

INTERVENCIÓN PENITENCIARIA PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA DESDE SUS TRES NIVELES.

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Alumna: Eliana Santana Díaz
Tutora: Carmen Delia Díaz Bolaño



Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
Grado en Trabajo Social

ENERO DE 2019

ÍNDICE

| | |
|---|----|
| ÍNDICE..... | 1 |
| 1. INTRODUCCIÓN | 3 |
| 2. MARCO TEÓRICO | 4 |
| 2.1. TERMINOLOGÍA | 4 |
| 2.2. EPIDEMIOLOGÍA | 6 |
| 2.3. CAUSAS DEL VIH | 8 |
| 2.4. CONSECUENCIAS | 10 |
| 2.6. LA SITUACIÓN Y LA PREVALENCIA DEL VIH EN LAS CÁRCELES ESPAÑOLAS | 13 |
| 2.7. PREVALENCIA | 17 |
| 2.8. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO | 22 |
| a) Apoyo psicológico del problema de salud: | 22 |
| b) Evitar la automarginación: | 22 |
| c) Asesoramiento sobre la educación sexual: | 23 |
| d) Atención a familiares y otros allegados: | 23 |
| 2.9. NIVELES DE PREVENCIÓN APLICADOS AL ÁMBITO PENITENCIARIO | 24 |
| 3. NORMATIVA APLICADA | 26 |
| 3.1. INTERNACIONAL/EUROPEO | 26 |
| 3.2. ESTATAL | 27 |
| 3.3. AUTONÓMICO | 28 |
| 3.4. POLITICA SOCIAL | 29 |
| 3.4.1. Ámbito Internacional/Europeo | 29 |
| 3.4.2. Ámbito Estatal | 29 |
| 3.4.3. Ámbito Autonómico | 30 |
| 4. DISEÑO DE INTERVENCIÓN | 31 |
| 4.1. JUSTIFICACIÓN | 31 |
| 4.2. LOCALIZACIÓN | 31 |
| 4.3. OBJETIVO Y METAS | 32 |
| 4.3.1. Objetivos generales: | 32 |
| 4.3.2. Objetivos específicos: | 32 |
| 4.3.3. Metas: | 32 |
| 4.4. METODOLOGÍA | 32 |

| | |
|--|----|
| 4.5. FASES | 35 |
| 4.6. ACTIVIDADES | 37 |
| 4.6.1. Actividades de implementación: | 37 |
| 4.6.2. Actividades de intervención directa con el colectivo afectado: | 38 |
| 4.7. CALENDARIZACIÓN | 52 |
| 4.8. RECURSOS | 53 |
| 4.9. PRESUPUESTO | 54 |
| 5. EVALUACIÓN | 54 |
| 6. VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIAS | 56 |
| 6.1. VALORACIÓN PERSONAL | 56 |
| 6.2. AUTOEVALUACIÓN | 58 |
| 6.3. SUGERENCIAS | 58 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | 58 |
| 8. ANEXO | 63 |

1. INTRODUCCIÓN

El presente Proyecto es el resultado del Trabajo Fin de Grado realizado por la alumna. Se trata de un plan de intervención destinado a prevenir el VIH en los centros penitenciarios en sus tres niveles de prevención: primaria, secundaria y terciaria.

En España, la infección por el VIH y el SIDA ha afectado ya a millones de personas en todo el mundo, y constituye una amenaza a la salud y la vida de muchas otras más. Por esto mismo se hace necesario incrementar las medidas destinadas a la reincorporación y reinserción de los pacientes infectados, de forma que se les permita una mayor autonomía personal y responsabilidad sobre sus propias vidas.

Por tanto, se debe partir de la atención sociosanitaria, situando a las personas afectadas en el contexto de sus posibilidades de origen, anteriores e independientes al problema de salud (infección por VIH/SIDA, drogodependencia...), y abordar conjuntamente la atención sanitaria y la atención a los problemas. De este modo, las personas con una problemática social importante podrán obtener una solución que incluya el aprendizaje de habilidades de relación familiar o grupal, mejoras educativas, alternativas adaptadas de empleo, etc. Las armas para tratar esta enfermedad serían el conocimiento de los mecanismos de transmisión y la aplicación de las medidas de prevención de nuevas infecciones. Debemos, por tanto, dar mayor difusión a los recursos existentes de los que pueden beneficiarse, agilizando, de esta manera, el acceso a los mismos.

La estructuración del Trabajo de Fin de Grado se puede dividir en tres partes:

La primera parte consta de un marco teórico, donde se realiza una fundamentación teórica, así como la importancia del tema a trabajar. Además, se ponen en cuestión determinados conceptos para situarnos en el contexto que atravesaremos con el fin de entender por qué es necesario prevenir dicha enfermedad; a su vez, dentro del mismo apartado, encontramos el marco normativo y la política social, que concierne a la temática que se trata en este Proyecto.

En la segunda parte de este trabajo podemos encontrar el diseño en sí de la intervención que se planifica, así como las actividades propuestas, los recursos necesarios y el impuesto que se requiere para el desarrollo de la intervención. Más adelante se exponen las actuaciones calendarizadas. En ellas se recoge el conjunto de actividades que se van a realizar para poner en marcha el taller, su temporalización, espacio, objetivos de dichas actividades y el desarrollo de las mismas. También se realiza, al final de esta parte, los

criterios e indicadores de evaluación que servirán para evaluar el diagnóstico, el trabajo del equipo psico-social, la eficacia y eficiencia, el diseño del proyecto y su seguimiento.

Finalmente, se muestra una valoración personal, una autoevaluación, sugerencias y la bibliografía empleada para el completo desarrollo del trabajo propuesto.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. TERMINOLOGÍA

Actualmente la incidencia del VIH a nivel mundial es elevada. Según la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), a finales del año 2016 había, aproximadamente, unas 36,7 millones de personas infectadas en todo el mundo. Además, ese mismo año se estimó que otras 1,8 millones de personas quedaron contagiadas por esta enfermedad. De acuerdo con las estimaciones de la OMS, solamente el 70% de las personas infectadas conoce su estado.

Por otro lado, entre el año 2000 y el año 2016, el número de personas contagiadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) se redujo en un 39%; asimismo, las defunciones relacionadas con esta enfermedad disminuyeron una tercera parte. Esto significa que se salvaron unas 13,1 millones de vidas gracias al Tratamiento Antirretroviral (en adelante TAR), que consiste en el uso de ciertos medicamentos para tratar el VIH y que la OMS ha puesto en práctica en estos últimos años.

Si nos centramos en los colectivos más vulnerables, como pueden ser el colectivo de personas que se encuentran en prisión, las condiciones de sufrir VIH pueden ser más dolorosas, es por ello que se ha escogido este tema para intentar trabajar el consiguiente proyecto de intervención.

Dentro del espectro que comprende a las enfermedades de inmunodeficiencia humana, encontramos tres tipos a destacar: Enfermedades de Transmisión Sexual (en adelante ETS), VIH y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (en adelante SIDA). Estos tres trastornos, que afectan a la alteración de la salud, son muy peligrosos, ya que pueden derivar a la muerte de la persona. Sin embargo, gracias a un tratamiento temprano, algunas de ellas pueden ser curadas y recobrar la salud del infectado. Se hablará de ello a continuación.

I. ETS: Según la Federación Planned Parenthood¹ (2018) se tratan de infecciones de

¹ <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets>

transmisión sexual que pueden contagiarse de una persona a otra por medio del sexo vaginal, anal u oral. Este tipo de enfermedades son muy comunes, además de ser extremadamente peligrosas y mortales. No obstante, existen pruebas a las que se pueden acceder con facilidad y, en el caso de dar positivo en ETS, se podría llegar a realizar un tratamiento.

Asimismo, las Enfermedades de Transmisión Sexual son un conjunto de diversas patologías que infectan los órganos externos e internos del contagiado. Estas pueden ser:

- Clamidia.
- Verrugas genitales.
- Gonorrea.
- Hepatitis B.
- Herpes.
- VIH/SIDA.
- Virus del Papiloma Humano (VPH).
- Molluscum Contagiosum.
- Piojos púbicos.
- Sarna.
- Sífilis.
- Tricomoniasis.

De todas estas, la más perjudicial es el VIH, de la cual hablaremos en mayor profundidad a continuación.

II. VIH: La OMS define el VIH como una enfermedad de transmisión sexual (aunque también se puede transmitir por el contacto con la sangre) que afecta a las células del sistema inmune y las destruye o deteriora. Como resultado, las personas infectadas por este virus son más vulnerables a otras enfermedades, dado que el cuerpo no puede combatir estas infecciones.

Este tipo de enfermedad, si no es paliada a tiempo, puede evolucionar a una enfermedad mucho más grave: el Sida.

- III. SIDA: El SIDA según la OMS, es un conjunto de síntomas e infecciones asociadas a la deficiencia del sistema inmune humano, que resulta de la infección con el VIH. El Sida puede conllevar a la aparición de ciertas infecciones o tipos de cáncer, por lo que hace más difícil su tratamiento y posterior eliminación del virus.

2.2. EPIDEMIOLOGÍA

Teniendo en cuenta que el accionar de todo profesional de Trabajo Social necesita estar orientado por bases teóricas, es necesario definir y estructurar la intervención que realizamos en el establecimiento carcelario desde un enfoque epistemológico para sí entender la dinámica institucional y el rol que se desempeñó en este.

Ana María Caro Murillo define la epidemiología como la ciencia que estudia la manera en que se distribuyen las enfermedades de la población, y los factores que determinan que una enfermedad afecte a unas personas y no a otras.

Pero epidemiología no es solo algo que estudia las epidemias y lo que atañe a las enfermedades infecciosas (a pesar de que este fue el principal objetivo de esta ciencia en un principio). Cada epidemiología estudia una parte determinada de las dolencias que afectan al cuerpo humano, sea una fractura, un infarto o incluso el síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

La epidemiología se puede dividir en tres grandes rasgos y que determinan lo infecciosa que puede llegar a ser una enfermedad. La primera son las endemias, que están normalmente presentes en la población general, sin aumentar o disminuir a corto plazo; la segunda son las epidemias, que aumentan considerablemente en un corto plazo y se expanden más de lo esperado; y por último las pandemia, que es cuando una epidemia afecta a muchos territorios o incluso al mundo entero.

Con esto podemos entender que el virus de inmunodeficiencia humana es una pandemia, y, por tanto, afecta a muchas personas a lo largo del mundo. Esto permite clasificar la enfermedad y tratarla de un modo diferente a otras afecciones del mismo calibre.

Sin embargo, conocer la cantidad de gente afectada por esta enfermedad no es una tarea sencilla de realizar. Una forma sería hacer la prueba de diagnóstico a toda la población mundial, pero esto podría convertirse en una labor imposible de completar. Además, vulneraría el derecho de las personas a decidir sobre su salud, y a su vez supondría un gasto enorme de recursos y dinero. Otra forma sería llevar un registro de los casos que se

diagnostican y reunir la información obtenida para su estudio. De hecho, es así como se suele proceder, aunque esto no incluye a las personas que no han sido diagnosticadas con VIH, que suelen conformar la tercera parte de todos los casos.

No obstante, en los casos de VIH o Sida, hay que llevar dos contabilidades separadas, ya que se tratan de dos enfermedades parecidas, pero muy diferentes entre sí. Las personas con Sida tienen infección por VIH, aun así, las personas infectadas por VIH no tienen por qué tener Sida. Estudiar la epidemiología del VIH requiere esfuerzo y preocupación, ya que es una enfermedad relativamente nueva y actual y aún no se conoce demasiado sobre ella.

La organización encargada de estudiar los casos de VIH/Sida es el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (en adelante ONUSIDA), que se ocupa de estudiar estas enfermedades a nivel mundial y proponer las estrategias de cuidado y prevención. Sus datos más actuales afirman que en 2008 había cerca de 34,4 millones de personas infectadas en todo el mundo. En cuanto a Europa, la organización que estudia el VIH es el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (en adelante EDC). Esta calcula que en el mismo año se diagnosticaron 25 000 casos de VIH en los países integrantes de la Unión Europea. A diferencia de otros continentes, la transmisión se debe, en mayor medida, a relaciones heterosexuales, homosexuales entre varones y drogas inyectadas por medio de jeringuillas usadas. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que el uso de Tratamientos Antirretrovirales de Gran Actividad (en adelante TARGA) ha evitado que aquellas personas infectadas lleguen a etapas tardías de la enfermedad, además de prevenir el desarrollo del Sida.

En España, la institución encargada de estudiar el VIH/Sida es el Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia e Innovación), y del Plan Nacional sobre el Sida (Ministerio de Sanidad y Política Social) (2010), (p.17). Según la información de estas instituciones, se estima que viven entre 120 000 y 150 000 personas infectadas por VIH. En la actualidad, estas cifras son estables o aumentan ligeramente con el paso del tiempo, ya que las personas que adquieren la enfermedad y aquellas que mueren por su causa oscilan en la misma medida. Aun así, estas cifras están lejos de aquellas de la década de los 90, cuando en España la epidemia era la más grave de toda Europa.

Según los datos del Instituto de Salud Carlos III y del Ministerio de Sanidad (2017),

los infectados por VIH en el año 2016 corresponden a un 8,60 por cada 100 000 habitantes. Entre estos, un 83,9% eran hombres y la edad media fue de 36 años. El método de transmisión más frecuente fue el de relaciones homosexuales con un 53,1%, seguida por la heterosexual con un 26,5% y por drogas inyectadas con un 3,6%. Con todo esto se puede llegar a la conclusión de que la tasa de diagnóstico en España está a niveles similares que la de otros países de la Unión Europea; que al ser la vía sexual la más común para el contagio de la enfermedad, es primordial reforzar las medidas de prevención, ya sea entre heterosexuales y homosexuales; que debido al aumento de población inmigrante, a estos también se les eduque en estos aspectos de prevención; que la población y los profesionales sanitarios sean conscientes de las prácticas de riesgo y que se diagnostique la infección lo antes posible; y que, en comparación a años anteriores, la tendencia de la enfermedad es decreciente.

2.3. CAUSAS DEL VIH

Como ya se ha mencionado con anterioridad, el VIH es una enfermedad de transmisión sexual, es decir, una persona se la cede a otra por intercambio de fluidos. Es por ello que esta infección se adquiere, mayormente, en el momento en el que se mantiene una relación sexual. Aunque hay otras maneras de contraer el VIH, como por transmisión sanguínea o transmisión maternofilial/vertical. A continuación, según Millana, L. (2004), (pp. 37-41) autor de la división de estos términos en su tesis, se ahondará en estos tres conceptos.

- Transmisión sexual: Una de las principales causas de la transmisión del VIH es por medio de relaciones sexuales. El virus de inmunodeficiencia humana puede pasar con extrema facilidad si las secreciones genitales entran en contacto con heridas producidas a la hora de la penetración o la estimulación manual, tanto en el coito anal como vaginal. Asimismo, la adquisición del VIH no está ligado al número de parejas con el que se haya mantenido una relación sexual, sino por el uso indebido (o el no uso) de anticonceptivos.

