

# Atención a la Diversidad, Salud y Práctica Físico-Deportiva: Un Programa de Prevención e intervención en V.I.H./SIDA en el Medio Penitenciario

*Rogelio Martínez Abellán.  
Facultad de Educación. Universidad de Murcia.  
Francisco Javier Aledo Martínez-Illescas  
Delegación Territorial de la O.N.C.E. Murcia.*

## Resumen

Dentro de la diversidad que caracteriza a la sociedad, uno de los colectivos más marginales es el de los presos (tanto seropositivos, como aquellos que pueden desarrollar la enfermedad) en los centros penitenciarios.

En este artículo se abordan algunas aclaraciones terminológicas sobre el V.I.H./ SIDA y sus manifestaciones clínicas (lesiones neurológicas, manifestaciones oftalmológicas, trastornos adaptativos...). Se presenta el diseño de un programa de prevención/intervención en V.I.H./ SIDA en el medio penitenciario, ofreciendo a los internos una formación global sobre la prevención del V.I.H. a través de cualquier vía de transmisión. Para ello se detallan los objetivos, etapas en el diseño del programa, ámbito de aplicación, personal y profesorado, criterios de selección y de baja en el programa, contenidos, la formación de mediadores sociosanitarios en V.I.H./ SIDA, la realización de actividades físico-deportivas para mejorar la calidad de vida de los

internos, la intervención en los casos de enfermos afectados por el SIDA en libertad condicional a nivel individual, familiar y socio-comunitario y la evaluación.

También se analiza la aportación de varios estudios sobre la influencia de la actividad físico-deportiva en pacientes infectados por el V.I.H. y los beneficios sobre el sistema inmune.

Finalmente se insiste en la necesidad de trabajar interdisciplinariamente, así como llevar a cabo más estudios e investigaciones relacionados con el V.I.H./ SIDA y seguir con la labor de formación y educación de la sociedad dejando a un lado actitudes de miedo, rechazo, marginación y discriminación hacia las personas afectadas.

## Palabras clave

Diversidad, salud, educación física, deporte, medio penitenciario, V.I.H./ Sida, aspectos clínicos, programa, prevención e Intervención.



## **Abstract**

In the diversity that characterises society, one of the most marginal groups is that of prisoners (both seropositive and those who can develop the illness) in prisons.

In this article we deal with some terminological explanations about H.I.V./AIDS and their clinical manifestations (neurological damages, ophthalmologic manifestations, adaptation disorders...). We present the design of a programme for prevention /intervention in H.I.V./AIDS in the prison environment, offering the prisoners a global training on H.I.V. prevention through any means of transmission. In order to do that we detail the objectives, stages in the programme design, scope of application, staff and teachers, criteria for selecting and dropping the programme, contents, training socio-sanitary mediators in H.I.V./AIDS, doing physical-sportive activities to improve the prisoners' life quality, intervention in the cases of AIDS-affected patients in probation at an individual, family and socio-communitarian level and evaluation.

We also analyse the contribution of various studies on the influence of physical-sportive activity on H.I.V. infected patients and the benefits on the immune system.

Finally we insist on the necessity for interdisciplinary work as well as carrying out more studies and research related to H.I.V./AIDS and continuing with the task of training and educating society leaving aside fear attitude, rejection, marginalization and discrimination towards the people affected.

## **Key words**

Diversity, health, physical education, sport, prison environment, H.I.V./Aids, clinical aspects, programme, Prevention and intervention.

## **Introducción**

La diversidad es algo inherente al ser humano, aun cuando nos parezca que este término es de reciente aparición. Los individuos difieren entre sí por numerosas razones y esto obliga a asumir la diversidad, afrontarla y buscar respuestas hasta convertirla en un elemento enriquecedor para la persona y su educación.

La palabra diversidad ha tomado cuerpo en los últimos años, y esto es así porque en un sistema democrático hay que aceptar como grandes principios los conceptos de igualdad, solidaridad y diversidad. La diversidad se manifiesta en función de factores sociales, culturales, geográficos, económicos, étnicos, religiosos, lingüísticos, sexuales, etc. y también de las propias capacidades del sujeto, como puedan ser las intelectuales, motrices o sensoriales.

La sociedad actual en su proceso de desarrollo, y dentro de su diversidad, se ha visto afectada por un aumento considerable del uso y consumo de drogas, el alcoholismo, el aumento de la delincuencia y la violencia, sobre todo en la edad juvenil y la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA.

Desde 1981, año en el que comenzó a hablarse de la enfermedad, se han producido más de 50.000 casos de SIDA en España. Más del 50% de afectados ha fallecido ya. La tasa de inci-

dencia anual de SIDA en España en 1.999 se estimaba en torno a 7 casos nuevos por cada 100.000 habitantes, siendo la más elevada de Europa.

Desde su inicio, la enfermedad ha estado ligada en España al consumo de drogas por vía intravenosa y éste continúa siendo el mecanismo de transmisión más frecuente.

A pesar de que los programas de prevención dirigidos a los consumidores de drogas se muestran eficaces y los datos apuntan a que la incidencia disminuye, los comportamientos de riesgo son aún más frecuentes: entre un 13% y un 30% de los toxicómanos sigue compartiendo jeringuillas.

Los casos de transmisión sexual en parejas heterosexuales son los que más han aumentado proporcionalmente en los últimos años. Desde 1.984 constituye la segunda vía de transmisión por encima de las prácticas homosexuales masculinas.

La edad media de contagio en estos casos está en torno a los 30 años, lo que muestra que las conductas de riesgo son aún más frecuentes, sobre todo en los jóvenes.

Según los datos hechos públicos por el Plan Nacional contra el SIDA el 12 de Marzo de 2.002, el número de casos diagnosticados en España continúa disminuyendo.

En el año 2.001 hubo tan solo 2.300 nuevos contagios, un 14% menos que los diagnosticados en el año anterior, y un 68% menos que en el año 1994, año de mayor incidencia en España, donde los nuevos casos de SIDA llegaron a 7.354. El número de casos ha descendido tanto debido, en gran medida, al conjunto de avances contra el SIDA, tanto en prevención como en

asistencia sanitaria y fundamentalmente, a la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales.

Los usuarios de drogas por vía intravenosa fueron los más numerosos, llegando a superar el 50% de los casos totales, aunque en comparación con otros años la proporción disminuye, en cambio la proporción de infectados por vía sexual aumenta, llegando a ser el 37% de los infectados totales, 64% por relaciones heterosexuales y 36% por homosexuales (Registro Nacional de SIDA 2001). Se señala también que un tercio de los diagnosticados no sabía que estaba infectado, proporción que se eleva a la mitad entre los que se contagiaron por vía sexual.

El primer caso de SIDA por transmisión madre-hijo se diagnosticó en 1.984. A partir de ese momento, los afectados fueron aumentando hasta colocarnos en la tasa de SIDA pediátrico y por transmisión madre-hijo más alta de Europa. No obstante, los casos de SIDA por transmisión madre-hijo han disminuido un 80% en los últimos tres años. La aplicación de los tratamientos antirretrovirales tanto a la madre como al recién nacido ha conseguido reducir de forma muy significativa ese riesgo.

Cabe destacar que sólo han aparecido 8 nuevos casos de transmisión del SIDA madre-hijo. El tratamiento médico con antirretrovirales durante el embarazo, el parto mediante cesárea o el evitar la lactancia materna, son factores que ayudan a que los datos sobre este tipo de contagio disminuyan notablemente, desde los 80 casos registrados en el año 1996 a tan sólo 8 en el año 2.001.

Entre los nuevos casos diagnosticados en España, el 81% del total fueron hom-

bres y tan sólo 19% mujeres. Se calcula que en España hay unos 120.000 portadores del VIH. También hay que destacar que desde que se creó el registro nacional de SIDA, en España se han declarado 62.219 casos y de ellos, 962 son niños.

En España, las enfermedades oportunistas más frecuentes (las que aparecen a consecuencia de la debilidad del organismo), son la neumonía, la tuberculosis pulmonar y la toxoplasmosis cerebral.

Gracias a los nuevos avances médicos (método de cuantificación de la carga vírica, utilización de terapias eficaces), el desarrollo de técnicas de detección de resistencias frente a estos fármacos, la incidencia del SIDA va disminuyendo y también la mortalidad. Las nuevas terapias utilizan combinaciones de tres o más antirretrovirales reduciéndose el avance de la enfermedad y permitiendo al cuerpo reconstruir sus defensas. Los enfermos viven más tiempo y mantienen una mejor calidad de vida.

La problemática del V.I.H./SIDA en los centros penitenciarios es un tema de salud prioritario y objeto de intervención educativa dentro de la atención a la diversidad, por las consecuencias que origina a todos los niveles, a los internos y/o liberados afectados y a sus familias.

