generada por sentirse discriminados cuando les colocan barreras, tanto físicas como socioculturales y psicológicas. Las físicas están representadas por el uso obligatorio del tapabocas, las socioculturales se manifiestan en la distancia que ponen los funcionarios del INPEC con las personas que están en aislamiento, impidiéndoles que se acerquen.

“Más de uno como lo ven con el tapabocas, se retiran, entonces no le hablan a uno casi, se siente uno mal, a uno le da rabia” (E10)

La desesperación producida por la “rabia” o enojo, los lleva a acciones que pueden ser perjudiciales para ellos o para la institución.

“Tuvimos que prender (incendiar) eso allá abajo, para poder que nos subieran para el patio, estábamos desesperados” (E5)

La enfermedad como tal produce miedo a los participantes desde dos perspectivas diferentes, los que acaban de entrar temen a que la enfermedad sea incurable, que el tratamiento no sea efectivo y se mueran y los que están en tratamiento tienen miedo de que los nuevos los vuelvan a contagiar. Como consecuencia de estos miedos las personas privadas de la libertad que recién han ingresado se sienten discriminadas por sus compañeros de aislamiento por el miedo que aquellos sienten de contagiarse, al mismo tiempo estigmatizan su enfermedad al considerarla mortal.

“Uno brega a no arrimársele mucho a los otros que han llegado nuevos, es que son más contagiosos que uno” (E10).

“Saber que es tuberculosis, da miedo” (E6).

Mecanismos de afrontamiento

Para disminuir el impacto que les causa al aislamiento, las personas emplean mecanismos como tratar de entender la discriminación hacia ellos como una reacción normal a una enfermedad contagiosa, ocuparse

en algo, dormir, conversar con los compañeros o distraiéndose de diversas formas.

“Aguantar el rechazo, porque yo haría lo mismo estando sano” (E10)

“Estar hablando con alguien, también le ayuda a uno a aislarlo del momento en donde está” (E3).

Cuando ven síntomas de recuperación, los participantes se dan cuenta que el tratamiento ha sido efectivo, comienzan a ayudarse ellos mismos tomando los medicamentos que les prescriben y también se da una etapa de tranquilidad y de espera paciente, hasta que los consideren curados.

“Traté de tomarme todo lo que me decían que debía tomar, eso me lo tomaba juicioso y esperar. Bastante paciencia.” (E3)

Sugerencias

Las personas sometidas al aislamiento plantean una serie de sugerencias con el fin de que este proceso sea más llevadero, se evite la re-infección y no se discrimine a los enfermos. Estas sugerencias están encaminadas a proponer acciones para mejorar el sitio de aislamiento, capacitar a las personas comprometidas con los enfermos de tuberculosis, mejorar la atención en salud y proporcionar elementos de entretenimiento a las personas aisladas. Además tener un lugar adecuado, con las condiciones mínimas que eviten el contagio entre ellos y separar a los que llevan un tiempo de tratamiento de los que acaban de entrar, para evitar re-infecciones.

“En un centro de reclusión debe haber unos espacios más adecuados, más idóneos, con higiene, con una mayor atención para los que han padecido o hemos padecido esta enfermedad” (E7)

Solicitan programas educativos que permitan la comprensión de la situación de los enfermos, esta preparación debe estar dirigida al personal de salud, a la familia, a los guardianes y a los mismos internos, y también la familia debería informarse con el personal de salud.

“Expliquen mejor, por qué es la enfermedad, porque cuando nosotros estuvimos allá sabíamos que teníamos Tuberculosis, pero no sabíamos más de eso. Háganle saber más a las personas qué es la enfermedad, cómo la pueden contrarrestar (E6).

“La familia debería de ir a hablar con las doctoras, referente al problema que uno tiene” (E1)

Los participantes esperan que les sea respetada la hora diaria de sol; que cuando se cumpla el tiempo de aislamiento puedan salir inmediatamente a los patios y no tener que esperar varios días hasta que el personal de salud firme la orden de salida del aislamiento; tener actividades que les permitan distraerse y entretenerte la mente; tales como ver televisión, tener juegos de mesa.

“Que estén más atentas en los exámenes, en los controles” (E14)

“Distraerse mucho, hacer mucho ejercicio, leer mucho para no pensar tanto, porque si uno va a estar quieto y piensa y piensa, esta enfermedad de por si lo acaba a uno” (E11)

“Tener juegos o un televisor” (E10)

DISCUSIÓN

Tradicionalmente el aislamiento ha sido utilizado de dos formas: como castigo o como protección. Como aparece en el Levítico²⁴ se aislaban a las personas por la enfermedad y también como castigo por la impureza. En la edad media²⁵ con la peste negra, la gente se aisló de los pueblos e incluso de familiares para protegerse.