Al tratarse de una enfermedad relativamente fácil de adquirir, el VIH se ha extendido con sencillez por todo el mundo. Esto puede deberse, entre otros muchos factores, al desconocimiento de la población del uso de métodos profilácticos.

Por otro lado, con las recientes libertades de derechos y aceptaciones en el ámbito

homosexual, el incremento de esta enfermedad se ha acrecentado. Esto se debe, principalmente, a cuatro factores: la multiplicidad de parejas, que incrementa la posibilidad de encontrar un compañero infectado; el coito anal, que es 2,3 veces más peligroso que el vaginal; el escaso uso de preservativos; y la elevada frecuencia coital.

- Transmisión sanguínea: Otra causa por la que se puede adquirir el virus de inmunodeficiencia humana es la sangre. A través del contacto con la sangre, una persona infectada puede contagiar a otra, aunque actualmente es muy poco probable contraer el VIH por contacto sanguíneo en los países desarrollados, sobre todo a la hora de realizar una transfusión, ya que se excluyen a aquellas personas que tienen dicha enfermedad. Aun así, las plaquetas también pueden transmitir el virus, pero en el presente se realizan constantes análisis para descartar la presencia del VIH. Otro producto sanguíneo que podría transmitir el virus sería la gammaglobulina, pues en ocasiones puede transmitir anticuerpos para el VIH, no obstante, no transmite el propio virus. De igual modo se ha demostrado que la transmisión del VIH en trasplantes de órganos y tejidos es prácticamente inexistente. Además, en casos de inseminación artificial, el semen siempre es analizado previamente para descartar la presencia del virus. Por otro lado, tampoco corren riesgo de adquirir la enfermedad aquellos consumidores de drogas que no comparten jeringuillas y agujas usadas a la hora de la inyección. El problema surge cuando se comparten estos instrumentos una vez usados. También existe riesgo de contagio al compartir cepillos de dientes, hojas de afeitar y otros instrumentos que, de un modo u otro, pueden causar heridas en la piel.
- Transmisión maternofilar/vertical: La transmisión del virus de madre a hijo se produce a través de cuatro maneras: intrauterino, es decir, mediante el intercambio de nutrientes por vía placentaria; en el momento del parto, por contacto del feto con la sangre; por contacto con productos maternos contaminados; y durante el período de lactancia. Otros factores de contagios por el que un niño podría infectarse del VIH sería la viremia materna, la gestación avanzada o embarazadas con números de linfocitos por debajo de 500/mm³, factores víricos de genotipo y genotipo viral, factores placentarios como drogas, tabaco o infecciones, factores fetales y neonatales, factores obstétricos como rotura prematura de membranas o procedimientos invasivos.
- Otros factores: Además de los ya mencionados factores de transmisión del VIH,

existen otro tipo de causas por las que una persona podría contraer la enfermedad:

1. Úlceras, heridas o alteraciones de origen por transmisión sexual.
2. Heridas o fisuras producidas en determinadas prácticas sexuales.
3. Realización del coito durante la menstruación o durante el embarazo.
4. Falta de higiene personal después del coito.
5. Falta de circuncisión, ya que dificulta la acumulación de secreciones.
6. Presencia de infecciones piógenas.
7. Consumo de opiáceos.
8. Administración de fármacos con efectos sobre el sistema inmunitario.
9. Presencia de otras infecciones víricas.
10. Reinfecciones con el mismo virus.
11. Estados de ánimos: depresión, ansiedad...

2.4. CONSECUENCIAS

Padecer VIH acarrea una serie de consecuencias, mayormente negativas, para la vida del infectado y sus allegados. Estas suelen estar ligadas a la marginación del afectado y llevadas a niveles personales, laborales e incluso médicos. Así pues, a continuación se expondrá cómo la vida de una persona con VIH puede cambiar drásticamente a través de los puntos ya mencionados:

- A nivel personal: Tal y como nos dice Schauer, M. (2012), en el círculo más cercano al paciente es posible que el trato con la familia, amigos, pareja o conocidos pueda verse modificado por el hecho de padecer VIH. El infectado no solo podría toparse con el rechazo de aquellos a los que aprecia, sino también el de toda una comunidad social. Esto, a su vez, puede verse ampliado al ámbito laboral, y que le resulte más difícil hallar un trabajo y reinsertarse en la sociedad. A raíz de esto, a un nivel más introspectivo, el infectado tendería a padecer otro tipo de problemas, como depresión, fatigas, ira, culpabilidad, aumento de la violencia, ruptura de relaciones... Problemas que, a causa de su enfermedad, podrían agravarse. En cuanto al ámbito público, las personas contagiadas suelen sufrir rechazo por parte de otras, además de ser objeto de críticas y comentarios ofensivos.

- A nivel médico: En palabras de Barbero, J. (2004) también podemos encontrar una serie de problemas con respecto a la reticencia del paciente a tomar medicamentos o pedir ayuda a una persona especializada, como en el caso de un doctor. Asimismo, ese rechazo de otras personas hacia el infectado, del que se ha hablado con anterioridad, también podría aplicarse a la relación con un médico, que podría verse afectada por su situación personal. Este hecho, sin embargo, también podría afectar al propio tratamiento, ya que al no tener una buena relación con el doctor, no se llevaría a cabo el seguimiento propio del virus de inmunodeficiencia humana.
- A nivel laboral: No muchas personas afectadas con VIH se verán en la tesitura de no encontrar trabajo. No obstante, bien es cierto que el sector laboral es uno de los que más discriminación produce con aquellos que padecen alguna enfermedad o discapacidad. Además, en un trabajo es donde mayormente se puede encontrar situaciones de discriminación de todo tipo, afectando profundamente al infectado con VIH². Schauer, M. (2012) nos vuelve a decir que la desconfianza entre empleados no es rentable para una empresa, además de tener que pagar más por contratar a un trabajador con una incapacidad laboral, pues así lo dictamina la ley. Por tanto, las empresas no suelen contratar a personas con VIH. Por otro lado, se ha comprobado que los sujetos seronegativo realizaban mejor su trabajo que los seropositivos. Asimismo, al comprobarse los antecedentes laborales de los infectados y compararlos con los actuales, se observó un deterioro significativo en su capacidad laboral. Como se puede ver, las empresas no tienden a contratar a aquellos infectados con VIH, pero esto supone un mayor impedimento para estas personas el reinsertarse nuevamente en la sociedad y superar los problemas que acarrea padecer la enfermedad.

2.5. LAS LIMITACIONES DEL VIH

Estudiar el VIH es un proceso delicado, lento y laborioso. Muchos son los científicos que, días tras día, investigan la manera de detener esta peligrosa enfermedad. Pero en sus estudios se pueden encontrar con ciertos impedimentos que no les permiten avanzar y cumplir sus objetivos. No solo estos impedimentos afectan a aquellos investigadores que buscan solucionar el problema del VIH, sino también a los propios infectados.

En un primer lugar, uno de esos obstáculos son los tratamientos. Estos tratamientos,

² <https://www.infosida.es/vivir-con-vih>

en ocasiones por vía oral, implican que tengan que ser ingeridos con frecuencia, e incluso múltiples veces en un mismo día. Esto puede generar efectos secundarios y adversos que hace difícil para las personas infectadas tolerar su medicación. Algunas de ellas incluso fracasan en la adherencia. En palabras de Zúñiga, C.³, este fenómeno es conocido como "cansancio de las pastillas" o "cansancio del tratamiento". Esto, a su vez, podría derivar al abandono del tratamiento, lo que evitaría la pronta recuperación del afectado o empeorar su situación.

En cuanto a la investigación, el campo de estudio del virus de la inmunodeficiencia humana es, actualmente, activo, pero como ya se ha mencionado en ocasiones anteriores, aún hay mucho camino por delante. Se espera que en un futuro se obtengan resultados positivos y se pueda solucionar una de las peores enfermedades que afecta a la población humana mundial. No obstante, al tratarse de una enfermedad relativamente nueva, hay poca información con respecto a la afección del VIH, y esto es un factor limitante muy importante. A esto habría que sumarle la falta de conocimiento de la población, que ha permitido que tanto el VIH y el Sida proliferen entre los ciudadanos del planeta.

Hay casos en los que una persona puede ser inmune a la enfermedad, aunque al estar en contacto con seropositivas, pueden llegar a presentar la enfermedad un tiempo después. Sin embargo, es posible que esta inmunidad sea heredada por los descendientes de la persona inmune, lo que podría servir de base a los científicos para estudiar la manera con la que enfrentarse al VIH. Además, muchos científicos aprueban fomentar el desarrollo de vacunas contra esta dolencia o el Sida con la intención de descubrir el comportamiento celular y no la humoral, como ocurre con la mayoría de vacunas. Asimismo, otro límite dentro del campo científico es el no uso de una terminología estable que ayude a los científicos de todo el mundo a entenderse entre ellos, pues de esta manera se trabajaría a una velocidad mayor y más efectiva.

En relación a los aspectos fármaco-económicos, se tiene constancia de un incremento en el precio de los fármacos, pero ha habido una disminución considerable en los costos de hospitalización, así como una reducción del precio para el tratamiento de las enfermedades oportunistas, entre las que se incluye el VIH y el Sida. También, como nos explica Gracia, D. (2004), otro problema que limita el estudio del VIH es la legislación en cuanto a las patentes de los fármacos, que países en vías de desarrollo consideran

³ <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/desarrollo-de-la-farmacoterapeutica-en-el-vih-sida-logros-limitaciones-aspectos-farmacoeconomicos.php?aid=515>

inaceptables. Estos países exigen que se supriman tales leyes, para que de este modo se puedan fabricar genéricos a bajo precio. Aun así, las compañías farmacéuticas no han cedido en este aspecto, y han dejado la venta a bajo precio de fármacos a organizaciones sin ánimo de lucro.

Otro factor limitante es la protección de datos. En estos últimos años, la informatización es indispensable en cualquier sector, y esto requiere que la información sea protegida para evitar que se robe o se pierda. Sin embargo, impedir el acceso a aquellos que no están autorizados solo complica que la investigación de las enfermedades, en el caso del sector sanitario, se vea limitada.

Estas limitaciones, a su vez, tienen un impacto en la realidad de las personas que padecen la enfermedad, sobre todo en la vida de los reclusos, más limitada que la de aquellos en libertad. A continuación se hablará en más profundidad de este tema en cuestión.

2.6. LA SITUACIÓN Y LA PREVALENCIA DEL VIH EN LAS CÁRCELES ESPAÑOLAS

Normalmente, en una prisión, los casos por VIH son más abundantes que en el resto de la comunidad social, ya sea por reclusos que han consumido droga por vía intravenosa o por mantener relaciones sexuales sin protección. Estas personas, si no han sido tratadas, al salir de la cárcel se pueden convertir en un problema para el resto de la sociedad, puesto que podrían transmitir la infección a otros.

Por tanto, es importante que los gobiernos de los países dediquen su tiempo a la enfermedad y apliquen políticas y medidas para combatir el VIH en las prisiones antes de que se pueda convertir en un problema a gran escala. Además, es de vital importancia que los gobiernos acepten la realidad de la situación, y que no la eviten, dado que eso podría cambiar el futuro de los infectados y los posibles infectados.

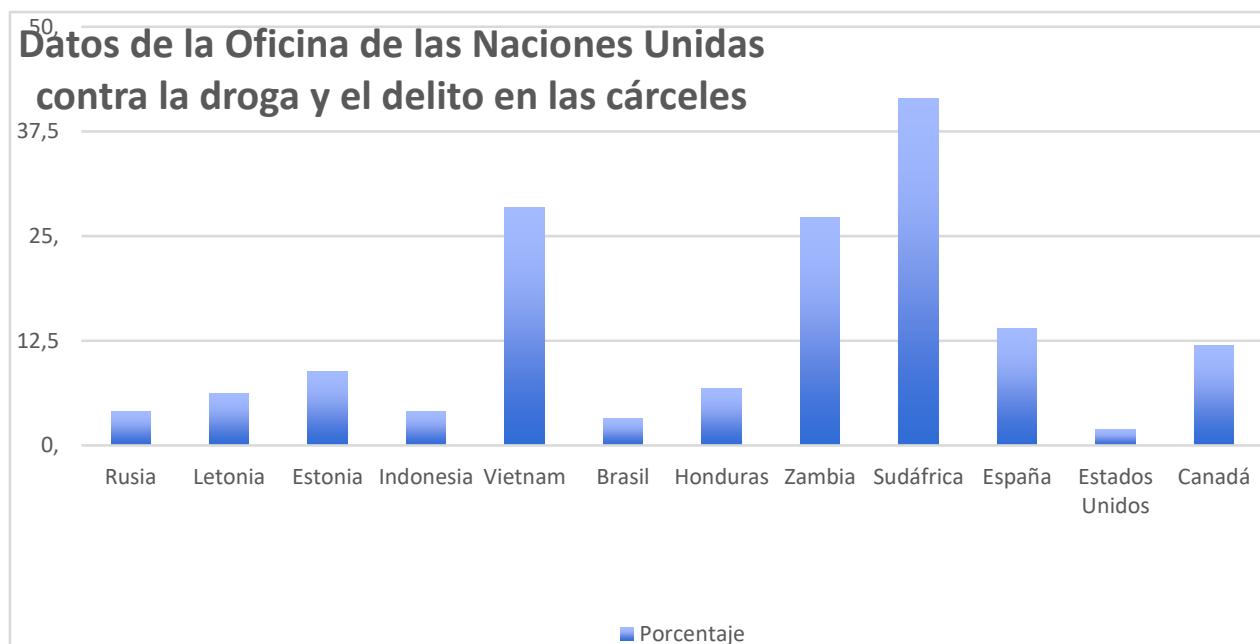
Esta enfermedad afecta a más de 10 millones de personas en todo el mundo que se encuentran en un estado de reclusión. Aun así, aunque en la mayoría de países la infección es mucho mayor entre la población carcelaria que entre la que se halla fuera, la prevalencia es diferente dentro de los centros de reclusión, además de variar según el país.

Como ya se ha especificado anteriormente, el VIH en las cárceles es un problema bastante serio, ya que afecta a gran parte de los reclusos. Lo primordial es actuar lo antes posible ante este tipo de situaciones, pero todo depende de cómo se trate la enfermedad y

cómo se proceda con ella en cada país.

Asimismo, dentro de la población carcelaria, las tasas de infección por VIH son más altas entre las mujeres que entre los hombres. Esto se puede deber a la alta concentración de mujeres detenidas por crímenes relacionados con droga.

A continuación se mostrarán los datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015), acerca del VIH en las cárceles de algunos países:



(Fuente de elaboración propia, 2018)

Como se ha podido comprobar en el anterior gráfico, los países tercermundistas son los que gozan de mayor grado de infectados, siendo los países del primer mundo los que menos. Esto se debe, en mayor medida, a las situaciones precarias en las que viven los reclusos de esos lugares.