La defensa, protección y educación mediante programas de prevención e intervención con este colectivo marginado y de difícil inclusión en programas con atractivo político, merece toda nuestra atención como profesionales, y la de toda la sociedad.

Diferentes estudios sitúan a España como el país de Europa con mayor

porcentaje de seropositivos en los centros penitenciarios: el 25% (Rincón, Sanz Valero, 1996), el 30% (Bayés, 1995). Por ello, es necesario aplicar programas de intervención para prevenir la transmisión del V.I.H. en los centros penitenciarios, facilitando la información y sensibilización a los internos sobre esta enfermedad, formas de transmisión del virus (vías parental y sexual), así como la existencia de conductas de menor riesgo.

## **El V.I.H./SIDA: Algunas precisiones terminológicas y aspectos clínicos**

SIDA son las siglas que corresponden al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Adquirida, porque no se nace con ella, sino que es una enfermedad que se adquiere. Inmuno, hace referencia al sistema inmunitario de nuestro cuerpo que está contenido en la sangre y que cuando funciona correctamente nos protege contra las enfermedades. Inmunodeficiencia significa que las personas que sufren el SIDA son incapaces de mantener el organismo protegido de agentes patógenos que provocan enfermedades. Un síndrome es un conjunto de síntomas característicos de una enfermedad.

Es una enfermedad infecciosa producida por un virus que se caracteriza por el deterioro del sistema defensivo del organismo y favorece así la aparición de infecciones y cánceres resistentes a los tratamientos, aprovechándose de la debilidad defensiva del enfermo.

Existen dos tipos principales de VIH: el VIH-1 y el VIH-2. Las diferencias entre ambos se deben a su composición genética. El VIH-1 fue el primero en

descubrirse, y es el más extendido en Europa, siendo considerado como el causante principal de la epidemia. El VIH-2, presente sobre todo en algunas regiones de África, es menos virulento.

Existe la posibilidad de infectarse por cualquiera de los dos. Si bien en humanos, es mucho más frecuente el VIH-1. El virus del VIH se replica en el interior de las células humanas; también pueden producirse errores que generan variantes nuevas del virus, de manera que en una misma persona pueden existir distintas cepas de virus con diferencias en su cadena genética (Nájera, 1998).

El V.I.H. afecta directamente a diferentes tipos de células como linfocitos T4, monocitos, así como a células del Sistema Nervioso Central. La destrucción progresiva de estas células y su pérdida funcional producen toda una serie de manifestaciones clínicas. Así, la afectación de los linfocitos T4 produce una inmunodepresión severa que ocasionará la presencia de toda una serie de infecciones "oportunistas" y neoplasias.

No es lo mismo tener el V.I.H., el virus que puede conducir al SIDA, que desarrollar el SIDA, la enfermedad.

A los 3-4 meses de producirse el contacto, se detectan anticuerpos en la sangre (prueba del SIDA), que indican que se es portador del virus del SIDA.

#### *Portador del virus o seropositivo*

Sería la persona infectada por el virus que no ha tenido síntomas, pero que puede transmitir la enfermedad y puede acabar desarrollándola. El V.I.H. sobrevive dentro de las células del sistema inmunológico y permanece allí

durante años, en estado latente. Un portador del virus, puede tener buena salud y permanecer así durante muchos años.

#### *Enfermo de SIDA*

Es aquella persona infectada que ha desarrollado síntomas, infecciones, y que también transmite la enfermedad. No todos los portadores del virus acaban desarrollando la enfermedad. El SIDA afecta solamente a una pequeña población de personas infectadas por el V.I.H. (portadores). Una persona enferma de SIDA desarrollará determinadas infecciones que probablemente acabarán con su vida. Cuando el V.I.H. está activo, mata las células del sistema inmunológico e invade la sangre para atacar a otras células. A medida que el sistema inmunológico se debilita, la persona afectada pierde peso, se fatiga y es vulnerable a todo tipo de enfermedades, tanto leves como graves.

El cuerpo no es capaz de superar estas enfermedades, porque su sistema inmunitario ha sido destruido por el virus de la inmunodeficiencia humana. Estas enfermedades reciben el nombre de infecciones "oportunistas", puesto que en el organismo sano son inofensivas, pero en una persona afectada por el V.I.H., aprovechan las oportunidades que les brinda la ausencia o debilidad del sistema inmunitario, que tiene la misión de luchar contra ellas.

Las infecciones oportunistas más corrientes en el caso del SIDA son: Infecciones intestinales, ciertos tipos de Neumonías, aparición de tumores y en especial el Sarcoma de Kaposi, Herpes, Tuberculosis...

#### *Síntomas del SIDA*

Cada persona reacciona de una manera diferente. Los portadores pueden ser totalmente asintomáticos durante varios meses o años después de haberse infectado. Los afectados pueden presentar síntomas muy agudos o bien síntomas leves que aparecen y desaparecen. Las personas que desarrollan el SIDA, suelen enfermar de gravedad y es probable que fallezcan a causa de una u otra de las infecciones oportunistas.

Algunos síntomas a los que hay que estar atentos son: Pérdida rápida de peso, aparición de ganglios inflamados, síntomas parecidos a la gripe y sudores que se prolongan durante varios días, aparición de manchas en la piel o en las encías, tos persistente...

El V.I.H. al poco tiempo de la infección inicial penetra en el Sistema Nervioso Central, llegando a poder ocasionar un deterioro progresivo de las funciones cognitiva y motora.

#### *Fases de la infección en el individuo portador del VIH*

Desde el momento en que se produce la infección, la persona portadora del VIH va a atravesar diferentes fases, según se va desarrollando el virus en su organismo:

##### a) Infección inicial

El cuerpo de la persona infectada reacciona creando anticuerpos específicos contra el VIH. La evolución del virus en los pacientes seropositivos durante esta fase precoz depende no del mecanismo de transmisión, sino de la envergadura de la dosis, la virulencia de la cepa de virus que ha infectado el organismo y la resistencia natural de los individuos.

##### b) El período ventana

En esta fase los anticuerpos del VIH no pueden ser detectados mediante análisis. Hasta que no han pasado entre dos y tres meses desde que se produjo la práctica de riesgo, resulta muy difícil saber si la persona expuesta se ha infectado o no. Sin embargo, si esa persona está infectada, desde el primer momento puede contagiar o transmitir el virus a otros, aunque se encuentre dentro de este período ventana.

##### c) Fase asintomática

En esta fase, la persona infectada no presenta ningún síntoma ni enfermedad, aunque evidentemente puede transmitir el VIH a otros si mantiene o realiza prácticas de riesgo. El VIH puede replicarse dentro del organismo humano de forma rápida e inmediata o de forma lenta. Esta fase es un período de tiempo que puede ser indeterminado: puede durar desde unos meses, hasta muchos años.

##### d) Fase sintomática

Para determinar que una persona infectada ha pasado a tener el SIDA, pueden ocurrir dos cosas: que a consecuencia del estado inmunológico deprimido aparezca alguna de las enfermedades oportunistas asociadas o relacionadas con el SIDA; o que las defensas del paciente (linfocitos CD4) desciendan por debajo de los 200/mm<sup>3</sup>. Si la persona se encuentra en alguno de estos casos, pasa de ser seropositiva o portadora a ser enferma de SIDA.

#### *Detección del virus*

La prueba de detección de los Anticuerpos del VIH más empleada es conocida como ELISA (Enzyme Liked Immuno Sorbent Assay). Consiste en la

detección de anticuerpos producidos por el organismo contra el virus del SIDA. Si el resultado es positivo indica que la persona está infectada. Si el resultado es negativo, que la persona está sana o que todavía no se han producido anticuerpos. Cuando resulta positiva, para confirmar el diagnóstico se aplica una prueba confirmatoria como la técnica Western Blot o RIPA, ya que pueden darse casos de "falsos positivos". Las pruebas se realizan mediante análisis de sangre y cada vez más se extiende el análisis de muestras de saliva. Se realiza de forma voluntaria y siempre respetando la confidencialidad.

#### *Cómo se transmite el SIDA*

- Contacto semen-sangre: en relaciones hetero u homosexuales con personas infectadas, bien portadores o que ya hayan desarrollado la enfermedad.
- Contacto sangre-sangre: por compartir agujas o jeringuillas en adictos a drogas, transfusiones de sangre no examinada o compartir objetos cortantes de uso personal (cuchillas de afeitar, cepillos de dientes...).
- Transmisión madre infectada-hijo: durante el embarazo, parto o durante la lactancia natural.