Con el tiempo se comenzó a pensar en la protección tanto de los pacientes como de la población sana y el aislamiento se llevó para los hospitales. Es así como la Organización Mundial de la Salud (OMS)²⁶ establece en el caso de la tuberculosis, políticas de aislamiento según las cuales debe ser realizado en una habitación individual, lo que no coincide con lo encontrado en nuestro estudio, donde el aislamiento para las personas privadas de la libertad con diagnóstico de tuberculosis se realiza en una habitación con varias personas diagnosticadas con la enfermedad, pudiendo interactuar entre ellas.

En el estudio de Smith²⁷ se encontraron problemas generalizados de salud, después de cuatro semanas de confinamiento solitario, como dolores de estómago y musculares lo que coincide con este estudio en que las personas con tuberculosis en aislamiento manifestaron presentar dolor en la columna, lo que concuerda también con los estudios realizados por Altman y Haythorn²⁸ en los que las personas aisladas reportan reacciones exageradas emocionales y malestar físico.

Según McCleery²⁹ la incertidumbre acerca de la duración del tiempo del aislamiento suscita un sentimiento de indefensión e incrementa la hostilidad y la agresividad, esta situación se manifestó en el presente estudio en el que los participantes manifestaron realizar acciones

peligrosas (incendio) por no saber hasta cuándo iban a estar en aislamiento.

Según Smith²⁷, Gilmartin, Grot y Sousa¹⁶ el aislamiento puede ser psicológicamente perjudicial para cualquier persona privada de la libertad, “dependiendo de la persona, la duración y las condiciones particulares puede causar ansiedad, depresión, ira, trastornos cognitivos, distorsiones en la percepción, pensamientos obsesivos, paranoia y psicosis”²⁷, igualmente en nuestro estudio se encontró que el aislamiento aunque puede tener ventajas, también presenta condiciones negativas que producen tristeza, miedo, malestar, aburrimiento y rabia.

Para Goffman³ el contacto limitado entre reclusos y supervisores, contribuye a producir en cada grupo “rígidos estereotipos hostiles” del otro grupo, coincidiendo con esta investigación donde esos estereotipos se traducen en discriminación hacia las personas aisladas por parte del personal de salud y personal del INPEC.

Boccaccio en el Decamerón³⁰ relata cómo las personas se apartaban y huían de los enfermos por la peste, para mantener la vida. En este trabajo se encontró que las personas con tuberculosis percibían que los demás se alejaban por miedo y ellos mismos también se alejaban del que estaba recién diagnosticado, por miedo a contagiarse. Ascuntar, Gaviria Uribe y Ochoa³¹ también encontraron que el rechazo de los pacientes y familiares está relacionado con el miedo al contagio.

Coincidimos con Marina³² quien plantea que “el miedo es un sentimiento proliferante y contagioso y dispara mecanismos de huida”. En este estudio el mecanismo de huida fue alejarse para no contagiarse, es una acción colectiva que trasmite de una persona a otras.

Según Parsons³³, cuando existen mecanismos de aislamiento por enfermedad las personas buscan apoyo en otras, lo que coincide con este estudio en cuanto a que los participantes demandan apoyo del personal salud, INPEC, familia y otras personas privadas de la libertad.

Para este estudio la paciencia y la evasión que los lleva a no perder la cabeza, van muy de la mano con lo que afirma Rodríguez³⁴ sobre las estrategias evitativas que hacen parte del afrontamiento, estas son útiles en la medida en que reducen el estrés y evitan la ansiedad permitiendo soportar el aislamiento.

En este estudio son importantes las propuestas de las personas privadas de la libertad para mejorar sus condiciones con respecto al aislamiento, al que son

sometidas por su condición de enfermas o portadoras de tuberculosis. Cabe resaltar que en un estudio de estos tener propuestas por parte de las personas afectadas es una situación innovadora que puede ser aprovechada por las instituciones y organismos que plantean programas y políticas con respecto a situaciones de salud en centros penitenciarios.

CONCLUSIONES

- El aislamiento se ve desde dos perspectivas la comodidad y tener que soportar el encierro y la discriminación.
- El aislamiento genera dolores físicos, conflictos en las relaciones interpersonales y alteraciones en la salud mental.
- Comprensión y paciencia son los mecanismos que las personas utilizan para disminuir el impacto que les causa el aislamiento.
- Las acciones que se proponen para mejorar las condiciones en el aislamiento se refieren al mejoramiento en la atención en salud, proveerlos de elementos para entretenimiento y mejorar las condiciones físicas del sitio.
- Se debe realizar un proceso educativo, que incluye información, capacitación y comunicación, tanto a los enfermos, PPL, personal del INPEC y personal de salud.