Por ejemplo, según Arroyo, J. (2015), (pp. 36-38) en la Federación de Rusia, en el año 2002, el número registrado de personas que vivían con el VIH o el sida en el sistema penal sobrepasaba los 36.000, el 4% de la población carcelaria.

En Letonia, se estima que los internos comprenden un tercio de la población VIH positiva. En un estudio de 2003, la prevalencia de VIH fue del 6.2%.

Por otro lado, Estonia informó los resultados de cuatro estudios de prevalencia de VIH con tasas de entre el 8.8% y el 23.9%.

En Indonesia, nueve estudios hallaron una tasa de prevalencia de entre 4% a 22%

en 2001.

Asimismo, en Vietnam, la información dada a conocer en 2000 indicaba que 22.161 privados de libertad habían obtenido un resultado positivo de VIH, con una prevalencia de 28.4%.

En cuanto a Brasil, en varios estudios, la tasa de prevalencia oscilaba entre el 3.2% y el 20%.

En Honduras se reportó una prevalencia de 6.8% entre 2.028 privados de libertad entre 1998 y 1999.

En Zambia, cuatro estudios revelaron tasas de prevalencia del VIH de entre el 16.1% al 27.2%.

Respecto a Sudáfrica, de acuerdo a una estimación, la prevalencia del VIH en las cárceles era del 41.4% en 2002.

En Europa Occidental, se han informado tasas particularmente altas de países en el sur de Europa, por ejemplo, 14% en España.

En los Estados Unidos, se sabe que el 1.9% de los privados de libertad son VIH positivo. En unas pocas jurisdicciones, no obstante, las tasas son mucho más altas, en particular entre las mujeres. En Nueva York, por ejemplo, se sabe que el 7.3% de los hombres y el 14.6% de las mujeres que se encuentran privados de libertad son VIH positivos; y en Florida, 3.7% de los hombres en situación de encierro y 7.3% de las mujeres

Y por último, en Canadá, en un gran número de estudios publicados entre 1989 y 2005, se han informado tasas de entre uno y 11.94%.

A diferencia del mundo fuera de los muros de una prisión, según Arroyo, J. (2015) las cárceles albergan una mayor población infectada por el virus de inmunodeficiencia humana, como ya se ha explicado anteriormente. Estas personas pueden llegar a la cárcel ya infectadas o contraer la enfermedad una vez dentro.

Uno de los principales problemas es el consumo de drogas por vía intravenosa, tal y como se ha mencionado en anteriores apartados. Este problema, sin embargo, compete a un organismo penal y no a uno de salud, por lo que si se quiere evitar este tipo de situaciones, los gobiernos han de tomar medidas con respecto a este tema. Otro problema son aquellas comunidades donde se suele delinquir con mayor frecuencia, dado que las condiciones sociales y la escasa educación también influyen a la hora de contraer el VIH

u otro tipo de afecciones. Asimismo, dentro de las propias prisiones es posible adquirir el virus de inmunodeficiencia humana, sobre todo a la hora de mantener relaciones sexuales (con o sin consentimiento) sin protección. Esto es debido a que en muchas cárceles todavía no se han llevado medidas para combatir esta clase de situaciones y evitar que proliferen enfermedades que deriven a un problema mayor.

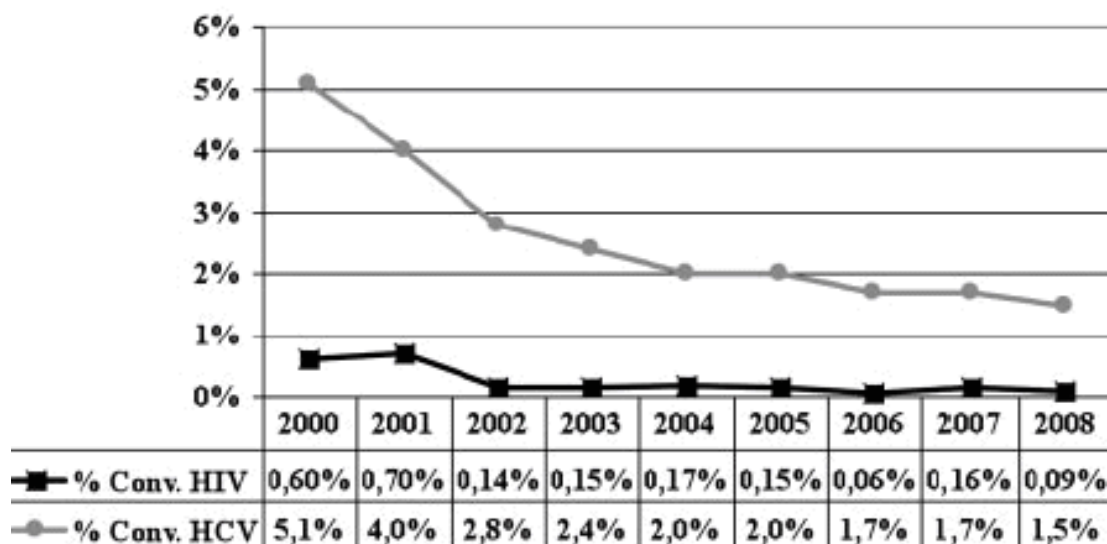
Como se ha expuesto, la razón por la cual el porcentaje de VIH en las cárceles es tan alto se debe a una serie de situaciones normalmente ajenas al propio recinto penitenciario. Con esto se quiere decir que, para evitar la proliferación del virus de inmunodeficiencia humana en las cárceles, es necesario combatirlo en un primer lugar fuera de ellas.

Por otro lado, con el ingreso en prisión de multitud de personas infectadas con VIH en España, se hizo necesario cambiar las políticas sanitarias para abordar este problema. Tal y como nos narra Arroyo, J. (2015), a finales de los años 80, las tasas de infección por VIH se vieron aumentadas debido a los adictos que se inyectaban droga por vía intravenosa (alrededor de un 60% de los presidiarios adictos). Esto llevó a que las instituciones prestaran más atención a los enfermos por VIH y se llevaran a cabo medidas de urgencia para combatir la enfermedad. Gracias a este hecho, hoy día el tratamiento y la prevención de la afección es positivo. Aun así, al tratarse de una enfermedad todavía sin cura, aquellos que la padecen deben seguir bajo vigilancia y continuar con el tratamiento.

Pero este problema no solo empieza y termina dentro de las cárceles. Los servicios penitenciarios deben lograr, con ayuda de sanitarios y Trabajadores Sociales, que los reclusos que salgan de prisión gocen de una buena salud. Y es que muchos de los reos pueden sufrir algún tipo de enfermedad mental, lo que complica aún más la pronta recuperación de aquellos que padecen VIH o Sida. Según Arroyo, J. (2015), en España hay aproximadamente entre un 25% y un 27% de internos con algún tipo de problema mental. Es por ello que, haciendo un diagnóstico preliminar del recluso, se podrá detectar el problema de la persona y ayudarla en la mayor medida posible.

A continuación se mostrará un gráfico sobre la transmisión de la enfermedad del VIH y el virus de la hepatitis C (VHC) entre los años 2000 y 2008.

Figura 4. Incidencia de las infecciones por VIH y de VHC transmitidas dentro de la prisión (seroconversiones). 2000-2008.



(Fuente: Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2010)

Gracias a este gráfico se puede observar que las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana en las cárceles españolas han ido en decrecimiento, cada vez más y más. Mientras que en el año 2001 se puede apreciar que hubo una leve subida, a partir del año 2002 la línea se ha mantenido estable hasta el año 2008. El porcentaje de infectados en las cárceles españolas, a un nivel general, es menor del 1%. Esto es, sin duda, una buena noticia.

2.7. PREVALENCIA

A raíz de lo mencionado en puntos anteriores, se puede comprobar que el VIH es una de las enfermedades que más prevalecen a lo largo y ancho del mundo entero. Eliminarla por completo es prácticamente imposible, además de seguir extendiéndose día tras día desmedidamente. A continuación, un documento escrito por la ONU (2013), nos informará de cuál es el estado actual del virus de inmunodeficiencia humana y por qué ha seguido prevaleciendo a pesar de los incontables esfuerzos por frenarla:

Cada año, más de 30 millones de hombres y mujeres pasan tiempo en la cárcel y en otros lugares de reclusión; más de la tercera parte de ellos en

condiciones de detención preventiva. Prácticamente todos acaban regresando a sus comunidades, muchos de ellos en un plazo de entre varios meses a un año.

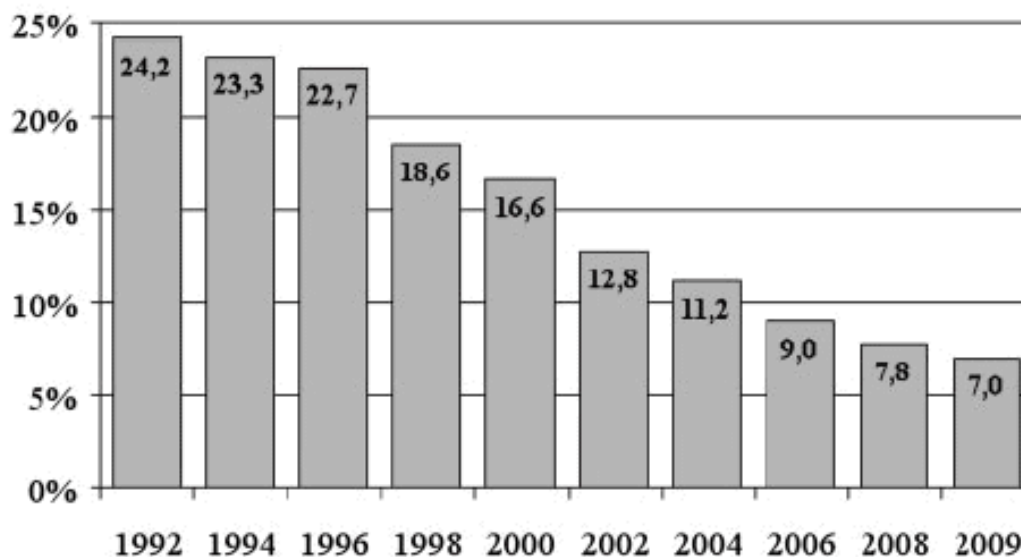
A escala mundial, la prevalencia del VIH, las infecciones de transmisión sexual, la hepatitis B y C y la tuberculosis en la población reclusa es de 2 a 10 veces, y en algunos casos hasta 50 veces mayor que en la población general. Las tasas de prevalencia del VIH son especialmente altas entre las mujeres privadas de libertad. Los riesgos afectan a los reclusos, las personas que trabajan en las prisiones, sus familiares y el conjunto de la comunidad. Por todo ello, es indispensable prever intervenciones relacionadas con el VIH en esos contextos, tanto para los reclusos como para el personal penitenciario.

A pesar de ello, en muchas cárceles y otros lugares de reclusión no existen programas de prevención, tratamiento y atención del VIH. Pocos países aplican programas completos al respecto en el medio penitenciario. Muchos no vinculan sus programas en las cárceles con los programas nacionales de lucha contra el SIDA, la tuberculosis o los programas de salud pública. En muchos no se prestan servicios adecuados de salud ocupacional al personal que trabaja en las cárceles. Además de los comportamientos de riesgo en relación con el VIH, como las prácticas sexuales no seguras y el uso de drogas inyectables, hay factores relacionados con la infraestructura y la gestión del establecimiento penitenciario y con el sistema de justicia penal que también contribuyen a la vulnerabilidad al VIH, la tuberculosis y otros riesgos sanitarios en las cárceles. Entre esos factores cabe citar el hacinamiento, la violencia, las malas condiciones físicas de los establecimientos, la corrupción, el hecho de no aceptar la situación, la estigmatización, la falta de protección para los reclusos vulnerables, la falta de capacitación del personal penitenciario y la baja calidad de los servicios médicos y sociales. Por último, un tratamiento eficaz de la cuestión del VIH en las cárceles es indisoluble de otras cuestiones más amplias en el marco de la justicia penal y las políticas nacionales. En particular, reducir el recurso excesivo a la prisión preventiva y aumentar considerablemente el empleo de medidas alternativas a la privación de libertad

para evitar el encarcelamiento son componentes esenciales de cualquier respuesta al VIH y otros problemas sanitarios en las cárceles y otros lugares de reclusión. (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2013, p. 1).

En cuanto al nivel de prevención en España, en el siguiente gráfico podremos observar cómo ha evolucionado la presencia del VIH en las cárceles a nivel nacional entre los años 1992 y 2009.

Figura 1. Prevalencia de infección por VIH en población reclusa en el periodo 1992-2009.

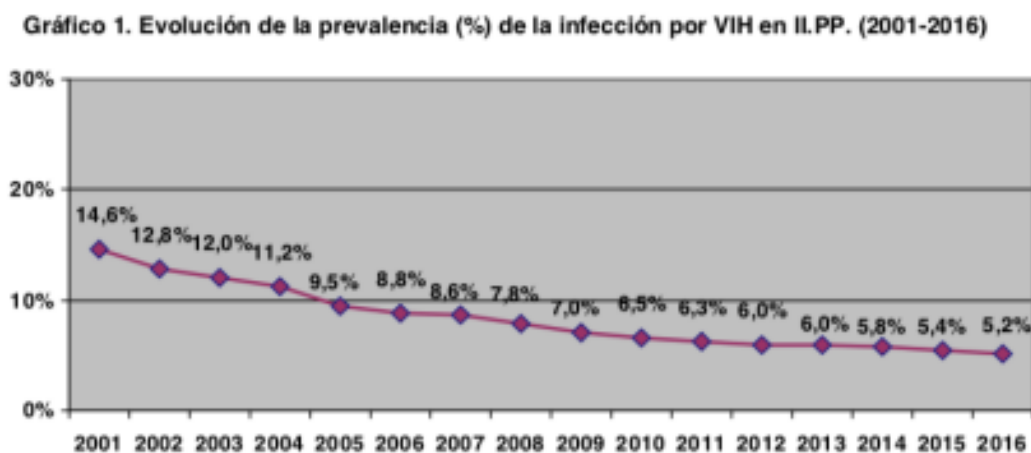


(Fuente: Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 2010)

Tal y como se aprecia, la enfermedad del VIH ha ido decreciendo con el paso de los años. Entre los años 1992 y 1996 el descenso de infectados por la enfermedad no fue tan notoria como en años posteriores. Según nos cuentan Hernández, T. y Arroyo, J. (2010) desde finales de los años ochenta la asistencia sanitaria en las prisiones españolas fue avanzando hacia un modelo de atención integral similar al que se presta en los centros de atención primaria de la comunidad. Gracias a la aplicación de estos tratamientos, de los que España fue pionera, el descenso fue mayor a partir de 1998, y así ha seguido hasta el presente. De esto se hablará con mayor profundidad más adelante.