No es fácil contagiarse con el virus del SIDA, ya que de hecho es un virus bastante delicado y que no sobrevive fuera del cuerpo. En el exterior, el virus muere al contacto con la lejía u otros productos empleados en el hogar, como los desinfectantes. También con el frío o el calor extremos. El virus, para infectar debe penetrar en la sangre, ya sea directamente desde la sangre de una persona infectada o a través de diversos fluidos corporales que pue-

den contener el virus, como son el flujo menstrual, la orina, el semen, las heces, el flujo vaginal, la leche materna y posiblemente la saliva.

#### **TABLA 1. MECANISMOS DE TRANSMISIÓN DEL VIH**

<b>Vía sexual-</b>	Relaciones en las que se produzca algún contacto con sangre o fluidos corporales infectados
<b>Vía sanguínea-</b>	Uso compartido de jeringuillas u otro material de inyección
<b>Vía vertical-</b>	Infraútero
	- Intraparto
	- Lactancia

#### **1.1. El SIDA en el mundo. Algunos datos**

A través del programa ONUSIDA, la sección de las Naciones Unidas sobre el SIDA, junto con la Organización Mundial de la Salud (OMS), se mantiene un seguimiento continuo de la situación del VIH/ SIDA y de las ETS en los cinco continentes. Según los datos obtenidos a finales del año 2000, se aprecia que en todo el mundo existen más de 36 millones de personas afectadas por el virus del SIDA, de los cuales, 1.300.000 son menores de 15 años. Respecto a casos declarados de SIDA (personas en las que ya se ha manifestado algún síntoma o enfermedad oportunista), se estima que más de 1,4 millones de niños en el mundo viven con VIH/SIDA, que suman un total de 4,3 millones de casos desde el inicio de la epidemia.

Situándonos en Europa occidental, se estimaba que más de medio millón de personas vivían con el VIH/SIDA, habiéndose producido 6.800 defuncio-

nes. Entre los países de Europa occidental, España figura en primer lugar en la tasa de adultos infectados; cerca de 120.000 adultos y niños viven con el virus. En nuestro país se produjeron cerca de 2.000 muertes durante el año 1999 por esta causa. España se sitúa a la cabeza en cuanto a la tasa de afectados, siendo el segundo país de toda Europa (occidental y oriental, incluyendo los países del Este) por detrás de Ucrania, con la mayor tasa de adultos infectados.

**TABLA 2. RESUMEN MUNDIAL DE LA EPI-  
DEMIA DEL VIH/ SIDA A FINALES DE 2000**

Fuente : ONUSIDA: Informe sobre la epi-  
demia mundial de VIH/SIDA. Junio,  
2000.

Personas recién infectadas por el VIH en el año 2000	Total Adultos Menores de 15 años	5,3 millones 4,7 millones 600.000
Personas que vivan con el VIH/ SIDA	Total Adultos Menores de 15 años	38,1 millones 34,7 millones 1,4 millones
Defunciones causadas por el SIDA en el año 2000	Total Adultos Menores de 15 años	3,0 millones 2,5 millones 500.000
Defunciones causadas por el SIDA desde el comienzo de la epidemia	Total Adultos Menores de 15 años	21,8 millones 17,5 millones 4,3 millones
Total de huérfanos por el SIDA desde el comienzo de la epidemia		13,2 millones

### 1.2. Lesiones neurológicas que provoca el SIDA

Según Corral y Quereda (1998), y González-Lahoz y Verdejo (1998), el desarrollo y avance de la enfermedad provoca:

a) Encefalopatías no focales o difusas

(también denominadas demencia asociada a V.I.H. o complejo demencia-SIDA);

Se caracterizan por la asociación de alteraciones cognitivas, motoras y del comportamiento, aunque también pueden producirse de forma aislada. Si estas alteraciones no llegan a producir demencia, clínicamente se ha de hablar de un trastorno cognitivo-motor menor asociado a V.I.H.

b) Las lesiones encefálicas focales

Casi la totalidad de los casos corresponden a tres enfermedades: Encefalitis por Toxoplasmosis, Linfoma Cerebral Primario y Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva.

Respecto a la valoración de la existencia de lesiones neurológicas, los síntomas se manifiestan en las siguientes áreas:

- Cognitiva: problemas de memoria, dificultad de concentración y lentitud de pensamiento
- Motora: temblores, lentitud, ligera pérdida de coordinación y debilidad en las piernas.
- Conductual: apatía, cambios frecuentes y bruscos de humor, desinhibición, aislamiento y somnolencia.

**TABLA 3. LESIONES NEUROLÓGICAS QUE PROVOCA EL SIDA (CORRAL Y QUEREDA, 1998)**

#### 1) ENCEFALOPATÍAS NO FOCALES O DIFUSAS (COMPLEJO DEMENCIA-SIDA):

- ASOCIACIÓN DE ALTERACIONES COGNITIVAS, MOTORAS Y DEL COMPORTAMIENTO (TAMBIÉN PUE-  
DEN DARSE AISLADAS)

## 2) LESIONES ENCEFÁLICAS FOCALES:

- ENCEFALOPATÍAS POR TOXOPLASMA (ET)
- LINFOMA CEREBRAL PRIMARIO (LCP)
- LEUCOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA (LMP)
- ACCIDENTES CEREBROVASCULARES (ACV)

### 1.3. Manifestaciones oftalmológicas relacionadas con el SIDA

La incidencia de patologías oculares son frecuentes en enfermos de SIDA. Todas las partes del globo ocular y las zonas cercanas pueden verse afectadas. Según Merino y Cortés (1998), una de las manifestaciones oftalmológicas relacionada con el SIDA y más frecuente es la microangiopatía retiniana, seguida de la retinitis por Citomegalovirus (CMV) y después el síndrome del ojo seco.

También son frecuentes diversas patologías como el herpes Zoster oftálmico palpebral y corneal, sarcoma de Kaposi y microangiopatía conjuntival. También se dan casos de necrosis retiniana externa progresiva, retinitis toxoplásmica, úlceras corneales, retinitis candidiásica y corioditis tuberculosa.

#### TABLA 4. MANIFESTACIONES OFTALMOLÓGICAS RELACIONADAS CON EL SIDA (MERINO Y CORTÉS, 1998)

- MICROANGIOPATÍA RETINIANA
- RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS (CMV)
- SÍNDROME DEL OJO SECO
- HERPES ZOSTER OFTÁLMICO PALPEBRAL Y CORNEAL
- SARCOMA DE KAPOSI
- MICROANGIOPATÍA CONJUNTIVAL
- NECROSIS RETINIANA EXTERNA PROGRESIVA
- RETINITIS TOXOPLÁSMICA
- ÚLCERAS CORNEALES- RETINITIS CAN-

DIDIÁSICA

- CORIODITIS TUBERCULOSA

### 1.4. Trastornos adaptativos en enfermos de SIDA

Las manifestaciones adaptativas de los enfermos de SIDA son muy variadas, aunque caben resaltar las siguientes:

- Ansiedad: Miedo a la enfermedad e inseguridad en relación al futuro.
- Depresión: pérdida de autoestima, labilidad emocional, autoculpabilidad. Los trastornos depresivos pueden confundirse con el inicio del complejo demencia-SIDA.
- Dolor: El dolor aparece aproximadamente en un 53% de enfermos con SIDA avanzado, presentando los pacientes más signos depresivos, precisando tratamiento farmacológico, atención especializada y apoyo psicoterapéutico.

## El Medio penitenciario. Algunos aspectos normativos respecto a la intervención educativa y sanitaria

En los últimos años se han producido toda una serie de cambios y modificaciones en el sistema organizativo de los centros penitenciarios españoles que suponen una mejora del clima ambiental de los mismos, y que a su vez permiten un proceso de intervención general y específica para la población penitenciaria.

La normativa que regula esta actuación viene recogida en la Constitución Española de 1.978, en su artículo 25.2, así como en la Ley Orgánica General



Penitenciaria de 1.979 a través del Artículo 3.1:

"La actividad penitenciaria se ejercerá respetando en todo caso la personalidad humana de los reclusos y los derechos e intereses jurídicos de los mismos no afectados por condena, sin establecerse diferencia alguna por razón de raza, opiniones políticas, creencias religiosas, condición, o cualesquiera otras circunstancias de análoga naturaleza."

Y en el desarrollo de la misma a través del Artículo 3.2 en el Reglamento Penitenciario de 1.981:

"Los condenados a penas de prisión gozarán de los derechos fundamentales reconocidos en la Constitución Española, a excepción de aquellos que se vean expresamente limitados por el contenido del fallo condenatorio, el sentido de la pena y la ley penitenciaria."

Esa normativa recoge el marco legislativo en relación a derechos y deberes, tanto de la Institución Penitenciaria, como de los Internos que en ella se encuentran. Así, la Ley Orgánica General Penitenciaria, en su artículo preliminar (Artículo 1) recoge:

"Las Instituciones Penitenciarias reguladas en la presente Ley tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad, así como a la retención y custodia de detenidos, presos y penados; Igualmente, tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos liberados."