AGRADECIMIENTOS

A las personas privadas de la libertad por su respeto y apoyo incondicional y especialmente a quienes han sufrido Tuberculosis. Al personal del INPEC por su colaboración y apoyo. A Colciencias, a la Facultad Nacional de Salud Pública y a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia por el apoyo docente

CONSIDERACIONES ETICAS

El presente estudio se enmarca en el proyecto de la Universidad de Antioquia y Colciencias, Titulado: “Evaluación de un sistema de vigilancia para el control de la Tuberculosis, basado en la comunidad, implementado en tres centros penitenciarios y carcelarios de Medellín, 2013-2015 Código COLCIENCIAS 111556934182. 2013.”

Este estudio se ajustó a las normas internacionales sobre ética en la investigación humana, en especial a la Declaración de Helsinki³⁵. Se respetó el derecho de los participantes a proteger su integridad y se garantizó la intimidad y la confidencialidad de la información.

Se informó acerca del derecho de participar o no en la investigación, y de retirarse en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se tomaron en cuenta los aspectos establecidos en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia³⁶.

El riesgo de participar en esta investigación fue estimado como mayor al mínimo, según el Comité de Ética de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en sesión 106 del 31 de Julio de 2014 y la normatividad internacional del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)³⁷ donde se establecen las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos, dentro de las cuales las personas privadas de la libertad son catalogadas como vulnerables, ya que su autonomía se encuentra limitada.

Los investigadores estuvieron expuestos a riesgo biológico y de seguridad, se siguieron las normas del INPEC y se acataron las medidas de seguridad y bioseguridad requeridas. No se realizó ninguna intervención fisiológica. Esta investigación estuvo basada en una relación de confianza entre investigadores, participantes e instituciones. Los investigadores no tienen conflicto de intereses con el tema.

CONFLICTO DE INTERÉS

No hubo conflicto de interés alguno para la realización del presente trabajo.

REFERENCIAS

1. LoBue P, Sizemore C, Castro K. Plan to Combat Extensively Drug-Resistant Tuberculosis. Recommendations of the Federal Tuberculosis Task Force [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Morb. mort. wkly. rep., Recomm. rep. 2009 -523-019/41153 Region IV.
2. Unión Internacional Contra la tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, Ait-Kahaled N et al. Manejo de la tuberculosis, una guía esencial de buenas prácticas. Sexta. París, Francia: Unión Internacional Contra la tuberculosis y Enfermedades Respiratorias; 2010.
3. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1970.
4. Congreso de Colombia. LEY 65 de Agosto 19 de 1993. Por la cual se expide el Código Penitenciario y Carcelario. Bogotá: Congreso; 1993.
5. Organización de las Naciones Unidas, ONU. Informe