Como se ha podido comprobar, la prevalencia del VIH en las cárceles españolas no es demasiado preocupante, aunque no por ello hay que dejar de tener en cuenta dicha

enfermedad. En los siguientes gráficos, distribuidos por el Ministerio del Interior, veremos cómo ha evolucionado la enfermedad a lo largo de los años y su prevalencia en las Comunidades Autónomas:

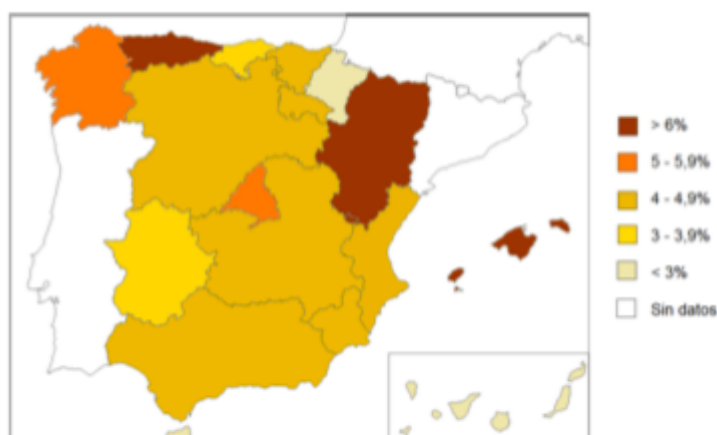


(Fuente: Ministerio del Interior, Área de Salud Pública, 2016)

Se puede observar en el presente gráfico que, desde el año 2001, el VIH ha ido descendiendo con el paso del tiempo. Asimismo, en los últimos años, la infección por VIH se ha mantenido prácticamente estable, además de disminuir paulatinamente entre el año 2012 y el año 2016. Un cambio drástico en esta evolución se puede contemplar en el año 2004 y 2005, cuando el porcentaje baja drásticamente de un 11,2% a un 9,5%. Al contrario que sucede en otros países, donde apenas se aplican métodos de prevención, como ya se ha mencionado anteriormente, en España se puede ver que ha habido un gran descenso de la enfermedad en las cárceles. Esto es debido a que la Administración Penitenciaria española ha hecho un esfuerzo extraordinario para mejorar la salud de los internos, apoyar la formación de sus profesionales y equiparar su nivel de calidad asistencial al de otros servicios sanitarios extrapenitenciarios. De hecho podríamos decir que España ha sido pionera en la puesta en marcha de medidas para prevenir el VIH y otras patologías. Por ejemplo, en nuestro país se instauró como norma la distribución de lejía y preservativos a los internos. Algunos años después, no sin dificultades, se pusieron en marcha los primeros programas de mantenimiento con metadona, hoy extendidos a todas las prisiones. Parras, F. (2000).

En el siguiente gráfico podremos observar la prevalencia del VIH por Comunidades Autónomas en las cárceles españolas:

Figura 1. Prevalencia (%) de la infección por VIH conocida por CC.AA. (2016)



*Prevalencia de las infecciones VIH y Hepatitis C en II.PP.
Subdirección General de Coordinación de Sanidad. Área de Salud Pública.*

(Fuente: Ministerio del Interior, Área de Salud Pública, 2016)

Como se puede comprobar, las Comunidades Autónomas con mayor porcentaje de infectados (más de un 6%) son Asturias, Aragón y Baleares. Las que menor porcentaje tienen son Navarra y Canarias (menos de un 3%). Se ha excluido Cataluña, por lo que no se conoce el porcentaje de infectados en esta Comunidad Autónoma. El gráfico nos enseña que la prevalencia del VIH no tiene que estar precisamente concentrada en un lugar y sus cercanías, y que está, por lo tanto, completamente distribuida a lo largo del país. No obstante, se puede observar que en la parte norte de la península, hay un mayor porcentaje que en el resto de la nación.

Esto, en un principio, no debería suponer ningún problema social, ya que los reclusos mantienen su vida dentro de los muros de una prisión. No obstante, el problema surge cuando estos prisioneros son liberados y salen al mundo exterior. Si un convicto no ha sido sanado (o su enfermedad no ha sido contenida durante su estado de cautiverio), se puede convertir en un método de transmisión del virus.

En este aspecto, el Trabajador Social poco puede hacer. Sin embargo, su función es igual de importante que la de un doctor o enfermero. En palabras de Cárcel, A. (s.f.), el Trabajador Social está “capacitado para tratar no sólo los problemas de salud sino también los factores sociales que guardan relación con dicho problema de salud”. En conclusión, la función del Trabajador Social, en cuya labor se profundizará más adelante, es la de ofrecer apoyo moral al infectado y ayudarlo a una pronta recuperación; hacerle saber que no está solo en este proceso y que tiene una persona en la que confiar.

2.8. TRABAJO SOCIAL EN EL ÁMBITO SANITARIO

Antes de empezar a hablar en profundidad sobre el siguiente ámbito, hay que tener en cuenta qué es el Trabajo Social. Tal y como afirman las autoras Díaz, C. D., González, M. A. y Pérez, M. C. (2006: 128), "El Trabajo Social [...] se entiende como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, así como el tratamiento de problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad, tanto si tienen que ver con su desencadenamiento como si derivan de aquellas".

Así pues, como resultado de lo ya mencionado en puntos anteriores, se puede comprobar que el problema del VIH en las cárceles no solo afecta a la sociedad exterior, sino a las propias instituciones carcelarias y a aquellas personas que, de una manera u otra, tienen algún tipo de relación con el recluso infectado. En este aspecto, el Trabajador Social juega un papel muy importante.

En cuanto a la función que desempeña el Trabajador Social con aquellos reclusos que padecen VIH, este ha de centrarse en una serie de factores primordiales. En una tesis de la Universidad de Sonora (pp. 91-95) se han definido estos objetivos de la siguiente manera⁴:

a) Apoyo psicológico del problema de salud:

La persona a la que le es confirmada que padece VIH, reacciona con sorpresa e incluso niega padecer la enfermedad. Al entrar en este estado anímico de ansiedad, enojo y pavor, es esencial que el Trabajador Social lo apoye.

b) Evitar la automarginación:

Aquellos infectados con el VIH suelen experimentar cambios en su conducta. Muchos sentimientos empiezan a surgir de golpe en el enfermo y, por ende, es necesario contar con el apoyo de personas que estén dispuestas a brindar apoyo y orientación al individuo.

El Trabajador Social deberá orientar al infectado y comentarle cómo proceder en estos casos, siempre teniendo en cuenta el estado de ánimo de la persona y evitar que caiga en una profunda depresión.

⁴ <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/7289/Capitulo3.pdf>

c) Asesoramiento sobre la educación sexual:

Uno de los principales problemas que lleva a la adquisición de esta enfermedad, es la carencia de educación sexual. En cuanto a las cárceles, prácticamente es inexistente la presencia de profilácticos, con lo cual los reclusos son más propensos a adquirir la enfermedad del VIH. Concienciar a estos sobre los problemas de la enfermedad, evitaría la adquisición del virus de inmunodeficiencia humana. Y para aquellos que ya posean dicha dolencia, lo mejor es concienciarlos acerca de su enfermedad y ayudarlos en todo lo posible.

d) Atención a familiares y otros allegados:

No solo la persona afectada sufre por la enfermedad. También sus familiares y allegados pueden presentar alteraciones en la vida diaria y su relación con el individuo. Aun así, las reacciones pueden variar según la persona.

La función del Trabajador Social en este caso no solo sería ofrecer apoyo al afectado, sino también a sus allegados; hacerles saber acerca de la enfermedad y cómo podrían actuar.

Otro factor que altera el ambiente familiar es el económico. Pagar el tratamiento puede llegar a ser muy costoso, y dado que el propio recluso no podría costear el proceso de cura, esto recae en sus parientes o conocidos. En este caso, el Trabajador Social ofrecerá todas las posibles ayudas sociales para poder pagar la medicación y aquello que sea necesario.

Además de lo ya mencionado, el Trabajador Social ha de tener una serie de conocimientos previos que ayuden la comprensión del ámbito de actuación, tal y como afirman las autoras Díaz, C., González, M. y Pérez, M. (2006: 130):

1. Concepto salud/enfermedad.
2. Factores que determinan la salud.
3. Efectos o consecuencias de la pérdida de la salud.
4. Tipo de intervención social a realizar en función de los objetivos que se persigan y el nivel de intervención.

Como se ha podido comprobar, la principal función de un Trabajador Social, en

resumidas cuentas, es la de ofrecer apoyo psicológico y físico no solo a la persona infectada sino también a todos sus allegados. El VIH, al fin y al cabo, no es una enfermedad que afecta a una única persona.

Sin embargo, un Trabajador Social también puede evitar la aparición de la enfermedad siguiendo una serie de niveles de prevención (o, en su defecto, actuar en caso de que una persona ya haya adquirido la enfermedad). En nuestro caso, estos niveles se tomarán y se aplicarán dentro del ámbito penitenciario. De esto se hablará con mayor profundidad a continuación.

2.9. NIVELES DE PREVENCIÓN APLICADOS AL ÁMBITO PENITENCIARIO

A raíz de lo mencionado anteriormente, surgen una serie de problemas a los que hay que buscar una solución. El Trabajador Social puede hacer uso de una serie de niveles de prevención con los que evitar o, en su defecto, paliar paulatinamente los efectos de una dolencia.

En palabras de Bautista, I. (2013: 25), "La prevención [...] es cualquier medida que permita reducir la posibilidad de aparición de una afección o enfermedad, o bien interrumpir o aminorar su progresión. Se trata de evitar la aparición de la enfermedad o afección y de detener su curso hasta conseguir la curación o no, en el caso de no poder hacerlo, intentar frenar la progresión de la enfermedad el máximo tiempo posible".

Así pues, estos objetivos y actividades que se requieren para abordar la enfermedad, han de llevarse a cabo desde los niveles de prevención. Estos niveles, en el Trabajo Social, han sido estructurados en tres bloques: prevención primaria, prevención secundaria y terciaria, las cuales se hablarán con mayor profundidad a continuación:

- Prevención primaria: Su objetivo es disminuir la posibilidad de aparición de las enfermedades y afecciones; es decir, la prevención primaria pretende reducir la incidencia de patologías. Por tanto, con este tipo de prevención se actúa antes de que se produzca algún indicio de aparición de la enfermedad.
- Prevención secundaria: Esta surge cuando la prevención primaria no ha existido, y, en el caso de que sí, fracasó. Su cometido es la de llevar un tratamiento precoz de la enfermedad, con el objetivo de curar o impedir la aparición de posibles secuelas. Este diagnóstico a priori permite tener a la enfermedad vigilada con facilidad.

- Prevención terciaria: Se lleva a cabo cuando la enfermedad ya ha afectado a la persona y las medidas preventivas anteriores han fracasado. Por ende, se debe controlar la evolución para que, de este modo, la enfermedad no pueda evolucionar y empeorar.

Considerando lo ya mencionado anteriormente, ahora nos centraremos en cómo un Trabajador Social lleva a cabo sus labores con los reclusos. A esto se lo conoce como “Trabajo Social Penitenciario”.

Tal y como su propio nombre indica, el Trabajo Social Penitenciario es aquel que atañe a los Trabajadores Sociales y su función en centros de reclusos. Este tipo de intervención está amparada por el Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero, por el que se aprueba el reglamento penitenciario.

El principal cometido del Trabajador Social es, en palabras de las autoras Díaz, C.,González, M. y Pérez, M. (2008): "establecer un primer contacto con los reclusos con el objetivo de ayudarlos a analizar la situación, para buscar una solución y animarlos a tomar las medidas necesarias, así como informarles de los recursos disponibles en la comunidad" (p. 216).

Ahora bien, el Trabajador Social tendrá que realizar una serie de tareas para ayudar a los reclusos en su propio bienestar. También podrá pedir información para el estudio de su personalidad, ya sea en empresas, centros, lugares de interés e incluso familiares del sujeto.

Asimismo, el trabajo de un Trabajador Social no solo se limita a estas funciones antes mencionadas. También deberá actuar con aquellos reclusos que padezcan algún tipo de enfermedad, para apoyarlos psicológicamente en esos malos momentos. Una de las enfermedades más comunes dentro de una prisión es el VIH/SIDA.

En lo referente a esta afección, un Trabajador Social se encargará de proporcionar al afectado todas las ayudas que necesite. Es por ello que la función de un Trabajador Social es indispensable para la pronta recuperación del infectado.

A raíz de lo ya hablado, en el presente proyecto nos centraremos en cómo un Trabajador Social podría intervenir con los reclusos desde los tres niveles de prevención anteriormente mencionados. A su vez, se pretenderá conseguir reducir las consecuencias que tiene la enfermedad del VIH a nivel físico, emocional, social, familiar... Con la intención de paliar dicha dolencia en el centro penitenciario escogido, así como evitar la

aparición o la propagación del virus de inmunodeficiencia humana. Más adelante profundizaremos en este tema y cómo llevarlo a cabo.

3. NORMATIVA APLICADA

El VIH es una enfermedad que, a día de hoy, se ha extendido por todos los rincones del planeta. Como era de esperar, los países del mundo, sobre todo los más desarrollados, han intentado encontrar una forma de frenar o paliar esta terrible afección. Para llevar a cabo este procedimiento, se han creado una serie de estatutos y leyes que puedan apoyar a las personas que investigan la forma de mitigar dicha dolencia y aquellas que lo padecen, con el fin de conseguir un objetivo en común y beneficiarse de ellas. Estas leyes, a su vez, pueden actuar de manera internacional y han de ser seguidas y respetadas por las naciones del mundo. En España, en cambio, nos regimos por las leyes que se imponen dentro de los estados miembros de la Unión Europea, además de aquellas creadas en el propio país y, también, a un nivel más autonómico.

3.1. INTERNACIONAL/EUROPEO

En la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* podemos encontrar el artículo 25, que expone que “toda persona tiene derecho al bienestar: alimentación, vivienda, asistencia médica, vestido y otros servicios sociales básicos”.

La *Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing* hace un llamado a favor de la participación de las mujeres en políticas y programas sobre el VIH/SIDA, además de la aplicación de leyes, políticas y prácticas que protejan a mujeres y niñas contra la discriminación relacionada con el VIH/SIDA.

La *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* contiene importantes disposiciones para avanzar en la igualdad de género. Estas normas dotan a los Estados con herramientas para promover el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, incluida la elaboración de respuestas nacionales sensibles al género frente al VIH/SIDA.

Los *17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)* buscan poner fin a la pobreza para 2030 y promover el desarrollo social, la prosperidad económica y la protección del medio ambiente para todos. El Objetivo 3 trata de asegurar una vida saludable y bienestar para todos, e incluye una meta para poner fin al SIDA para el año 2030.

En la *Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2016: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030*, los Estados miembros de las Naciones Unidas se comprometieron firmemente a terminar con la epidemia del SIDA para 2030.

Entre las resoluciones del *Consejo de Derechos Humanos sobre la protección de los derechos humanos* en el contexto del VIH y el SIDA se encuentra la *resolución 16/28*. Aprobada en 2011, pide a los Estados a seguir desarrollando o estableciendo políticas y programas nacionales sensibles al género sobre el VIH/SIDA.