Antes de pasar a exponer el tema que nos ocupa, es necesario llevar a cabo una referencia a toda una serie de

supuestos básicos que parten de dichas experiencias y que al mismo tiempo sirven para delimitar el contexto en el que se realizan las mismas:

- 1) En primer lugar, hay que entender el centro penitenciario como una organización social, humana, con un determinado número de miembros y con una diferenciación interna de las funciones que son desempeñadas por los internos.
- 2) En dicha organización, la actuación debe estar orientada hacia fines y objetivos específicos, al logro de una mayor calidad de vida que permita y favorezca la rehabilitación y futura reinserción social de este colectivo de personas.
- 3) Las actuaciones con un colectivo marginal dentro de la institución penitenciaria se plantean como inicio de un proceso de intervención que va más allá del tiempo y el espacio; la rehabilitación de estas personas no finaliza cuando finalizan su condena, sino que debe entenderse como preparación para continuar el proceso rehabilitador en el exterior de la prisión. Por ello se emplearán todos los recursos de la red comunitaria que puedan atender a las necesidades de cada sujeto.
- 4) La rehabilitación de estas personas debe contemplarse desde un enfoque psico-socio-comunitario, posibilitando así una conducta más socializada y más adaptada al contexto social comunitario en el cual van a integrarse, una vez se encuentren en libertad.
- 5) Es fundamental la creación y potenciación de toda una serie de sistemas funcionales de coordinación

entre las diferentes instituciones públicas y privadas que posibiliten al máximo el aprovechamiento de los recursos comunitarios para dar respuesta a las necesidades de la población penitenciaria.

- 6) El personal responsable de realizar dicha intervención en la institución penitenciaria debe formar parte y trabajar en un Equipo Multidisciplinar, participando y colaborando a su vez con otros profesionales externos a dicha institución, pero que mantengan relación con la misma.

La Ley Orgánica 1/ 1979, contempla como dependencias necesarias para cada institución penitenciaria, entre otras, las instalaciones deportivas y recreativas, e incluso prevé la dotación de medios materiales y personales que aseguren el mantenimiento, desarrollo y cumplimiento de sus fines.

En el Reglamento Penitenciario de 1.996 se regulan en varios apartados el acceso a la educación y a las actividades físicas y culturales. Así, en el Artículo 150 se establece que:

Se organizarán ejercicios físicos que contribuyan al mantenimiento de la salud, y en todo caso los internos tendrán al menos una hora de paseo al aire libre".

Igualmente, todo el Capítulo 2 del Título Tercero está dedicado a la regulación de la Instrucción y Educación, haciendo referencia igualmente a la promoción de las actividades recreativas, culturales y deportivas. El ordenamiento jurídico impone una actuación de cara a conseguir la reinserción social del preso, lo cual comprende la planificación y realización de activida-

des educativas, culturales, deportivas y recreativas. La ocupación del tiempo penitenciario se convierte en una necesidad.

Desde una perspectiva educativa y sanitaria, la realización de actividades, sobre todo las deportivas o bien las físicas, supone por una parte un eficaz instrumento de tipo preventivo, de cara al mantenimiento de la calidad de vida dentro de la prisión y de la salud de los internos.

Y por otra parte, de tipo terapéutico, ya que las actividades físico-deportivas constituyen una base muy importante de cara a la recuperación de la problemática de las drogodependencias.

### **Tipos de establecimientos penitenciarios y clasificación de la población sujeta a la administración penitenciaria**

Dentro de los centros penitenciarios podemos encontrar tres tipos de establecimientos:

- a) El establecimiento de preventivos. Está destinado para la retención y custodia de detenidos y presos (en espera de juicio), aunque también pueden pertenecer los penados y privados de libertad cuyo internamiento pendiente no exceda de 6 meses.
- b) El establecimiento de cumplimiento de penas. Podrá ser a su vez de régimen abierto, ordinario o cerrado.



En el régimen abierto, se ubican con carácter general los internos que se encuentren en el tercer grado de tratamiento (es decir, aquellos que se encuentren en el último peldaño para alcanzar la libertad).

En régimen ordinario, se encuentran los penados de segundo grado de tratamiento (suponen la gran mayoría de los internos).

En régimen cerrado, se encuentran los penados que debido a su peligrosidad extrema o inadaptación (participación en motines, amenazas, coacciones, incumplimiento de órdenes, etc.) a los regímenes ordinario y abierto son clasificados en primer grado de tratamiento.

- c) Los establecimientos especiales son aquellos en los que prevalece el carácter asistencial: centros hospitalarios, centros psiquiátricos y centros de rehabilitación social.

Además de la clasificación que se establece en estos tres tipos de establecimientos, se contempla dentro de cada uno clasificaciones en función del sexo, personalidad, edad, antecedentes y estado físico y mental.

De la población de internos que pueden encontrarse en una institución penitenciaria, citamos aquellos con los que se tendría posibilidad de trabajar un Programa de Prevención/intervención en VIH/SIDA en el que se contemplen también actividades físico-deportivas:

- a) Grupos de jóvenes (menores de 21 años)

Se pueden considerar por su edad los más moldeables y con los que

resulta más fácil la actuación. Es importante la incidencia que puede tener en ellos la realización de la actividad como medio educativo.

- b) Primeros grados

Al encontrarse en un régimen cerrado se hace difícil la intervención, no tanto por su peligrosidad, como por las limitaciones a las que se encuentran debido al funcionamiento interno de la institución. Entre estas destacan: las restricciones de acceso a algunos espacios, y el control del número de reclusos participantes, también limitado por régimen interno.

- c) Terceros grados

Se encuentran en régimen abierto, siendo la población muy escasa y alcanzando en poco tiempo la libertad condicional. Existen además restricciones de acceso al interior. La intervención tendría un objetivo principal de actuación e importante: ayudar a cada sujeto a que por sí mismo o por terceras personas encuentre un medio de trabajo para su salida y puesta en libertad y en caso de ser seropositivo fomentar un comportamiento responsable en sus relaciones.

- d) Mujeres

En los módulos de mujeres no se produce tal separación, sino que las internas conviven penadas con preventivas, jóvenes con adultas, primarias con reincidentes, etc., lo que añade más dificultad a las posibilidades efectivas de intervención.

Debido, tal vez al contexto del que proceden presentan una escasa experiencia educativa, unida a unas concepciones muy tradicionales, lo que dificulta en gran medida la participación en cualquier programación dentro de esta área.

e) Segundos grados

Se trata de la población mayoritaria dentro de las instituciones penitenciarias (representan alrededor del 90% de la población interna). Es, junto con los jóvenes, el grupo al que se le dedica el mayor tiempo de la jornada laboral.

## **Características del medio penitenciario**

Existe toda una problemática inherente a la propia institución que vamos a analizar brevemente:

a) Masificación

Como consecuencia del deficiente funcionamiento del sistema jurídico-penal y debido a la escasez de esfuerzos económicos y personales destinados a programas de prevención, los centros penitenciarios se han convertido en "almacenes" de presos, con toda una serie de consecuencias que conlleva el hacinamiento: falta de intimidad, contagios, problemas de convivencia...

b) Violencia institucional

Se puede definir como un conjunto de situaciones en las que se ejerce la fuerza y que adopta múltiples formas: agresión verbal o física de unos internos a otros o a funcionarios, del propio personal sobre los internos y las autolesiones.

Según García (1987) de la interacción del interno con los estímulos físicos, organizativos y personales que forman parte de la vida diaria de una prisión, surge el llamado "código del recluso" o subcultura carcelaria, regido por normas y jerarquías que enrarecen el clima de convivencia y llegan a poner en peligro los derechos fundamentales de los internos.