- anual de la alta comisionada de las naciones unidas para los derechos humanos en Colombia [Internet]. Mexico: ONU; 2013 Ene p. 21. Report No.: GE.13-11136 (S) 180213 190213.
6. Lobato MN, Roberts CA, Bazerman LB, Hammett TM. Public health and correctional collaboration in tuberculosis control. *Am J Prev Med.* 2004; 27(2): 112-117.
 7. Waisbord S. Participatory communication for tuberculosis control in prisons in Bolivia, Ecuador, and Paraguay. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 27(3): 168-174.
 8. Instituto Latinoamericano para la Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, Raoul Wallenberg institutet för mänskliga rättigheter och humanitär rätt, Elías C, Coyle A. Cárcel y justicia penal en América Latina y el Caribe: cómo implementar el modelo de derechos y obligaciones de las Naciones Unidas. 1. ed. Lund, Sweden : San José, Costa Rica : México, D.F: Raoul Wallenberg Institute of Human Rights and Humanitarian Law ; Naciones Unidas, ILANUD ; Siglo Veintiuno Editores; 2009. 332 p.
 9. Organization of American States, Inter-American Commission on Human Rights. Report on the human rights of persons deprived of liberty in the Americas. Washington, D.C: General Secretariat, Organization of American States; 2011.
 10. Zarate E, Lobón I, Saavedra C, Castañeda M. Tuberculosis en nuevos escenarios: establecimientos penitenciarios. *An Fac Med.* 2005; 66(2): 148-158.
 11. Baussano I, Williams BG, Nunn P, Beggiato M, Fedeli U, Scano F. Tuberculosis Incidence in Prisons: A Systematic Review. *PLoS Med.* 2010; 21: 7(12): e1000381.
 12. Rueda ZV, López L, Vélez LA, Marín D, Giraldo MR, Pulido H, et al. High Incidence of Tuberculosis, Low Sensitivity of Current Diagnostic Scheme and Prolonged Culture Positivity in Four Colombian Prisons. A Cohort Study. *PLoS One.* 2013; 8(11): e80592. DOI: 10.1371/journal.pone.0080592.
 13. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cárceres saludables: promoviendo la salud para todos. Argentina: OPS (Organización Panamericana de la Salud); 2003.
 14. Documento de Consenso para el control de la tuberculosis en las prisiones españolas (resumen). *Rev Esp Sanid Penit.* 2010; 12(3): 64-78.
 15. Muñoz Sánchez AI, Rubiano Mesa YL. Proceso Salud-Enfermedad construido en torno a la Tuberculosis: un caso en Bogotá (Colombia). *Index Enferm.* 2011; 20(4): 229-232.
 16. Gilmartin HM, Grota PG, Sousa K. Isolation: A Concept Analysis: Isolation: A Concept Analysis. *Nurs ForuM.* 2013; 48(1): 54-60. DOI: 10.1111/nuf.12001.
 17. Procuraduría Delegada Para Prevención en Materia de Derechos Humanos y Asuntos Étnicos. Grupo de Asuntos Penitenciarios y Carcelarios. El procurador general de la Nación alerta sobre el riesgo de violaciones a los derechos humanos que se presenta en las áreas de aislamiento de las prisiones del país. Bogotá 2004.
 18. Legris J, Walters M, Browne G. The impact of seclusion on the treatment outcomes of psychotic in-patients. *J Adv Nurs.* 1999; 30(2): 448-459.
 19. Guide C Isolation and Quarantine Guidelines | CDC.
 20. Portocarrero Gutiérrez JC. Un juego de preguntas y respuestas: tuberculosis, narrativas de aflicción y el encuentro médico en dos penales del Perú [Internet]. [Peru]: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias Sociales; 2007.
 21. Rueda ZV, López L, Marín D, Vélez L, Orozco L, Mejía G, Robledo J, Giraldo MR, Montes F, Pulido H, Villa D, Arbeláez MP. ¿Se debe replantear el tiempo de aislamiento en personas privadas de la libertad con diagnóstico de tuberculosis? VIII Encuentro Nacional de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Armenia 2012. Armenia, Colombia; p. 22-22.
 22. Geertz C. La interpretación de las culturas. Gedisa; 2003. 392 p.
 23. Instituto Nacional Penitenciario y Carcelario (INPEC). EPMSC-JP MEDELLÍN Reseña Histórica. INPEC. 2015.
 24. Sagrada Biblia. Traductor Alberto Colunga y Eloíno Nacar; 30 ed.. Madrid. Editorial católica. 2010. Levítico 12:1-7, 13: 1-59.
 25. Gottfried RS. La muerte negra: desastres naturales y humanos en la Europa medieval. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica; 1989.
 26. Organización Mundial de la Salud OMS, Reuben Granich, Nancy J. Binkin, William R. Jarvis y Patricia M. Simone, Hans L. Rieder, Marcos A. Espinal y Jacob Kumaresan. Normas para la prevención de la transmisión de la tuberculosis en los establecimientos de asistencia sanitaria en condiciones de recursos limitados.
 27. Smith PS. The Effects of Solitary Confinement on Prison Inmates: A Brief History and Review of the Literature. *Crime Justice.* 2006; 34: 441-528.
 28. Altman I, Haythorn WW. Interpersonal Exchange in Isolation. *Sociometry.* 1965; 28(4): 411-426.
 29. McCleery R. Authoritarianism and the belief system of incorrigibles. The prison; studies in institutional organization and change. New York: Holt, Rinehart

- and Winston; 1961. p. 260-306.
30. Boccaccio G. Decamerón. Penguin Random House Grupo Editorial España; 2013. 463 p.
31. Ascuntar JM, Gaviria MB, Uribe L, Ochoa J. Fear, infection and compassion: social representations of tuberculosis in Medellin, Colombia, 2007. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2010; 14(10): 1323-1329.
32. Marina JA. Anatomía del miedo: un tratado sobre la valentía. 2. ed. Barcelona: Editorial Anagrama; 2007. 255 p.
33. Parsons T, Jiménez Blanco J, Cazorla Pérez J. El sistema social. Madrid: Alianza; 1999. 536 p.
34. Rodríguez-Marín J, Pastor M ángeles, Lopez-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema.* 1993; 5(Sup.):349-372.
35. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, Helsinki, Finlandia. 1964.
36. República de Colombia, ministerio de salud. Resolución no 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogota, Colombia; Oct 4, 1993 p. 19.
37. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Organización Mundial de la Salud (OMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS); 2012.