La *Resolución sobre las condiciones carcelarias en la Unión Europea: reorganización y penas de sustitución*, aprobada en el año 1999, nos dice en el artículo 14 que se “pide a los Estados miembros la aplicación rigurosa de la Directiva de la Organización Mundial de la Salud en la que se establecen los principios de la lucha contra la infección por VIH y el SIDA en las cárceles”.

3.2. ESTATAL

Real Decreto 1083/2017, de 29 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico «in vitro», con objeto de regular la venta al público y la publicidad de los productos de autodiagnóstico para la detección del VIH. Con esta ley se busca regular los productos de autodiagnóstico para el VIH, con el fin de facilitar el acceso a la realización de la prueba.

Extracto de la Orden de 31 de julio de 2018, por la que se convocan subvenciones a entidades de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, destinadas a la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida para el año 2018. Esta ley tiene por objeto la convocatoria de ayudas económicas a entidades de cualquier titularidad sin ánimo de lucro destinadas a la financiación de gastos ocasionados por actuaciones de prevención y control de la infección por VIH y sida para el año 2018.

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Esta ley expone, en el artículo 3, apartado 4, que la Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos. Asimismo, en el artículo 21, apartado 2, se explica que la Administración proporcionará a los internos una alimentación controlada por el Médico, convenientemente preparada y que responda en cantidad y calidad a las normas dietéticas y de higiene, teniendo en cuenta su estado de salud, la naturaleza del trabajo y,

en la medida de lo posible, sus convicciones filosóficas y religiosas. Los internos dispondrán, en circunstancias normales, de agua potable a todas las horas. Por otra parte, en el artículo 36, apartado 1, se declara que en cada centro existirá al menos un Médico general con conocimientos psiquiátricos encargado de cuidar de la salud física y mental de los internos y de vigilar las condiciones de higiene y salubridad en el establecimiento, el cual podrá, en su caso, solicitar la colaboración de especialistas.

Resolución de 29 de noviembre de 2006, de la Secretaría General de Sanidad, por la que se publica el Convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y los Departamentos de Salud y de Justicia de la Generalitat de Cataluña, para la puesta en marcha y la evaluación de actividades para prevenir la infección por VIH en centros penitenciarios.

LEY 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social. Esta ley en su Artículo 79. Ayudas sociales a los afectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Se establece un nuevo plazo de tres meses, contados a partir del siguiente al de la entrada en vigor de la presente Ley, para la presentación de solicitudes al amparo del Real Decreto-ley 9/1993, de 28 de mayo, por el que se conceden ayudas sociales a los afectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

Orden SPI/519/2011, de 2 de marzo, por la que se convocan subvenciones a entidades de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, destinadas a la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida para el año 2011. La finalidad de esta ley es la consecución de la igualdad de los ciudadanos en la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tanto en la población general como en grupos de la población más vulnerables frente a la infección por VIH.

3.3. AUTONÓMICO

Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias. Esta ley nos expone en su artículo 12, apartado C, la realización de programas dirigidos a la mejora de las condiciones generales de salud del drogodependiente, incluyendo actividades de educación sanitaria, consejo y apoyo psicológico a los usuarios de drogas infectados por el VIH o enfermos de sida y a sus familiares.

3.4. POLITICA SOCIAL

3.4.1. Ámbito Internacional/Europeo

Proyecto de estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015 [2010]. Este proyecto, propuesto por la OMS, orienta la respuesta de dicho sector a la epidemia causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) para lograr el acceso universal al tratamiento, la prevención, la atención y el apoyo, mejorar los resultados sanitarios y fortalecer los sistemas de salud.

Proyecto Prevención y apoyo en VIH/SIDA a personas adultas privadas de libertad [2004]. El objetivo de este proyecto, publicado por la ONUSIDA, es compartir con quienes se interesan en el trabajo en VIH/SIDA en cárceles, los aprendizajes derivados de la experiencia y promover la multiplicación de intervenciones eficaces relacionadas con el VIH/SIDA en población en situación de encierro carcelario.

3.4.2. Ámbito Estatal

Plan estratégico de la coordinadora estatal del VIH y Sida-CESIDA 2017-2019 [2016]. Este plan estratégico, hecho por el Ministerio de Salud, tiene como objetivo la coordinación, participación y fortalecimiento de las entidades miembro de CESIDA, la incidencia política, la comunicación y coordinación externa, la prevención del VIH y la igualdad de derechos.

Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida España 2008-2012 [2008]. Este plan, creado por el Ministerio de Sanidad, pretende desempeñar un papel importante en la prevención de las nuevas infecciones por VIH y en la búsqueda de la máxima calidad y esperanza de vida para las personas con VIH.

Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016 [2013]. Este plan, propuesto por el Ministerio de Sanidad, ha servido para ofrecer, tanto a los ciudadanos como a los profesionales, información global sobre la evolución de la epidemia durante estos años y las medidas adoptadas para hacerle frente.

Guía de mediación en salud en el medio penitenciario [200-?]. Este programa es impulsado por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria y apoyado por el Plan Nacional sobre el sida. Asimismo, pretende crear un equipo promotor, compuesto por

trabajadores y trabajadoras del centro penitenciario, con el objetivo de supervisar y acompañar a un grupo de agentes de salud en su labor.

Normas de Higiene y Recomendaciones para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles en Instituciones Penitenciarias [2007]. Este programa es impulsado por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Así pues, pretende facilitar el conocimiento y aplicación de las técnicas necesarias para controlar los factores que puedan ejercer efectos nocivos sobre la salud en centros penitenciarios.

3.4.3 Ámbito Autonómico

Programa de detección precoz del VIH mediante pruebas rápidas en entornos no clínicos [2013]. Este programa, constituido por el Servicio Canario de la Salud, pretende facilitar la detección de la infección por VIH en grupos de población especialmente vulnerables.

Balance de actividad del Servicio Canario de la Salud [2014]. Este programa, propuesto por el Servicio Canario de la Salud junto al Gobierno de Canarias, busca adoptar medidas de ajuste y de mejora de la eficiencia, así como realizar un gran esfuerzo por parte de los profesionales de las instituciones sanitarias, para la buena salud de los residentes canarios.

4. DISEÑO DE INTERVENCIÓN

4.1. JUSTIFICACIÓN

Este Proyecto nace como respuesta a la cantidad de personas enfermas con VIH en los centros penitenciarios españoles. Actualmente, el número de presos que padecen esta enfermedad es de un 4,5%, una cifra mucho menor a la de los últimos años. El abordaje del fenómeno de la pandemia por virus de la inmunodeficiencia humana en los países desarrollados, constituye una de las principales prioridades de salud pública que deben ser atendidas de forma integral, desde la promoción de la salud comunitaria, implicando a la diversidad de recursos socio-sanitarios y sociales. Por tanto, es necesario establecer medidas y programas adecuados a dicha realidad para que, de este modo, los reclusos estén informados acerca de la alta peligrosidad del VIH/SIDA.

De conocimiento público es también que los Centros penitenciarios se han convertido en muchos países, en uno de los vehículos difusores de la pandemia del SIDA, pero igualmente resulta, que con medidas y programas adecuados a dicha realidad, las instituciones penitenciarias pueden resultar elementos sumamente valiosos en la erradicación de la epidemia, dado que, como señala la Organización Mundial de la Salud, las cárceles ofrecen las posibilidades de informar y educar a gran número de personas que pueden haber incurrido o pueden llegar a incurrir en comportamientos de alto riesgo respecto a la infección por el VIH.

Se hace por tanto necesaria la creación de programas de prevención y tratamiento del VIH en los centros penitenciarios que respondan de forma científica e integral a la profunda necesidad que existe en este colectivo.

4.2. LOCALIZACIÓN

Este proyecto tendrá lugar en el centro penitenciario provincial Salto del Negro, situado en la ciudad de Las Palmas de Gran Canaria, que acoge a las personas de la provincia de Las Palmas pero también al resto del archipiélago canario en función de las necesidades al igual que a otros de diversas zonas de nuestro país. Más concretamente en el módulo 1 de respeto y el módulo de la Unidad Terapéutica y Educativa.

4.3. OBJETIVO Y METAS

4.3.1. Objetivos generales:

1. Desarrollar un proyecto de prevención primaria, secundaria y terciaria del VIH/SIDA con los reclusos del centro penitenciario en cuestión, con el objetivo de que los reclusos no infectados no adquieran la enfermedad y los que ya sufren la enfermedad mejoren la calidad de vida en relación a la misma.

4.3.2. Objetivos específicos:

- 1.1. Informar a los reclusos para que se conciencien de la gravedad de la enfermedad por medio de charlas, talleres, vídeos, libros y revistas y eviten situaciones de riesgo.
- 1.2. Conseguir que los reclusos infectados lleven un seguimiento físico y psicológico de su afección, para de esta manera mejorar su calidad de vida.

4.3.3. Metas:

Objetivo específico 1.1.:

- 1.1.1. Conseguir que el 100% de los reclusos estén informados acerca de la enfermedad y asistan a las diferentes actividades que se realizarán.
- 1.1.2. Conseguir que el 50% de los reclusos que asistan a las actividades reflexionen acerca de la enfermedad y sean conscientes de su gravedad.

Objetivo específico 1.2.:

- 1.2.1. Procurar que el 75% de los infectados sigan un tratamiento adecuado a su situación para evitar posibles abandonos.
- 1.2.2. Conseguir que un 20% de los reclusos asista al menos a uno de los controles físicos y a uno de los controles psicológicos de su afección durante la duración del Proyecto.

4.4. METODOLOGÍA

El presente proyecto estará destinado a los reclusos desde los tres niveles de prevención: nivel primario, nivel secundario y nivel terciario. Por tanto, en el nivel primario se agruparán aquellos presos que no posean la enfermedad; en el nivel secundario se agruparán aquellos presos que ya tengan la enfermedad y estén en un estado precoz de la misma; y en el nivel terciario se agruparán aquellos presos cuya enfermedad esté en un

estado avanzado y las medidas preventivas anteriores hayan fracasado. Cada grupo estará conformado por unos 12 integrantes.

El objetivo con cada grupo es informar y sensibilizar a sus integrantes acerca de la gravedad del VIH, así como realizar un seguimiento físico y psicológico a aquellos reclusos ya infectados y lograr que sean conscientes de su situación, además de ofrecer apoyo a familiares, otorgando pautas de actuación ante la enfermedad.

Así pues, la metodología empleada para llevar a cabo este proyecto de prevención del VIH en los centros penitenciarios se basará en tres modelos: cognitivo-conductual, crítico-radical y sistémico-ecológico. Estos tres modelos, a su vez, se emplearán en cada uno de los grupos en los que se dividirá a los internos a tratar.

En el primero de los grupos, sus integrantes los compondrán aquellos presos que no hayan adquirido la enfermedad; es decir, desde un nivel de intervención, estos serían aquellos que pertenecen al nivel primario de prevención. A estos se les informará acerca del VIH, sus causas, sus consecuencias, cómo evitar la enfermedad y cómo relacionarse con las personas ya infectadas por el virus. Para conseguir todo esto se emplearán dos modelos: el crítico-radical y el sistémico-ecológico. Por una parte, el modelo crítico-radical tiene sus raíces en las teorías sociológicas, políticas, psicológicas y pedagógicas, teniendo gran impacto la Teoría Marxista, que propugna la relación dialéctica entre la teoría y la práctica. Centrándonos en la Teoría Marxista, es conveniente usarla en este tipo de situaciones, dado que los presos conviven en una pequeña sociedad dentro de la cárcel, por lo que se considerarán las causas sociales de los problemas personales para pasar de los niveles individuales a los colectivos. Por otro lado, el modelo sistémico-ecológico pretende poner especial énfasis en la atención social del individuo, actuando con la persona y su entorno social, analizando la interdependencia que existe entre la persona considerada como sistema y los distintos sistemas que configuran su medio social: la familia, los amigos, los vecinos, los compañeros y las instituciones con las que mantienen vínculos significativos. Gracias a estos modelos, se pretende conseguir la relación recíproca entre los integrantes del grupo para comprender mejor el virus de inmunodeficiencia humana.

En el segundo de los grupos, sus integrantes los compondrán aquellos presos que posean la enfermedad; es decir, desde un nivel de intervención, estos serían aquellos que pertenecen al nivel secundario de prevención. A estos se les informará acerca del VIH,

sus consecuencias, cómo convivir con la enfermedad, cómo actuar ante ella y sus relaciones con otros enfermos que padezcan la afección. Para abordar estos problemas se emplearán tres modelos: el cognitivo-conductual, el crítico-radical y el sistémico-ecológico. En primer lugar, el modelo cognitivo-conductual parte de que todo lo que se conoce de la persona es el comportamiento observable; todo comportamiento es una respuesta a estímulos externos o internos; todo comportamiento puede ser modificado según se desee aplicando los principios del aprendizaje y los refuerzos adecuados. Con esto se pretende analizar la conducta de los integrantes del grupo para sacar una conclusión y trabajar desde ese punto. En segundo lugar, con el modelo crítico-radical se buscarán los problemas personales de cada integrante para luego pasar a un nivel colectivo, tal y como se ha explicado anteriormente. Y en tercer lugar, el modelo sistémico-ecológico, con el que se tratará de que los miembros del grupo mejoren sus relaciones con los más allegados, ya sean familiares, compañeros o personal del centro penitenciario, con el fin de que el problema de la enfermedad no se convierta en un impedimento para los que la padecen y los que no.

En el tercero de los grupos, sus integrantes los compondrán aquellos presos cuya enfermedad se encuentre en un estado avanzado; es decir, desde un nivel de intervención, estos serían aquellos que pertenecen al nivel terciario de prevención. Al igual que con el segundo grupo, a estos se les informará acerca del VIH, sus consecuencias, cómo convivir con la enfermedad, cómo actuar ante ella y sus relaciones con otros enfermos que padezcan la afección. Para ello se volverán a emplear los tres modelos mencionados con anterioridad: el cognitivo-conductual, el crítico-radical y el sistémico-ecológico. Como ya se ha explicado, el modelo cognitivo-conductual busca modificar el comportamiento a través del aprendizaje y los refuerzos adecuados de una persona en concreto. Asimismo, el modelo crítico-radical se pretenderá hallar los problemas personales de cada persona y trasladarlos a un problema colectivo, para trabajar en común los aspectos a mejorar. Por último, el modelo sistémico-ecológico tratará de que los miembros del grupo mejoren sus relaciones personales con compañeros, amigos o familiares, y que el padecer la enfermedad no se convierta en un problema ni para ellos ni para sus allegados, por su bien y el de aquellos a los que aprecian.

Con la ayuda de estos modelos se podrá observar a los integrantes de cada grupo para analizar su crecimiento como personas individuales, grupales y, también, sus relaciones, así como su adaptación al medio en el que viven, su visión de la enfermedad y

cómo enfrentarse a ella. El objetivo de este Proyecto es lograr que los tres grupos puedan afrontar los acontecimientos negativos que les deparará o que ya han sufrido, autodireccionarlos, motivarlos y orientarlos hacia una mejor situación personal, un agradable estado de confort y que, aquellos que ya padezcan la enfermedad, no se suman en una actitud pesimista y que se sientan inferiores a otros por su condición.