Para Pérez Fernández y Redondo Illescas (1991), otros factores junto con los efectos psicológicos de la estancia en prisión que inciden en esta violencia institucional son: la existencia de prolongados tiempos muertos, predominio de la rutina, ausencia de un mínimo confort, uso frecuente del castigo, disminución del espacio vital de movimiento, incremento de la ansiedad y el estrés, obligatoriedad de cumplir un determinado régimen de vida con horarios muy rígidos, obligatoriedad de vivir con otras personas no siempre deseadas... Todo ello genera sentimientos de frustración y hostilidad.

c) Insalubridad

Para Miguel Tobal y Miguel Tobal (1992), en los últimos años, las toxicomanías y el Sida son dos de los retos más importantes a los que debe enfrentarse la Administración y ante los que medidas de tipo sanitario no son suficientes. La falta de hábitos de higiene, la superpoblación y la adicción a las drogas explican la facilidad con la que muchos internos contraen enfermedades, contagiosas algunas y en muchos casos graves.

d) Desinformación

A nivel organizativo es fundamental el establecer canales de información fluidos y eficaces, tanto para coordinar



los diferentes servicios, sectores y profesionales de las instituciones penitenciarias, como para mantener adecuadamente informados a los internos, evitando así situaciones de inseguridad.

e) Bajo nivel formativo

Santos Rego y Lorenzo Moledo (1996), indican que existe un alto porcentaje de analfabetismo entre la población penitenciaria. Se hace necesaria una mayor intervención educativa y de calidad por parte de la institución, desarrollando el interés de los internos por su propia formación, para que lleguen a adquirir y generalizar recursos personales y sociales que les vinculen al resto de la sociedad.

f) Ausencia de vínculos con la comunidad

Se deterioran gravemente las relaciones de tipo afectivo, ya que cada vez resulta más difícil conseguir que los internos permanezcan en aquellos centros penitenciarios situados en alguna localidad próxima al lugar de residencia de sus familias. Por otra parte, la falta de coordinación con otras instituciones de carácter social y la insuficiente disponibilidad de recursos en este sentido, dificultan en gran medida el proceso de reinserción social que teóricamente se había iniciado en el centro penitenciario.

g) Insuficiente capacitación técnica del personal

Redondo (1992), señala que no basta con poseer experiencia o un amplio dominio de la normativa, sino que la formación de los profesionales en temas de actuación y aplicación penitenciaria es escasa, lo que les lleva a reproducir viejos esquemas.

## Diseño de un programa de prevención/intervención en V.I.H./SIDA en el medio penitenciario

### 5.1. Objetivos generales del Programa

- Lograr una formación global sobre la prevención del V.I.H. a través de cualquier vía de transmisión. No obstante, el programa hace mayor hincapié en el trabajo preventivo sobre la transmisión del virus por vía sexual. Ello es debido a la dificultad de intervenir de forma eficaz en la prevención del V.I.H. por vía parental o intravenosa (usuarios de drogas) dentro de los centros penitenciarios.
- Entrenar en habilidades de comunicación:
  - Habilidades de comunicación, para abordar el tema de la sexualidad y de las ETS con la pareja, el grupo de iguales, los educadores y la familia.
  - Habilidades de negociación de prácticas sexuales no coitales.
  - Negociación acerca del uso del preservativo. Discusión de alternativas sexuales sin riesgo.
  - Habilidades para decir No a las relaciones sexuales no deseadas.
- Disminuir el riesgo de evolucionar hacia la forma sintomática de SIDA:
  - Protegerse de una reinfección de VIH.
  - Evitar infecciones de cualquier tipo.
  - Tener buenos hábitos de vida, con unas reglas de higiene elemental y una alimentación adecuada.
  - Visitar al médico con regularidad, vacunarse siempre que sea necesario y recibir tratamientos precoces ante los signos de debilitamiento del sistema inmunitario.

- Evitar transmitir el virus del SIDA:
  - Abstenerse de donar sangre y/o esperma.
  - Informar a sus parejas sexuales y tomar las medidas necesarias.
  - No compartir agujas ni jeringuillas.
  - Informar a médicos y dentistas que les atienden.
  - Evitar el embarazo.
  - Limpiar las superficies manchadas de sangre con guantes, después de desinfectar con lejía.
  - Lavar la ropa manchada de sangre o de secreciones sexuales a altas temperaturas (70 °).
  - No compartir cuchillas de afeitar, cepillos de dientes u otros instrumentos de corte usados para el cuidado corporal.
  - Tapar cualquier corte o rasguño con un apósito hasta que se haya cicatrizado.
- Relaciones familiares. Los contactos en la vida cotidiana de los internos con sus familias no permiten la transmisión del VIH, excepto la vertical y la sexual. Puesto que el apoyo familiar es muy necesario, desde el programa se pueden ofrecer pautas a la familia para que se favorezcan estas interacciones.
- Relaciones sociales. Los internos seropositivos no deben ser excluidos de su medio laboral o educativo. Una persona seropositiva sólo es peligrosa para su ambiente si actúa irresponsablemente. A través del programa se pretende fomentar las actitudes solidarias de los reclusos hacia los compañeros seropositivos y/o que han desarrollado la enfermedad.
- Lograr a través de las actividades físico-deportivas, incluidas en el tratamiento de los internos en general, en los internos seropositivos y en aquellos que han desarrollado el SIDA:
  - a) La adquisición de hábitos y valores que contribuyan a mejorar su calidad de vida:
    - La mejora de la forma física.
    - El hábito de realizar ejercicio físico.
    - El conocimiento del propio cuerpo y el aprendizaje del autocuidado, mejorando el nivel de higiene y la alimentación.
    - El fomento de los valores de la solidaridad, cooperación y respeto, especialmente con actividades de equipo.
    - El desarrollo de la responsabilidad individual y colectiva.
  - b) Favorecer su formación integral, contribuyendo a un correcto desarrollo orgánico y funcional, mediante:
    - El desarrollo de las cualidades físicas básicas (resistencia, flexibilidad, velocidad y fuerza).
    - El aumento de las habilidades motrices y la eliminación de tensiones musculares.
  - c) Compensar y reducir las posibles consecuencias del sedentarismo y favorecer el equilibrio psíquico:
    - Contrarrestando la ansiedad, desarrollando la capacidad de autoexpresión y contribuyendo a la superación personal.
    - Mejorando el nivel de autocontrol y reduciendo o eliminando conductas de agresividad.
    - Trabajando la relajación.

- d) Conseguir una mejora de las relaciones del individuo con el entorno penitenciario.
- e) Desarrollar la utilización de la actividad físico-deportiva como medio de ocio, evitando los "tiempos muertos".
- Intervenir en los casos de enfermos afectados por el SIDA en libertad condicional a tres niveles: individual, familiar y socio-comunitario. El objetivo principal de la intervención en esta etapa es ayudar a que el paciente acepte la irreversibilidad de su proceso, facilitando el que pueda realizar tareas inconclusas, hacer balance de su vida, despedirse de sus allegados y prepararse para la muerte. También se ofrece información, asesoramiento y apoyo psicológico a las familias.

#### **5.2. Etapas en el diseño del Programa**

1. Presentación y coordinación con diferentes niveles del centro penitenciario (Dirección, Subdirección médica y educadores de cada módulo).
2. Actividades dirigidas a la formación de mediadores sociosanitarios en prevención del V.I.H./SIDA:
  - Curso de formación de mediadores.
  - Taller de teatro y expresión corporal.
3. Actividades dirigidas a todo el colectivo de internos:
  - Intervención en prevención del V.I.H./SIDA a desarrollar en cada módulo:
    - Taller, Vídeo-Fórum y Libro-Fórum
    - Coloquio
    - Representación teatral y mediante

otras técnicas corporales

- Realización de actividades físico-deportivas dirigidas a los internos en general y en especial a los internos seropositivos y a aquellos que han desarrollado el SIDA.

#### **4. Evaluación del Programa.**

#### **5.3. Ámbito de aplicación del Programa en sus sucesivas etapas**

- 1) Aplicación en un centro penitenciario de régimen ordinario de una determinada Comunidad Autónoma (adaptándolo a las características del mismo).
- 2) Aplicación progresiva en todos los centros penitenciarios de régimen ordinario de esa Comunidad.
- 3) Centros y secciones de régimen abierto.
- 4) Liberados condicionados.

#### **5.4. Espacio físico donde se realiza la intervención**

El Programa es deseable que se aplique en todo el centro y en consecuencia está dirigido a toda la población de internos. No obstante, podemos encontrarnos con una "macro-prisión", tanto por su estructura como por el número elevado de internos; en casos así se considera conveniente que, inicialmente se aplique en una galería o módulo y con posterioridad se haga extensivo al resto.

#### **5.5. Formación de mediadores sociosanitarios en prevención del V.I.H./SIDA**

Objetivo: Formar a un grupo de inter-

nos (que actúan como líderes, tienen un cierto reconocimiento, representatividad o rol social) como mediadores en prevención de V.I.H., de modo que sean un referente sobre este tema para el resto de los reclusos. Los puntos básicos de la formación son la información, las actitudes y los comportamientos respecto al VIH/SIDA y su transmisión.

Según Comas (1989), los mediadores son seleccionados entre los miembros con mayor influencia en el grupo, procurando que tengan habilidades adecuadas de comunicación y de persuasión, un papel social muy bien definido y una actitud muy positiva para resolver los problemas sociales.

La selección de mediadores puede ser realizada por los educadores de cada módulo, ya que ellos conocen a los internos y la identidad de los líderes de cada grupo.

#### **5.6. Personal y profesorado**

El personal que puede configurar el Equipo de intervención son profesionales de especialidades diversas:

- Un psicopedagogo, jefe de equipo.
- Un jurista criminólogo.
- Un médico especialista en Inmunología.
- Varios expertos en Educación Sexual.
- Varios profesores de Educación Física.
- Un interno-mediador en cada módulo.
- Voluntarios-colaboradores.
- Un trabajador social.
- Varios educadores.
- Monitores.
- Funcionarios de vigilancia.

#### **5.7. Criterios generales**

1. Internos preventivos o penados, clasificados en segundo grado de tratamiento, de todos los módulos o galerías del Centro, previo listado de los funcionarios y posterior entrevista por parte del Equipo de Intervención.

2. Internos que ingresan en el Centro, previa entrevista por parte del Equipo.

#### **5.8. Criterios de selección para el Programa**

Se seleccionaran los internos que, una vez clasificados en una de las anteriores categorías, cumplan los siguiente criterios:

1. Alta frecuencia de emisión de conductas sociales.
2. Participación en, al menos, una actividad.
3. Baja frecuencia de emisión de conductas institucionalizadas.
4. No emisión de conductas autolesivas o agresivas.
5. Mantenimiento del adecuado aseo personal.
6. Ausencia de sanciones durante tres meses o bien que estas sean canceladas.

#### **5.9. Criterios de baja en el Programa**

1. Hallazgo o posesión de objetos considerados peligrosos para la integridad física de las personas.
2. El deterioro de materiales, utensilios e instalaciones y dependencias de forma deliberada o su uso indebido.
3. Conductas autolesivas.
4. Trato despectivo hacia compañeros.
5. Trato despectivo hacia funcionarios.
6. Incitar, provocar o instigar a los compañeros. Peleas y riñas.

7. Alteraciones del orden que dificulten la convivencia marcada por la normativa.
8. Posesión o consumo de sustancia tóxicas (alcohol, drogas, fármacos).
9. Compra y venta de objetos.
10. No participación en ninguna de las actividades.
11. Mal comportamiento en las actividades.

#### 5.10. Informaciones a los internos

Una vez entrevistados y seleccionados los internos por parte del Equipo de Intervención, se les informa individualmente del Programa, explicándoles de forma detallada los criterios de baja en el mismo.

También son informados que si su participación en el Programa sigue una evolución positiva, esta valoración objetiva se hará constar en su Ficha de Seguimiento, Protocolo o Historial personal, así como la posibilidad de contar con una serie de reforzadores positivos o formas de incentivación, por ejemplo: ampliación de los medios de ocio o actividades recreativas, una comunicación "vis a vis" extra al mes, posibilidad de acceder a los destinos más considerados en el Centro: ordenanza, cocina, lavandería, etc.

De esta forma, a la hora de informar sobre un interno para ser propuesto en segundo o tercer grado de tratamiento, se valorará su conducta, además de otros factores relativos a su situación procesal-penal. De igual manera, se podrán emitir informes relativos a su conducta a la hora de estudiar la solicitud de permiso de salida ordinario que haya realizado el interno.

A los internos clasificados en tercer grado de tratamiento, se les explicará la posibilidad de acceder a la Sección

Abierta, lo que les permitirá conectar con el medio normalizado, tanto a nivel laboral como de utilización de otros recursos en el exterior.

#### TABLA 5. OBJETIVOS GENERALES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN/INTERVENCIÓN DEL V.I.H./ SIDA EN EL MEDIO PENITENCIARIO

- A) LOGRAR UNA FORMACIÓN GLOBAL SOBRE LA PERVENCIÓN DEL V.I.H. A TRAVÉS DE CUALQUIER VÍA DE TRANSMISIÓN (SEXUAL, PARENTAL)
- B) FORMAR ENTRE LOS RECLUSOS, MEDIADORES SOCIO-SANITARIOS EN PREVENCIÓN DEL V.I.H. / SIDA
- C) ENTRENAR EN HABILIDADES DE COMUNICACIÓN
- D) LOGRAR A TRAVÉS DE LAS ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS EN LOS INTERNOS SEROPOSITIVOS Y EN AQUELLOS QUE HAN DESARROLLADO EL SIDA: - LA ADQUISICIÓN DE HÁBITOS DE SALUD Y VALORES QUE CONTRIBUYAN A MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS INTERNOS- FORMACIÓN INTEGRAL, DESARROLLO ORGÁNICO Y FUNCIONAL- COMPENSAR Y REDUCIR LAS POSIBLES CONSECUENCIAS DEL SEDENTARISMO Y FAVORECER EL EQUILIBRIO PSÍQUICO- CONSEGUIR UNA MEJORA EN LAS RELACIONES DEL INDIVIDUO EN EL ENTORNO PENITENCIARIO- DESARROLLAR LA UTILIZACIÓN DE LA ACTIVIDAD FÍSICO-DEPORTIVA COMO MEDIO DE OCIO, EVITANDO LOS TIEMPOS MUERTOS
- E) INTERVENCIÓN EN LOS CASOS DE ENFERMOS AFECTADOS POR EL SIDA EN LIBERTAD CONDICIONAL A TRES NIVELES: INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIO-COMUNITARIO

## **Contenidos del programa y metodología**

En general, la vida educativa de la mayoría de los reclusos (salvo excepciones) se caracteriza por un deficitario proceso de escolarización, produciéndose según Fernández (1994) un alto grado de analfabetismo entre las reclusas, concretamente un 22% frente al 74% de los hombres.

Por este motivo, el Programa podría presentarse dentro de las unidades educativas que poseen los centros penitenciarios. No obstante, dada a veces la escasa o nula motivación de los internos para incardinarse en la dinámica escolar, se deja abierta la posibilidad de que el programa se pueda presentar como un Taller, algo novedoso que incluye diversas actividades.

El lenguaje y explicaciones relacionados con los contenidos del Programa, así como el material didáctico a utilizar debe ser fácilmente comprensible, de modo que pueda llegar la máxima información a todos los usuarios.

### **1. Aspectos médico-biológicos y psicosociales del SIDA.**

Nociones elementales sobre el sistema inmunitario. ¿Qué es el SIDA y el V.I.H.? Nociones básicas. Sexualidad y SIDA. La infección por el V.I.H. dentro de las E.T.S. (Enfermedades de Transmisión Sexual). ¿Cómo actúa el VIH en el organismo humano?. ¿Qué son los anticuerpos del SIDA? La prueba de detección. Período ventana. Conceptos relacionados: portador asintomático, seropositivo, enfermo de SIDA. Mecanismos y vías de transmisión. Conductas de riesgo.

Desarrollo de la enfermedad del SIDA: síntomas, enfermedades oportunistas, necesidades psicológicas, sociales y médicas del enfermo del SIDA. La epidemia mundial: origen de la enfermedad e historia de la epidemia. Número de casos. Alcance de la epidemia. La transmisión del VIH: La transmisión vertical; la transmisión sanguínea; la transmisión sexual. Grupos de riesgo/ factores de riesgo/ conductas de riesgo. Sexo seguro. ¿Cómo no se transmite el VIH? Métodos anticonceptivos: cuáles previenen la transmisión del V.I.H. El preservativo. Entrenamiento en su uso (adquisición, colocación y retirada).

### **2. Video-Fórum y Libro-Fórum:**

Visionado de varias películas: "Los amigos de Peter", Philadelphia", etc. Lectura del libro: "La cometa rota". Autora: Paula Fox, etc. El SIDA social. Opiniones y actitudes sobre el SIDA. Pautas comportamentales en el supuesto de sospecha de contagio. Discriminación a los V.I.H. + (seropositivos). ¿Existe?. ¿Motivos?. Tratamientos médicos. Derechos de los portadores: trabajo, educación, asistencia sanitaria, apoyo psicológico. ¿A dónde dirigirse?.

### **3. Representación a través de diferentes técnicas de expresión**

Motivar a los internos a través del teatro, la expresión corporal, el arte dramático, la danza y el mimo, a reflexionar sobre los conceptos aprendidos y las actitudes en relación al V.I.H./SIDA.

### **4. Realización de actividades físico-deportivas**

Como parte del Programa de prevención en los internos en general, como parte del tratamiento de intervención de los internos seropositivos y de aquellos que han desarrollado el SIDA (adaptándolas a cada caso particular y llevando a cabo un seguimiento médico).

5. Intervención en los casos de enfermos afectados por el SIDA en libertad condicional y/o en fase terminal a nivel individual, familiar y socio-comunitario.

La metodología será lo más activa y participativa posible, favoreciendo no sólo la adquisición de nuevos conocimientos, sino también tratando de suscitar la reflexión y análisis de actitudes y comportamientos, generando la comunicación y el diálogo entre el grupo de internos.