4.5. FASES

1ª Fase: Toma de contacto con el equipo

Este proyecto parte de la propia cárcel en conjunto con el Gobierno de Canarias, concretamente con la Consejería de Sanidad, y está enmarcado dentro del Plan Canario sobre SIDA en relación con la política sanitaria.

Previamente a realizar la intervención con los reclusos, el Trabajador Social se reunirá con la junta directiva del centro penitenciario y les informará acerca del proyecto a llevar a cabo. A estos les expondrá sus intenciones con los reclusos y cómo procederá en la realización de las actividades y del seguimiento de cada uno de los integrantes de los grupos en los que dividirá a los presos.

A continuación, el Trabajador Social y un equipo psicosocial, conformado por el médico de la cárcel, un enfermero y un psicólogo, buscarán entre los reclusos a los miembros que formarán parte de los grupos, tras un examen realizado a los integrantes potenciales. Esto se implementará aproximadamente a lo largo de tres semanas.

2ª Fase: Puesta en marcha de los talleres y toma de contacto

Una vez seleccionados los presos que formarán parte del proyecto y ser divididos en los grupos correspondientes, el Trabajador Social se encargará de buscar los materiales necesarios para la elaboración de los mismos.

Terminadas las preparaciones y dispuestos los talleres para ser llevados a cabo, el Trabajador Social y el equipo que trabajará junto a él mantendrán una breve presentación y toma de contacto con los reclusos que participarán en el programa, además de proveerles de la información necesaria acerca de las actividades.

Para concluir, el Trabajador Social resolverá cualquier duda que los participantes tengan o volver a explicar alguna cuestión que no haya quedado bien resuelta durante la intervención. Cabe destacar que las actividades tendrán una finalidad informativa y formativa a través de exposiciones, tareas dinámicas, debates, charlas, entre otras.

Todo esto se efectuará en un día, pero cada grupo por separado.

3ª Fase: Desarrollo pleno de los talleres

Con el primero de los grupos se llevarán a cabo ocho actividades que comprenderán una serie de informaciones acerca del virus del VIH, sus causas, sus consecuencias y cómo prevenir la enfermedad.

Con el segundo de los grupos se procederá a explicar, a lo largo de diez actividades divididas en dos talleres, los efectos que puede tener el virus del VIH en la psicología de la persona, cómo mantener la autoestima alta y sobrellevar la enfermedad.

Con el tercero y último de los grupos se realizarán cinco actividades, fraccionadas en dos talleres, que informarán a los integrantes sobre cómo afecta el VIH a la psicología de la persona, las consecuencias de padecer la enfermedad y la preparación de los infectados para enfrentarse a la realidad en la que viven.

Así mismo, cada grupo tendrá una serie de actividades prácticas en las que se espera que los presos participen y comenten sobre lo establecido durante la realización de los talleres.

A su vez, por cada actividad finalizada habrá una reunión del equipo psicosocial en la que se recapitulará sobre lo enseñado y cómo han avanzado los tres grupos. Estas actividades se llevarán a cabo durante un mes y medio por cada grupo.

4ª Fase: Evaluación

En esta última fase, que tendrá lugar el último día de intervención, se tratará de recoger y evaluar las opiniones que tienen los participantes acerca de cómo se ha llevado a cabo el Proyecto y si les ha ayudado a mejorar. Así mismo, el Trabajador Social y su equipo concluirán si su intervención ha sido positiva mediante un cuestionario de evaluación que se les entregará a los integrantes del Proyecto.

A esto se le sumará la evaluación de los participantes del Proyecto, con los que hará una comparativa y buscará la forma de mejorar para futuras intervenciones en otros centros penitenciarios.

4.6. ACTIVIDADES

4.6.1. Actividades de implementación:

A lo largo de tres semanas, el Trabajador Social llevará a cabo una serie de tareas previas para la posterior realización de las actividades grupales.

4.6.1.1. Selección de miembros:

El Trabajador Social revisará las fichas personales de los reclusos de los módulos 1 de respeto y el módulo de la Unidad Terapéutica y Educativa y, tras un examen de comportamiento y varias reuniones con el equipo psicosocial, se procederá a realizar una serie de entrevistas con los seleccionados para comprobar si están dispuestos a participar en el programa.

4.6.1.2. Preparación de dinámicas:

Una vez escogidos los participantes, el Trabajador Social dividirá a estos en tres grupos según los tres niveles de prevención, así como la preparación de los subsecuentes talleres.

4.6.1.3. Elaboración de material para los talleres:

Se buscarán las herramientas necesarias para que los talleres puedan ser llevados a cabo, haciendo uso del presupuesto obtenido o del equipo ya perteneciente al centro penitenciario.

4.6.1.4. Reunión de coordinación con el equipo:

El Trabajador Social mantendrá una reunión con los miembros del equipo psicosocial para detallarles cuáles serán sus funciones en la elaboración de los talleres y coordinar la calendarización.

4.6.1.5. Reuniones de grupo:

Cada vez que se finalice una actividad, habrá una reunión con el equipo psicosocial para evaluar a los participantes y poner en común el progreso de cada uno de ellos, así como valorar los avances de los usuarios y las necesidades que estos requieran.

4.6.1.6. Reuniones de supervisión:

El Trabajador Social mantendrá una reunión por semana con el equipo directivo y les comentará cómo avanza el proyecto y cada uno de los integrantes, así como las mejoras o errores cometidos.

4.6.2. Actividades de intervención directa con el colectivo afectado:

Para cada uno de los grupos se llevará a cabo una corta presentación con los miembros que formarán parte del equipo psico-social y se expondrán a los integrantes de cada uno de los grupos.

Después de la presentación del equipo, el Trabajador Social explicará a grosso modo a los participantes en qué consistirán las actividades que se realizarán durante los talleres. Así mismo, cada miembro del equipo detallará su función a desarrollar en cada uno de los ejercicios que le competan.

4.6.2.1. Actividades del grupo 1. Nivel primario:

4.6.2.1.1. Taller de Salud: Prevención y información de la enfermedad:

| | |
|---|--|
| Actividad 1: Conocimientos previos | |
| Objetivo | Conocer los conocimientos previos de los reclusos acerca de los temas a tratar y complementarlos con las posteriores actividades que se llevarán a cabo. |
| Materiales | Pizarra, tizas, folios, bolígrafos. |
| Desarrollo | El Trabajador Social formulará varias preguntas a los presos con la intención de descubrir si conocen qué es la enfermedad del VIH, cómo prevenirla, sus vías de transmisión, los daños a la salud asociados al consumo de drogas, los factores de riesgo y prácticas seguras en la inyección. |
| Tiempo | Una hora. |

| | |
|--|--|
| Actividad 2: La infección por VIH y su desarrollo | |
| Objetivo | Informar a los reclusos sobre el VIH y sus diagnósticos. |

| | |
|-------------------|--|
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, Power-Point. |
| Desarrollo | El Trabajador Social, con la ayuda del médico, procederá a efectuar una charla acerca de qué es el VIH, cómo actúa, qué significa ser seropositivo, diferencias entre portador y enfermo, pruebas sobre la seropositividad y asistencia hospitalaria al paciente por VIH. Al terminar, se harán preguntas a los integrantes del grupo para saber si han aprendido sobre lo expuesto en la actividad. |
| Tiempo | Una hora. |

| | |
|---|--|
| Actividad 3. Prevención de la enfermedad del VIH | |
| Objetivo | Concienciar a los reclusos sobre los métodos de prevención y cómo evitar contraer la enfermedad. |
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, Power-Point, documentales videográficos. |
| Desarrollo | El médico y el Trabajador Social se encargarán de mostrar a los reclusos cuáles son los métodos de transmisión del VIH de forma general, las funciones del sistema inmunitario, cómo prevenir la infección, las maneras más eficientes de prevenir el virus y qué hacer en el caso de que una persona crea padecer la enfermedad. Al terminar, se harán preguntas a los integrantes del grupo para saber si han aprendido sobre lo expuesto en la actividad. |

| | |
|---------------|-----------|
| Tiempo | Una hora. |
|---------------|-----------|

| | |
|---|---|
| Actividad 4: Vías de transmisión | |
| Objetivo | Hacer conocer a los presos cuáles son las vías por las que una persona puede contraer el VIH. |
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, Power-Point. |
| Desarrollo | El médico se encargará de mostrar a los reclusos cuáles son las vías de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana, ya sea por contacto sexual, por uso de drogas por vías parenteral, por transmisión de madre a hijo y por transfusiones de sangre o hemoderivados. Al terminar, se harán preguntas a los integrantes del grupo para saber si han aprendido sobre lo expuesto en la actividad. |
| Tiempo | Una hora. |

| | |
|---|---|
| Actividad 5: Daños a la salud asociados al consumo de drogas por vía parenteral. | |
| Objetivo | Concienciar a los integrantes del grupo sobre las drogas y enfermedades que pueden obtenerse por el contacto sanguíneo. |
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, Power-Point, documentales videográficos. |

| | |
|-------------------|--|
| Desarrollo | El médico y el Trabajador Social informarán a los reclusos acerca de enfermedades como la hepatitis, tuberculosis, ETS y VIH que se pueden adquirir por el contacto con la sangre, ya sea por vía intravenosa con el uso de drogas o por actividades sexuales. |
| Tiempo | Una hora. |

| | |
|--|--|
| Actividad 6: Factores de riesgo por contacto sanguíneo. | |
| Objetivo | Informar a los presos sobre cuáles son los factores por los que una persona puede contagiarse de alguna de las enfermedades antes mencionadas. |
| Materiales | Pizarra electrónica, ordenador, folios, bolígrafos, proyector, rotuladores. |
| Desarrollo | El médico y el enfermero harán saber a los miembros del grupo cómo una persona puede contagiarse de una enfermedad por contacto sanguíneo o sexual, e incluso dentro de la propia prisión, ya sea por el uso compartido de jeringuillas, por la reutilización de la propia jeringuilla, por relaciones sexuales, por sobredosis, así como el hecho de que un hijo pueda padecer la enfermedad si sus progenitores consumen drogas o poseen dicha enfermedad. |
| Tiempo | Una hora. |

| | |
|--|--|
| Actividad 7: Prácticas seguras de inyección | |
| Objetivo | Concienciar a los reclusos sobre métodos seguros de inyección. |

| | |
|-------------------|---|
| Materiales | Jeringuillas de plástico desechables, PowerPoint, proyector, folios, bolígrafos. |
| Desarrollo | El enfermero y el Trabajador Social expondrán a los reclusos algunas características de la inyección segura, cuáles son las zonas seguras de inyección y las técnicas de esterilización del material de inyección, en el caso de que alguno de los integrantes aún no haya acabado con su adicción a una posible droga y no desee contraer alguna de las enfermedades previamente mencionadas. También, el enfermero procederá a realizar algunas actividades prácticas en las que explicará, paso por paso, cómo llevar a cabo una inyección segura. |
| Tiempo | Una hora. |

| | |
|----------------------------------|--|
| Actividad 8: Estereotipos | |
| Objetivo | Demostrar a los presos que los estereotipos son engañosos y prevenirlos para que no juzguen a una persona infectada por el VIH. |
| Materiales | Ninguno para esta actividad. |
| Desarrollo | El Trabajador Social hablará en público sobre un posible infectado en la sala. A continuación, pedirá a los miembros del grupo que señalen a la persona que crean que está enferma. Después de que se haya votado, el Trabajador Social revelará que ninguno de los integrantes en ese lugar está realmente infectado. Finalmente, se establecerá un debate sobre ideas preconcebidas y cómo nos influyen en nuestra relación con otros. |
| Tiempo | Una hora. |

4.6.2.2. *Actividades del grupo 2. Nivel secundario:*

4.6.2.2.1. Taller psico-social:

| | |
|--|---|
| Actividad 1: Aspectos generales sobre tratamiento psicológico en VIH. | |
| Objetivo | Hacer saber a los integrantes del grupo sobre cómo afecta la enfermedad desde un punto de vista psicológico y cómo evitar caer en una posible depresión. |
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, Power-Point. |
| Desarrollo | El psicólogo y el Trabajador Social se encargarán de exponer cuáles son los procesos por los que una persona infectada puede pasar, cómo superar tales procesos, evitar caer en una depresión por culpa de la enfermedad y cómo afrontar la realidad. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|---|--|
| Actividad 2: Comportamientos de Riesgo | |
| Objetivo | Informar a los reclusos sobre comportamientos que puedan agravar la enfermedad que ya padecen. |
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, Power-Point. |

| | |
|-------------------|---|
| Desarrollo | El psicólogo explicará a los miembros del grupo cuál es la definición de riesgo, cuáles son los comportamientos que pueden llevar a una persona a empeorar su enfermedad, cuál es su percepción de riesgo y cuáles son las consecuencias de agravar dicha enfermedad. |
| Tiempo | Una hora |

Actividad 3: Consejos para evitar que una persona infectada contagie a una persona no infectada

| | |
|-------------------|--|
| Objetivo | Explicar a los reclusos cuáles son las mejores opciones para que una persona infectada no contagie a una persona no infectada. |
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, PowerPoint. |
| Desarrollo | El médico notificará a los presos sobre cuáles son los mejores métodos de prevención para tener contacto con otra persona y no infectarla, ya sea dentro del ámbito de la prevención sexual, la prevención por uso de drogas por vía parenteral y la prevención de transmisión madre-hijo. |
| Tiempo | Una hora |

Actividad 4: La enfermedad del SIDA

| | |
|-----------------|--|
| Objetivo | Explicar a los presos qué es la enfermedad del SIDA y cuáles son las fases por las que una persona infectada puede verse envuelta. |
|-----------------|--|

| | |
|-------------------|--|
| Materiales | Pizarra, tizas, folios, bolígrafos. |
| Desarrollo | El médico pondrá en conocimiento de los reclusos toda la información referente al SIDA y las enfermedades oportunistas. Además, entrará en detalle acerca de las fases a las que un enfermo puede llegar a enfrentarse, como la negación, la rabia, la negociación, la depresión y la aceptación. Al finalizar dicha explicación, el Trabajador Social propondrá a los miembros del grupo que se sienten formando un círculo y que expresen si alguna vez han sentido esta clase de sentimientos, además de compartirlos con el resto. Gracias a esta actividad práctica se conseguirá que los integrantes sientan mayor empatía hacia aquellos de su misma condición. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|---------------------------------|--|
| Actividad 5: SIDA social | |
| Objetivo | Concienciar a los reclusos acerca del Sida en la vida social. |
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, Power-Point, documentales videográficos. |
| Desarrollo | El psicólogo, con la ayuda de la Trabajador Social, detallará los conceptos generales de la convivencia en sociedad para la persona con VIH, así como la tolerancia y la solidaridad ante el VIH; las relaciones con amigos, parejas y conocidos; la convivencia familiar y social del afectado; los aspectos laborales; los derechos del trabajador seropositivo; la relación con los compañero; los accidentes de trabajo y las prestaciones económicas de la Seguridad Social por incapacidad. Todo esto con el fin de que la vida del infectado sea más amena tanto en la vida en prisión como en la sociedad. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|---|---|
| Actividad 6: Programas alternativos en drogodependencias | |
| Objetivo | Poner en conocimiento de los reclusos los programas de drogodependencia a los que pueden acudir. |
| Materiales | Proyector, bolígrafos, folios, PowerPoint. |
| Desarrollo | El Trabajador Social se encargará de exponer a los miembros del grupo ciertos programas drogodependientes, tales como programas ambulatorios en CAD (Centros de atención ambulatoria en Drogodependencia), programas de mantenimiento con metadona, programas de intercambio de jeringuillas y cambios de la vía de administración. |
| Tiempo | Una hora |

4.6.2.2.2. Taller de autoestima y aceptación de la realidad:

| | |
|---|---|
| Actividad 1: Reacciones iniciales ante la enfermedad | |
| Objetivo | Conseguir que los presos expresen aquellos sentimientos que padecieron en el momento en el que adquirieron la enfermedad y que compartan sus emociones con los demás, con la finalidad de que no decaigan y logren aceptar la realidad. |
| Materiales | Ninguno para esta actividad. |

| | |
|-------------------|--|
| Desarrollo | El psicólogo, a través de actividades prácticas, ayudará a los integrantes del grupo a que pongan en conocimiento de todos cuáles fueron las sensaciones que vivieron instantes posteriores a conocer que tenían la enfermedad del VIH/SIDA. Además, el Trabajador Social se encargará de enseñarles a cómo convivir con la enfermedad y cómo enfrentarse a la realidad. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|--|---|
| Actividad 2: Reacción y comportamiento actual ante la enfermedad; principales temores, estilo de vida | |
| Objetivo | Exponer y analizar las experiencias personales y de otros afectados por el VIH, obtenidos a través de la comunicación asertiva con todos los miembros que componen el grupo. |
| Materiales | Ninguno para esta actividad. |
| Desarrollo | A través de una puesta en común, organizada por el psicólogo y el Trabajador Social, los integrantes manifestarán cuáles son sus reacciones y comportamientos actuales en cuanto a la enfermedad, así como sus principales temores y el estilo de vida que llevan en el centro penitenciario. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|--|--|
| Actividad 3: Actitudes personales ante la comunicación de la condición de seropositividad a otros | |
| Objetivo | Facilitar la comunicación entre todos, compartir experiencias, trabajar la autoestima y aceptar la realidad positivamente. |
| Materiales | Ninguno para esta actividad. |
| Desarrollo | Por medio de una actividad práctica, el psicólogo y el Trabajador Social propondrán a los miembros del grupo compartir sus experiencias después de haber adquirido la enfermedad, así como sus relaciones con parejas, amigos, compañeros de prisión, familiares... Con el fin de trabajar la autoestima y aceptar la realidad en la que viven de manera positiva. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|---|--|
| Actividad 4: Las percepciones interpersonales: Auto-percepción y percepción de los demás | |
| Objetivo | Concienciar a los presos sobre la percepción que una persona tiene sobre sí mismo y la percepción que tiene la persona acerca de los demás, padezcan la enfermedad o no. |
| Materiales | Proyector, PowerPoint, folios, bolígrafos. |

| | |
|-------------------|--|
| Desarrollo | Se propondrá una última puesta en común en la que cada integrante se evaluará a sí mismo y, a continuación, hará lo propio con los demás, ya sean compañeros de prisión, familiares, amigos, conocidos o gente en general. Al finalizar, el psicólogo se encargará de exponer una serie de pautas para que los reclusos infectados sepan evaluarse a sí mismos y a otros y aprendan de ello. |
| Tiempo | Una hora |

4.6.2.3. Actividades del grupo 3. Nivel terciario:

4.6.2.3.1. Taller psico-social:

| | |
|---|---|
| Actividad 1: Aspectos generales sobre tratamiento psicológico en VIH | |
| Objetivo | Hacer saber a los integrantes del grupo sobre cómo afecta la enfermedad desde un punto de vista psicológico y cómo evitar caer en una posible depresión. |
| Materiales | Proyector, ordenador, folios, bolígrafos, Power-Point. |
| Desarrollo | El psicólogo y el Trabajador Social se encargarán de exponer cuáles son los procesos por los que una persona infectada puede pasar, cómo superar tales procesos, evitar caer en una depresión por culpa de la enfermedad y cómo afrontar la realidad. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|--|---|
| Actividad 2: Consecuencias de padecer la enfermedad del VIH | |
| Objetivo | Informar a los reclusos sobre las consecuencias que se generan al padecer el VIH, tanto a un nivel social como privado. |
| Materiales | Proyector, PowerPoint, bolígrafos, folios. |
| Desarrollo | El médico y el psicólogo se encargarán de informar a los miembros del grupo acerca de cuáles son las principales consecuencias que pueden llegar a padecer al poseer la enfermedad del VIH, así como dar las pautas necesarias para que puedan sobrellevar dicha dolencia tanto a un nivel social como privado. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|--|---|
| Actividad 3: Intervención psicológica después del diagnóstico | |
| Objetivo | Poner en conocimiento de los miembros del grupo algunos métodos psicológicos por los que se pueden guiar tras el diagnóstico. |
| Materiales | Proyector, PowerPoint, bolígrafos, folios, informes, documentales videográficos, revistas informativas. |

| | |
|-------------------|--|
| Desarrollo | El psicólogo y el Trabajador Social pondrán en conocimiento del grupo varios métodos de carácter psicológico por los que los enfermos de VIH, una vez intervenidos con diagnósticos y tratamientos, se orienten, con el fin de que no decaigan y puedan llevar una vida normal, ya sea dentro del centro penitenciario o fuera de sus muros. |
| Tiempo | Una hora |

4.6.2.3.1. Taller de autoestima y aceptación de la realidad:

| | |
|--|---|
| Actividad 1: Estrategias de adaptación a la nueva situación | |
| Objetivo | Informar a los presos sobre estrategias de autocontrol, así como de reducción de ansiedad y de enfrentamiento a la enfermedad con positividad. |
| Materiales | Proyector, PowerPoint, bolígrafos, folios, informes, documentales videográficos, revistas informativas. |
| Desarrollo | El psicólogo notificará a los reclusos acerca de ciertas estrategias de autocontrol que pueden seguir para que, de este modo, logren reducir la ansiedad que provoca el hecho de padecer la enfermedad del VIH, así como pautas para que puedan enfrentarse psicológicamente a la enfermedad, con positividad y buena autoestima. |
| Tiempo | Una hora |

| | |
|--|---|
| Actividad 2: ¿Decirlo o no decirlo? | |
| Objetivo | Hacer que los integrantes del grupo se atrevan a revelar a otros, ya sea dentro o fuera del centro penitenciario, que padecen la enfermedad del VIH sin que tengan miedo. |
| Materiales | Ninguno para esta actividad. |
| Desarrollo | El Trabajador Social animará a los reclusos para que, por medio de una puesta en común, se arriesguen a manifestar que poseen el virus de inmunodeficiencia humana, además de hacerles saber que padecerla no equivale a un rechazo social, tal y como se habrá expuesto en actividades anteriores. Así pues, el Trabajador Social no solo los invitará a que lleven a cabo este acto dentro del centro penitenciario, sino también en el mundo exterior, cuando sea pertinente. De este modo, evitarán sentirse solos y podrán tener el afecto de familiares y amigos que los apoyarán en esos momentos difíciles. |
| Tiempo | Una hora |

4.7. CALENDARIZACIÓN

| SEPTIEMBRE | | | | | | |
|------------|----|----|----|----|----|----|
| D | L | M | X | J | V | S |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | | | | | |

OCTUBRE

| D | L | M | X | J | V | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 |
| 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | | |

NOVIEMBRE

| D | L | M | X | J | V | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | 1 | 2 |
| 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 |
| 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 |
| 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |

DICIEMBRE

| D | L | M | X | J | V | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| 29 | 30 | 31 | | | | |

ENERO

| D | L | M | X | J | V | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | 1 | 2 | 3 |
| 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 |
| 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
| 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 |

FEBRERO

| D | L | M | X | J | V | S |
|----|----|----|----|----|----|----|
| | | | | | | 1 |
| 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 |
| 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 |

| | |
|--|-------------------------------|
| | Actividades de implementación |
| | Actividades del grupo 1 |
| | Actividades del grupo 2 |
| | Actividades del grupo 3 |
| | Evaluación |

4.8. RECURSOS

Para realizar este proyecto es necesario disponer de los recursos humanos, materiales y financieros que se desglosarán a continuación:

- *Recursos humanos:* un trabajador Social, médico, enfermero y psicólogo conformaran el equipo pisco-social para llevar a cabo dicho proyecto.
- *Recursos materiales:* estos, a su vez, se dividen en fungibles y no fungibles.
 - Fungibles: folios para llevar a cabo los informes, evaluaciones, actividades, talleres; bolígrafos, rotuladores...
 - No Fungibles: las aulas del centro con sus respectivas sillas, mesas y pizarras, proyector, ordenador...

4.9. PRESUPUESTO

La siguiente tabla muestra el presupuesto necesario para cubrir los gastos materiales, así como el salario de los profesionales encargados de llevar a cabo el Proyecto:

Recursos humanos

| Personal | Jornada | Cuantía |
|-------------------|-----------------------------|---------|
| Trabajador Social | 20 h al mes durante 6 meses | 600 € |
| Enfermero | 20 h al mes durante 6 meses | 600 € |
| Psicólogo | 20 h al mes durante 6 meses | 700 € |
| Médico | 20 h al mes durante 6 meses | 700 € |

Recursos materiales

| Materiales fungibles | Cuantía por cada grupo | Cuantía total |
|---|------------------------|---------------|
| Material de oficina o papelería para el desarrollo de las actuaciones administrativas o talleres. | 40 € | 120 € |
| Materiales no fungibles | | |
| Mobiliario del Centro (aulas, sillas, mesas, pizarras)... | 0 € | 0 € |
| Total | | 15 720 € |

5. EVALUACIÓN

Para la evaluación del Proyecto se llevará a cabo un cuestionario que recogerá una sucesión de cuestiones que los participantes deberán responder, con el fin de que el Trabajador Social conozca si su trabajo ha sido productivo o no. Estas medirán la eficacia, la eficiencia y la efectividad del Proyecto. Para producir dicho cuestionario, el Trabajador Social tendrá que tener en cuenta una serie de preguntas que deberá contestar:

- ¿Ha sido la metodología aplicada lo suficientemente adecuada para permitir su ejecución?
- ¿Los objetivos han sido realistas y ambiciosos?

- ¿Se han cumplido los objetivos establecidos en el Proyecto?
- ¿Se han llevado a cabo los objetivos generales propuestos?
- ¿Los objetivos específicos han sido cumplidos en su mayoría?
- ¿Se han alcanzado las metas propuestas?
- ¿Se han conseguido los porcentajes propuestos en las metas?
- ¿Se han realizado las fases tal y como fueron puestas en orden?
- ¿Se ha procedido adecuadamente en el cumplimiento de las fases?
- ¿El Trabajador Social tuvo éxito en la explicación de los aspectos teóricos de las actividades?
- ¿El Trabajador Social tuvo éxito en los aspectos prácticos de las actividades?
- ¿Se realizaron todas las actividades propuestas?
- ¿Ha habido una participación mayoritaria durante la realización de las actividades?
- ¿Consiguieron las actividades concienciar a los participantes sobre los temas tratados?
- ¿Qué aspectos de las actividades se podrían mejorar?
- ¿Se ha conseguido establecer el Proyecto con la calendarización establecida?
- ¿Han sido suficientes los recursos destinados para cumplir con los objetivos?
- ¿Los recursos han estado disponibles en tiempo y forma?
- ¿Ha sido necesario ampliar el número de recursos?
- ¿El presupuesto obtenido ha sido suficiente para la realización del Proyecto?

Los siguientes cuadros que se muestran presentan la unidad de medida de las metas que se han diseñado para este proyecto:

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Meta 1.1.1. | -100% Meta por debajo de lo previsto. | 0 |
| Conseguir que el 100% de los reclusos estén informados acerca de la enfermedad y asistan a las diferentes actividades que se realizarán. | 100% Meta superada. | 1 |

| | | |
|-------------|--|---|
| Meta 1.1.2. | | 0 |
|-------------|--|---|

| | | |
|---|--------------------------------------|---|
| Conseguir que el 50% de los reclusos que asistan a las actividades reflexionen acerca de la enfermedad y sean conscientes de su gravedad. | -50% Meta por debajo de lo previsto. | |
| | 50% Meta superada. | 1 |
| | +50% Meta superior a lo previsto. | 2 |

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Meta 1.2.1. | -75% Meta por debajo de lo previsto. | 0 |
| Procurar que el 75% de los infectados sigan un tratamiento adecuado a su situación para evitar posibles abandonos. | 75% Meta superada. | 1 |
| | +75% Meta superior a lo previsto. | 2 |

| | | |
|--|--------------------------------------|---|
| Meta 1.2.2. | -20% Meta por debajo de lo previsto. | 0 |
| Conseguir que un 20% de los reclusos asista al menos a uno de los controles físicos y a uno de los controles psicológicos de su afección durante la duración del Proyecto. | 20% Meta superada. | 1 |
| | +20% Meta superior a lo previsto. | 2 |

6. VALORACIÓN PERSONAL, AUTOEVALUACIÓN Y SUGERENCIAS

Como parte final de este proyecto, se llevarán a cabo una serie de evaluaciones acerca del trabajo realizado, además de exponer los aspectos más relevantes del mismo. Esto se hará a través de tres aspectos: una valoración personal, una autoevaluación y diversas sugerencias.

6.1. VALORACIÓN PERSONAL

En un primer momento fueron innumerables las dudas en cuanto a la selección de la temática. Se necesitaba que el proyecto fuese innovador y creativo, pero el tiempo con el que se contaba para su elección no era suficiente para plantear un tema que realmente me interesara. Dicha elección vino precedida por la problemática que sigue acarreado

este tema, el VIH/SIDA en nuestra sociedad. Por otro lado, la inserción social con esta enfermedad es una de las principales áreas que, en mi opinión, deben ser trabajadas en todos los colectivos, hacer partícipe a la población de la sociedad en la que viven. Además este tema cobra importancia ya que la inserción es un proceso que abarca todos los aspectos de la persona y del entorno de ésta. Por lo tanto, es importante que sea uno de los pilares fundamentales para la construcción de su educación. Además trabajar en un futuro con las familias es importante ya que éstas están en contacto directo con el usuario y es el primer ámbito de socialización del mismo. Una vez realizado el proyecto de diseño de una intervención, he comprobado que sería necesario hacer un análisis de la realidad in-si-tu, ya que la información que se selecciona, tanto para la fundamentación como para la contextualización, generan ciertas dudas de credibilidad y, a su vez, cierta inseguridad de cara a la realización de un diseño de actividades necesarias para los destinatarios/as del proyecto. Asimismo, realizando dicha observación se detectarían las necesidades que afectan a dicho colectivo. Por otro lado la puesta en práctica del mismo evaluará si se han conseguido los objetivos previamente planificados, para así, comprobar si dicho diseño de intervención es viable en el área que nos ocupa. Por otro lado, la definición de los talleres ha sido algo costosa, pues se plantearon diversas ideas sobre las que trabajar. El principal problema de su puesta en marcha fue la falta de información en dicho tema para su formación en las áreas en las que se pretendía trabajar. Otra de las dificultades que encontré fue la de contar con tres grupos de presos y la realización de distintas actividades para cada grupo. En un principio conté con la posibilidad de abarcarlos a todos, pero la dificultad vino a la hora de plantearse el trabajo con las familias, ya que al no disponer de tiempo no sabía con seguridad con qué número de personas iba a trabajar para poder adaptar el horario. De esta manera, se planteó el proyecto para los tres grupos, el número de usuarios no rebasaba los 10 y era un buen grupo con el que plantear una intervención. Sin embargo, la intervención podría extenderse en un futuro, en el caso de tener buena acogida.