Según Vega y Lacoste (1995), para obtener un cambio en las actitudes de los internos, será necesario utilizar técnicas participativas y/o implicantes (juego de roles, uso de vídeos, etc.), mientras que para generar un cambio de conducta será necesario utilizar técnicas más directas centradas en el manejo, control y planificación de las relaciones íntimas.

#### **TABLA 6. CONTENIDOS DEL PROGRAMA**

- 1) ASPECTOS BIOMÉDICOS Y PSICOSOCIALES DEL V.I.H./ SIDA
- 2) VIDEO-FORUM Y LIBRO FORUM
- 3) REPRESENTACIONES A TRAVÉS DE DIFERENTES TÉCNICAS DE EXPRESIÓN
- 4) REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES FÍSICO-DEPORTIVAS
- 5) INTERVENCIÓN EN LOS CASOS DE ENFERMOS AFECTADOS POR EL SIDA EN LIBERTAD CONDICIONAL Y/O EN FASE TERMINAL A NIVEL INDIVIDUAL, FAMILIAR Y SOCIO-COMUNITARIO

## **Sistema inmune y beneficios de la actividad físico-deportiva en pacientes infectados por el V.I.H./SIDA**

El sistema inmune puede definirse como el conjunto de órganos (ganglios linfáticos, bazo, timo, médula ósea), células (linfocitos, granulocitos, etc.) y moléculas (inmunoglobulinas, citocinas, etc.) que se encarga de defender al organismo frente a posibles agentes patógenos o agresores. Este sistema inmune puede ver alterada su función por distintas situaciones estresantes, entre las que hay que destacar el ejercicio o actividad física.

A grandes rasgos, la principal alteración que el ejercicio físico produce en el sistema inmune durante su práctica es una redistribución de células inmunocompetentes desde distintos tejidos a la sangre, incrementando de este modo su concentración. Este incremento es proporcional a la duración e intensidad del ejercicio. Una vez finalizada la actividad se produce una disminución de los niveles sanguíneos de dichas células, siendo esta disminución de nuevo proporcional a la duración e intensidad del ejercicio realizado, volviendo a niveles basales cuando el ejercicio es moderado, o incluso descendiendo durante varias horas por debajo de dichos niveles (inmunosupresión) cuando el ejercicio es intenso o prolongado.

Un programa de entrenamiento controlado en pacientes infectados por el VIH no parece tener un efecto negativo sobre la salud. Por el contrario, parece que mejora la calidad de vida de los mismos. Incluso hay quien indica que podría retrasar el desarrollo del

SIDA. Por cada paciente clínicamente diagnosticado con SIDA, existen multitud de sujetos infectados con el VIH, cuyos síntomas externos son inexistentes, hecho que los capacita perfectamente para practicar actividades deportivas.

En deportes en los que pueden producirse cortes o heridas, tales como el boxeo, o la lucha, e incluso deportes de contacto como el fútbol, el baloncesto, el balonmano, etc., existe un riesgo real de contagio del VIH siempre que el sujeto en cuestión tenga las membranas de sus mucosas expuestas al contacto con sangre de un sujeto infectado.

¿Puede ser empleado el ejercicio como un método de entrenamiento que frene la progresión de la infección del VIH hacia el SIDA? Según datos de un estudio, se encontraron la existencia de un conjunto de personas que logró vivir mucho tiempo con la enfermedad, gracias a la incorporación temprana a programas de fitness u otro tipo de programas de ejercicio físico.

LaPerriere y Cols. (1989, 1991), indican que un aspecto novedoso en la intervención y tratamiento es la introducción de la actividad físico-deportiva en pacientes y reclusos infectados por el V.I.H. Así, estos autores llevaron a cabo un estudio sobre el efecto del ejercicio físico (entrenamiento aeróbico) en personas con infección por el V.I.H.. Se demuestra en éste la utilidad del ejercicio en la reducción del estrés y la ansiedad asociada a la enfermedad, así como el aumento en sangre de los opioides endógenos con efecto inmunomodulador. También se ha comprobado que existe un aumento significativo del recuento absoluto de células CD4 en los individuos seropositivos, después de entrenar de forma aeróbica durante 10 semanas.

Nieman y Rigsby (1997), estudiaron los efectos de un programa de ejercicios consistente en 3 sesiones semanales de 1 hora de entrenamiento de fuerza y resistencia aeróbica, en 37 personas infectadas con el VIH. Los datos del estudio demostraron la existencia de un descenso en la progresión sintomática hacia el SIDA y una mejora en la calidad de vida de estas personas.

Estos estudios son importantes y esperanzadores, aunque no hay que olvidar que antes de prescribir ejercicio físico a los infectados por el V.I.H., han de valorarse sus antecedentes deportivos, así como las diferentes intensidades y cargas de ejercicio que pueden ocasionar distintas respuestas inmunológicas. Actualmente se cree que el sistema inmune tiene una respuesta dual frente al ejercicio físico, siendo estimulado por el ejercicio moderado y deprimido por el ejercicio intenso. Existen evidencias que sugieren que podría actuar beneficiosamente en estos enfermos, mejorando los componentes de la forma física y modulando ciertos parámetros inmunes afectados por el V.I.H..

Un aspecto no menos importante en la atención de estos enfermos es el soporte y apoyo psicosocial. La inclusión de los afectados en actividades deportivas facilita su integración social, evita actitudes de discriminación y rechazo, y permite el correcto seguimiento clínico de cada caso.

### **Intervención en los casos de enfermos afectados por el sida en libertad condicional**

Los objetivos del Programa hacen referencia a tres niveles:



### 1) Individual

- Conseguir que la persona afectada tome conciencia de su prevención y que sea responsable de ella (utilización de medidas de prevención).
- Intentar que mejore su calidad de vida (hábitos higiénicos, abandono de los hábitos de riesgo, alimentación, no consumo de sustancias tóxicas, actividad física y deporte...).
- Motivar que tenga cuidado de su salud, siguiendo controles médicos periódicos.
- Informar y orientar hacia los servicios específicos existentes en esta problemática, así como en la utilización del resto de recursos comunitarios.

### 2) Familiar

En la intervención con la familia y entorno se ofrecerá asesoramiento. Uno de los objetivos del programa de intervención con la familia será conocer las necesidades de los afectados y de la familia prestando el soporte emocional y apoyo necesario. Con la intención de prestar el mejor servicio posible, en ocasiones se pueden realizar visitas a la familia en la vivienda, para entrar en contacto de forma directa con el entorno sociocultural que rodea al afectado, puesto que este aspecto es tan influyente, es necesario conocerlo a fondo. Es aconsejable que la familia conozca la situación de manera explícita ya completa, para no crear falsas expectativas e ideas erróneas, puesto que esto supone un gran apoyo para la persona infectada.

Según García Huete (1993), hay que

tener en cuenta que los familiares de un afectado por el VIH se pueden encontrar en una situación que se caracteriza por:

- Hay un contacto continuo con el sufrimiento. El propio y el del paciente.
- Se desconocen los recursos de soporte o apoyo y de ayuda.
- Hay muchos casos de sentimientos de vergüenza por tener un familiar con SIDA.
- Los padres desarrollan sentimientos de culpabilidad por posibles errores en la educación de los hijos.
- Se anticipan a una pérdida afectiva.
- Hay un miedo consciente o inconsciente al contagio.

Teniendo en cuenta estos aspectos podemos establecer los objetivos que persigue el asesoramiento con la familia:

- Ocuparse de la comunicación del diagnóstico a familiares o allegados. Se hará de manera objetiva y utilizando las habilidades de comunicación adecuadas, aportando la información necesaria de forma clara y precisa.
- Conseguir que la familia tome conciencia de la situación, de la importancia de asumirla y aceptarla para ellos y para el enfermo.
- Deshacer conceptos erróneos sobre la enfermedad, informar sobre las vías de transmisión y las medidas de prevención a utilizar, así como de los hábitos que pueden ayudar a mejorar su calidad de vida.

- Apoyar en posibles temores sociales.
- Informar sobre los distintos períodos de la infección y cuidados básicos.
- Fomentar que la familia cubra las necesidades tanto físicas y emocionales del enfermo, asesorando sobre cómo tratar con la persona afectada.
- Informar y orientar hacia los servicios específicos existentes en esta problemática.
- Ante situaciones terminales o de fallecimiento, ofrecer ayuda emocional y psicológica para la elaboración del duelo.

### 3) Socio-comunitarios

- Potenciar la creación de recursos institucionales que cubran todas las carencias que se detecten.
- Poner en conocimiento de la Administración cuál es la problemática detectada y la falta de recursos necesarios para resolverla.