Para finalizar, es preciso mencionar que ha sido una experiencia grata, susceptible de ser mejorada con la puesta en práctica del mismo para comprobar si se han conseguido los objetivos planificados y detectar la eficiencia y eficacia del proyecto, así como con la necesidad de contar con más tiempo para su realización.

6.2. AUTOEVALUACIÓN

En relación con el trabajo realizado por la alumna en el diseño de este proyecto, ha sido el más eficaz que se ha podido llevar a cabo con el tiempo que se ha contado. Fueron muchas las dudas planteadas y, además, era la primera vez que se enfrentaba sola a la realización del diseño de un proyecto de esta envergadura. A pesar de los inconvenientes previos al diseño del proyecto, y contando con las pautas que han sido establecidas para la realización del mismo, se ha implementado todo esto de una manera rigurosa con la esperanza de que sea un diseño que pueda llevarse a cabo en una futura intervención. Por otro lado, se considera que aún queda mucho por aprender, por ser más resolutiva y tener más claridad a la hora de plantear un proyecto. Ha resultado costoso, ya que se tenía mucha inseguridad en si era adecuado lo que se hacía o sugería. A medida que se avanzaba en el diseño, se fue adquiriendo más seguridad, y el proyecto fue tomando la forma que se deseaba.

6.3. SUGERENCIAS

Dado que este Proyecto trata sobre la enfermedad del VIH en los centros penitenciarios, la información de tal dolencia no debería quedarse únicamente entre los muros de las cárceles. Los familiares, amigos y allegados de los reclusos también pueden verse afectados por ella, así que debería ser necesario que estos mismos puedan ser parte de las diversas actividades propuestas (es decir, plantear una serie de actividades con ellos ajenas a las que se realizarían con los presos), con el fin de evitar que la enfermedad se propague y pueda afectar a más personas, ya sea dentro de las prisiones o fuera de ellas.

Por otro lado, el profesional que quiera llevar a cabo este Proyecto deberá tener en cuenta que es algo complicado de realizar. El profesional estaría cerca de personas cuya enfermedad es realmente importante y que podría verse afectado por ella de alguna manera; además, el trato con los reclusos suele ser complicado, por lo que deberá tener cuidado con este aspecto si pretende hacerles entender la gravedad del VIH/SIDA.

7. BIBLIOGRAFÍA

Anónimo. El objeto de intervención profesional del Trabajo Social en el el problema del SIDA. Tesis. Capítulo III. Universidad de Sonora. Recuperado de: <http://tesis.uson.mx/digital/tesis/docs/7289/Capitulo3.pdf>

Arroyo, J, M. (Diciembre 2015). Los centros penitenciarios: un lugar y una población especialmente vulnerables. *Revista Multidisciplinar Del Sida VOL* (Número.6), 34-39. Recuperado de: <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/2016/04/los-centros-Monografico-II.pdf>

Balance de actividad del Servicio Canario de la Salud [2014]. Recuperado de: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/ee8f1ba1-09d8-11e5-9e16-d107cd1682ec/BalanceSCS_2011_2014completo.pdf

Bautista Castaño, I. (2013). Salud, dependencia y vulnerabilidad social. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Profesorado y Planificación Académica. Cárcel, A. *El Trabajo Social en el Ámbito Sanitario*. Recuperado de: <https://www.pedirayudas.com/trabajo-social/el-trabajo-social-en-el-ambito-sanitario/>

Consejo de Derechos Humanos sobre la protección de los derechos humanos en el contexto del VIH y el SIDA se encuentra la resolución 16/28. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/global-norms-and-standards>

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/global-norms-and-standards>

Declaración política sobre el VIH y el SIDA de 2016: En la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/global-norms-and-standards>

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Artículo 25. Recuperado de: https://eacnur.org/blog/declaracion-universal-los-derechos-humanos-lista-articulos/?utm_sc=google&utm_md=SEM&utm_cp=1019199550&matchtype=b&keyword=&gclid=CjwKCAiA0O7fBRASEiwAYI9QApb7QntQ473TqqS_Jc3JEicbblToT-Mgf6afYhneal7q4mtRctwHnbxoc11cQAvD_BwE

Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/global-norms-and-standards>

Díaz Bolaños, C. D. González Bueno, M. A., y Pérez Rodríguez, M. C. (2008). Modelos y Áreas de Intervención en Trabajo Social. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Ordenación Académica y Espacio Europeo de Educación Superior.

Díaz Bolaños, C. D. González Bueno, M. A., y Pérez Rodríguez, M. C. (2006). Introducción al Trabajo Social. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Vicerrectorado de Planificación Calidad.

E., & Ana, J. (2014). Trabajo Social en los procesos de Reinserción Social en la Cárcel San Sebastián de Ternera (Tesis de Programa de Trabajo Social). Universidad de Cartagena, Facultad de Ciencias Sociales y Educación, Cartagena de Indias... Recuperado de: <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/1134/1/TESIS%20FINAL.pdf>

Extracto de la Orden de 31 de julio de 2018, por la que se convocan subvenciones a entidades de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, destinadas a la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida para el año 2018. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2018/08/07/pdfs/BOE-B-2018-40341.pdf>

Fuster., M^a José, A., Laguía, F., Molero (Coord.). (2017). Formación de Mediadores y Mediadoras para el Apoyo a personas con VIH. Madrid: Uned. Recuperado de: http://itunes.uned.es/000103/103_vih/contenido.pdf

Guía de mediación en salud en el medio penitenciario. Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Mediacion_en_Salud_en_Prision.pdf

Gutiérrez, J., Barbero, J., & Gracia, D, (S.F). Ética en el paciente VIH. 4 Seminario de Atención Farmacéutica. Asesoría y Desarrollo de Proyectos de Salud, Madrid. Recuperado de: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/1_etica_en_el_paciente_VIH.pdf

Hernández-Fernández, T. y ARROYO-COBO, J.M. Resultados de la experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Rev. esp. sanid. penit.* [online]. 2010, vol.12, n.3 [citado 2018-10-28], pp.86-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-06202010000300004. ISSN 2013-6463. Parras Vázquez, F. Las cárceles: un lugar para la prevención. Vol.2. No1. (2000). Recuperado de: <http://sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/170/381>.

Janssen-Cilag S.A, (2017). Vivir con VIH. España: *INFO SIDA*. Recuperado de: <https://www.infosida.es/vivir-con-vih>

Labra, O. (2011). Trabajo Social y VIH-SIDA: análisis de prácticas de intervención. RUMBOS TS, VI (6), 42. doi: 132.248.9.34. Recuperado de: <http://132.248.9.34/hevila/RumbosTS/2011/no6/2.pdf>

LEY 55/1999, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social. Recuperado de: <https://boe.es/boe/dias/1999/12/30/pdfs/A46095-46149.pdf>

Ley 9/1998, de 22 de julio, sobre prevención, asistencia e inserción social en materia de drogodependencias. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1998/BOE-A-1998-20139-consolidado.pdf>

Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria. Esta ley expone, en el artículo 3, apartado 4, que la Administración penitenciaria velará por la vida, integridad y salud de los internos. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1979/BOE-A-1979-23708-consolidado.pdf>

Los 17 *Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)*. Recuperado de: <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/hiv-and-aids/global-norms-and-standards>

Millana Cuevas, L. C. (2003) *Deterioro Neuropsicológico en la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en una Población Penitenciaria.* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Consultado en <http://eprints.ucm.es/5275/1/T27061.pdf>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (30, Junio, 2017). Vigilancia Epidemiológica del VIH y SIDA en España 2016. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVIH_SIDA_2017_NOV2017.pdf

Moreno, Guillén, S. (coord.). (2010). Infección por VIH: Consejos. Barcelona: Publicaciones Permaneyer.

Normas de Higiene y Recomendaciones para la Prevención y Control de Enfermedades Transmisibles en Instituciones Penitenciarias. Recuperado de: http://www.institucion-penitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/descargas/Manual_Higiene.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2013). Nota sobre Políticas. *Prevención, tratamiento y atención del VIH en las cárceles y otros lugares de reclusión:*

conjunto completo de intervenciones, V.13-84355, 1. Recuperado de http://www.who.int/hiv/pub/prisons/prison_comp_pack_sp.pdf?ua=1

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. 2012. El VIH y el SIDA en los Lugares de Detención. Recuperado de: https://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/Topics_aids/Publicacoes/toolkit_spanish_completed.pdf

Orden SPI/519/2011, de 2 de marzo, por la que se convocan subvenciones a entidades de cualquier titularidad, sin ánimo de lucro, destinadas a la financiación de programas de prevención y control de la infección por VIH y sida para el año 2011. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2011/03/12/pdfs/BOE-A-2011-4620.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (15-02-2018). VIH/SIDA. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

Plan estratégico de la coordinadora estatal del VIH y Sida-CESIDA 2017-2019. Recuperado de: <http://www.cesida.org/wp-content/uploads/2013/09/Plan-Estrat%C3%A9gico-CESIDA.pdf>

Plan Estratégico de Prevención y Control de la infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual 2013-2016. Recuperado de: http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PlanEstrategico2013_2016.pdf

Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida España 2008-2012. Recuperado de: <http://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PMS200812.pdf>

Planned Parenthood. (2018) Enfermedades de transmisión sexual (ETS). Recuperado de: <https://www.plannedparenthood.org/es/temas-de-salud/enfermedades-de-transmision-sexual-ets>

Prevalencia de las infecciones VIH y Hepatitis C en II.PP. Subdirección General de Coordinación de Sanidad. Área de Salud Pública. Recuperado de: http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/Prevalencia_VIH_y_VHC_en_IIPP_2016.pdf

Programa de detección precoz del VIH mediante pruebas rápidas en entornos no clínicos 2013. Recuperado de: <http://www.cerovihencanarias.com/wp-content/uploads/2013/11/Programa-Pruebas-Rapidas-Canarias-2013.pdf>

Proyecto de estrategia OMS contra el VIH/sida para 2011-2015. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB128/B128_10-sp.pdf

Proyecto Prevención y apoyo en VIH/SIDA a personas adultas privadas de libertad. Recuperado de: https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/2003_carceles_y_vih_sida.pdf

Real Decreto 1083/2017, de 29 de diciembre, por el que se modifica el Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico «in vitro», con objeto de regular la venta al público y la publicidad de los productos de autodiagnóstico para la detección del VIH. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2017/12/30/pdfs/BOE-A-2017-15858.pdf>

Redacción. (01/1272018). Un 4,5% de los presos en las cárceles españolas están infectados de VIH, con una reducción del 25,5% respecto a 1990. La Vanguardia. Recuperado en: <https://www.lavanguardia.com/vida/20181201/453253477953/un-45-de-los-presos-en-las-carceles-espanolas-estan-infectados-de-vih-con-una-reduccion-del-255-respecto-a-1990.html>

Resolución de 29 de noviembre de 2006, de la Secretaría General de Sanidad. Recuperado de: <https://www.boe.es/boe/dias/2007/01/04/pdfs/A00665-00666.pdf>

Resolución sobre las condiciones carcelarias en la Unión Europea: reorganización y penas de sustitución. Recuperado de: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A51998IP0369%2801%29>

Schauer, M. (2012). El VIH y sus consecuencias sociales. [Mensaje en un blog]. El Heraldo. Recuperado de: <http://blogs.elheraldo.hn/rompiendoeltabu/2012/04/11/el-vih-y-sus-consecuencias-sociales/>

Zúñiga, C. & Castañeda, M., (2019). Desarrollo de la farmacoterapéutica en el VIH/SIDA. Logros, limitaciones, aspectos farmacoeconómicos. México: *Archivos de Medicina*. Recuperado de: <http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/desarrollo-de-lafarmacoteraputica-en-elvihsida-logros-limitacionesaspectos-farmacoeconomicos.php?aid=515>

8. ANEXO

1. Indica tu opinión sobre la persona que llevó a cabo el Taller:

| | MUY BAJA | M BAJA | BME- DIA | M ALTA | MUY ALTA |
|---|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Claridad a la hora de exponer y dar indicaciones | | | | | |
| Capacidad de motivación y dar apoyo | | | | | |
| Dominio de los contenidos a explicar | | | | | |
| Capacidad para dar lugar a la reflexión de uno mismo | | | | | |
| Facilidad para mantener relaciones con los alumnos, saber escuchar... | | | | | |

2. Evalúa el contenido del taller:

| | MUY BAJA | M BAJA | B ME- DIA | M ALTA | A MUY ALTA |
|--|-------------|-----------|-----------------|-----------|------------------|
| Claridad | | | | | |
| Organización a la hora de dar el contenido | | | | | |
| Importancia de los contenidos | | | | | |

3. Valora la importancia de los siguientes elementos del taller:

| COMPONENTES | MUY BAJA | M BAJA | ME-DIA | M ALTA | A MUY ALTA | No ha ocurrido |
|--------------------------------|----------|--------|--------|--------|------------|----------------|
| Presentación de los contenidos | | | | | | |
| Demostración de la teoría | | | | | | |
| Resolución de dudas | | | | | | |

4. Ahora se pide tu opinión acerca del ambiente que se ha vivido a lo largo del taller. Para ello, contesta en qué medida estás de acuerdo o no con cada una de las siguientes afirmaciones:

| COMPONENTES | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Inseguro | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|----------|------------|-----------------------|
| Los participantes se han implicado con interés en el taller | | | | | |
| Los participantes han podido intervenir cuando lo han deseado | | | | | |
| Se ha dado un ambiente de ayuda entre los compañeros en las actividades | | | | | |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| En este taller se han llevado a cabo actividades nuevas e innovadoras | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|

5. Por último, se presenta una relación de adjetivos con los que puedes calificar el taller en el que has participado. Marca con una cruz (X) el espacio que mejor exprese tu valoración global:

| | | |
|----------------|---------------------|-----------------|
| Útil | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ | Inútil |
| Malo | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ | Bueno |
| Fácil | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ | Difícil |
| Satisfactorio | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ | Insatisfactorio |
| Muy importante | ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ | Innecesario |