## **Evaluación del programa**

### **9.1. Qué evaluar**

A la hora de valorar la eficacia del programa de prevención del VIH/ SIDA en el medio penitenciario, tendremos en cuenta las siguientes variables:

#### Variables informativas

- Conocimiento sobre las vías de transmisión.
- Información sobre las medidas de prevención.
- Percepción de la opinión normativa sobre las prácticas sexuales seguras.

#### Variables actitudinales

- Actitud favorable por parte de los internos hacia los comportamientos seguros.
- Intención de poner en práctica dichas conductas.
- Reducción/eliminación de temores o miedos irracionales.
- Actitud positiva hacia los afectados.

#### Variables conductuales

- Habilidad para posponer la relación sexual.
- Habilidad para negociar el uso del preservativo.
- Habilidad para resistir la presión individual y de grupo.

### **9.2. Cómo evaluar**

La evaluación de los resultados del programa se realizará mediante la aplicación de diferentes pruebas antes (pretest) y después (postest) de la intervención para analizar los posibles cambios obtenidos en los resultados.

- Evaluación del nivel de información

Utilizaremos cuestionarios de carácter general sobre conocimientos generales del SIDA y específicos, que se centrarán en áreas concretas.

- Evaluación de las actitudes hacia las conductas de riesgo, las prácticas de prevención y los afectados.

Utilizaremos diferentes modelos de cuestionarios para evaluar las actitudes.

Para evaluar los dos apartados anteriormente citados (información y actitudes) podremos utilizar las siguientes técnicas:

- Suscitar la reflexión personal.
- Análisis de las normas sociales.
- Clarificación de valores.
- Investigación de consecuencias.
- Dilemas éticos.

- Evaluación de las habilidades

Se realizará a través de pruebas estructuradas de interacción breve. A través de la representación de papeles o roles, podremos valorar el nivel de competencia de los internos. El procedimiento a seguir consistirá en:

- Describir la situación.
- Representación de papeles.
- Valoración general.

También evaluaremos otras técnicas:

- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Entrenamiento en habilidades de negociación.
- Técnicas de resolución de problemas.

También es importante evaluar:

El nivel de participación de los internos en las actividades:

\* Media de los internos que han participado en una actividad sobre el total de los internos:

- a) Media de internos por actividad.
- b) Proporción total de internos que participan en actividades.

\* Cuestionario sobre el grado de satisfacción con el programa, teniendo que puntuar los ítems del 1 al 5, de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1) No me gustó. 2) Me gustó un poco.
- 3) Me resulta indiferente. 4) Me gustó bastante. 5) Me gustó mucho.

Los internos evaluarán el Programa globalmente, cada una de las sesiones desarrolladas, las actividades realizadas, los profesionales que intervienen y el ambiente (compañeros, lugar y horario). Además habrá un espacio en blanco donde podrán señalar y justificar razonadamente la actividad o actividades que más les ha gustado y también las que menos. También se dejará un espacio en blanco para que indiquen sugerencias que permitan en un futuro mejorar el Programa.

## **Algunas reflexiones finales**

La legislación penitenciaria indica y defiende la necesidad de adoptar intervenciones educativas con las personas privadas de libertad. Desde la atención a la diversidad es fundamental que los profesionales de la Pedagogía y Psicología, los profesionales sanitarios y los profesionales de la Educación Física diseñen y lleven a la práctica Programas de prevención e intervención sobre el V.I.H./SIDA, trabajando con este colectivo marginado y en muchas ocasiones olvidado, así como con los internos afectados y sus familias.

Por otra parte, también es preciso continuar con la labor de información y educación de la sociedad. En la prevención juegan una serie de variables de tipo psicológico, biológico, social y cultural. En el diseño de programas de prevención e intervención, juegan un papel primordial las representaciones sociales que se manejan sobre la enfermedad. Dichas representaciones sociales, se constituyen a modo de teorías. En el caso del SIDA, estas teorías se elaboran a partir de 1.982, con la aparición de los primeros casos, facilitados por los medios de comunica-

ción. Estos primeros mensajes, forman todavía en la actualidad, una configuración o pensamiento social que viene a sustentar creencias generales y determinadas actitudes ante el SIDA.

La percepción de la enfermedad por parte de los pacientes, de la sociedad, las estrategias de prevención, etc. ha evolucionado, pero aún siguen estando presentes muchos problemas de discriminación. Existe todavía mucha falta de información sobre el contagio del virus y los derechos de los afectados, y la falta de información genera rechazo hacia quienes padecen la enfermedad.

En el diseño de programas y campañas es imprescindible incluir como un objetivo prioritario de la educación, el desarrollo de la tolerancia a la diversidad para prevenir los prejuicios. La inclusión en los programas de procedimientos de discusión y representación de conflictos socio-morales pueden ser de gran eficacia para estimular en las personas y en la sociedad en general el desarrollo de niveles de razonamiento que favorezcan la superación de los prejuicios.

Es necesario pues:

- \* Diseñar materiales específicos en los que se representen los conflictos originados por los prejuicios en el grupo o población a los que van dirigidos.
- \* Estimular a través de las representaciones la empatía hacia los grupos objeto de discriminación.
- \* Elaborar medidas que permitan detectar cambios emocionales, conductuales y cognitivos.
- \* Llevar a cabo más estudios e investigaciones sobre los beneficios de las

actividades físico-deportivas en el tratamiento e intervención con los enfermos seropositivos y con aquellos que han desarrollado el SIDA.

- \* Es fundamental establecer un mayor contacto y colaboración entre los Departamentos de Educación Física que trabajan e investigan en el campo de la actividad física, el deporte y la salud, con aquellos otros Departamentos de las Facultades de Medicina que tratan e investigan todo lo relacionado con la Fisiología e Inmunología y el estudio de la respuesta inmune frente al ejercicio físico sobre distintas enfermedades, en este caso, infección por V.I.H.

La marginación y discriminación no sólo niegan los derechos de las personas afectadas, sino que son inútiles para controlar la enfermedad; con ello sólo conseguimos incrementar el sufrimiento de los afectados y darnos una falsa sensación de seguridad que no sirve, en ningún caso para atajar la enfermedad.

Todos debemos ser responsables, tomando las medidas preventivas a nuestra disposición cuando sea necesario y como sociedad debemos ofrecer nuestra solidaridad y colaboración. De esta forma, aceptando nuestra responsabilidad y ofreciendo nuestra comprensión y apoyo del problema, podremos llegar al control más efectivo de la infección, un control que se basa en la lucha contra la enfermedad y no en la lucha contra el enfermo. Con las personas que son portadores o desarrollan la enfermedad, no cabe más que la solidaridad y el apoyo; es necesario evitar actitudes sociales de miedo, rechazo y marginación de los afectados.

*Rogelio Martínez Abellán.  
Francisco Javier Aledo Martínez-Illescas*

Todos debemos estar contra el SIDA y no contra quienes padecen ya la enfermedad o son seropositivos. Es necesario señalar, cuantas veces sea

preciso, que los grupos de riesgo son universales y cualquier persona puede infectarse.

**Dirección de contacto:**

Rogelio Martínez Abellán  
Departamento de Didáctica y Organización Escolar (Educación Especial)  
Facultad de Educación. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo.  
30100 Espinardo. Murcia

E-Mail: [rogeliom@um.es](mailto:rogeliom@um.es) - [fjaledo@hotmail.com](mailto:fjaledo@hotmail.com)

*Indivisa, Bol. Estud. Invest., 2003, n° 4, pp. 110-130*



## **Bibliografía**

- BASABE, N. Y COLS. (1996). El desafío social del SIDA. Fundamentos. Madrid.
- BAYÉS, R. (1995). SIDA y Psicología. Martínez Roca. Barcelona.
- CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA. REGISTRO NACIONAL DE SIDA. (2001): Vigilancia del SIDA en España. [Http// :msc.es/ sida/ epidemiología/ sidaint.htm](http://msc.es/sida/epidemiologia/sidaint.htm)
- COMAS, D. (1989): La formación de mediadores. En, Instituto de la Juventud; Guía para la realización de programas de formación de mediadores. Instituto de la Juventud, Madrid.
- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA de 27 de Diciembre de 1978. B.O.E. de 29 de Diciembre de 1978, Madrid.
- CORRAL Y QUEREDA, C. (1998). Complicaciones neurológicas en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana. *Medicine*, 7 (85), 3970-3976.
- DOMÍNGUEZ CARMONA, M.; DOMÍNGUEZ DE LA CALLE, J.C. (1991). Síndrome De Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). En: PIÉDROLA GIL, G. Y COLS., *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas. Fundación Anti-Sida de España (1995). Escuela de Sida, Salud y Convivencia. FASE. Madrid.
- FERNÁNDEZ FELGUEROSA, P. (1994). *El País Ciudades*, nº 6435, p. 3. Madrid.
- GARCÍA, J. (1987): La prisión como organización y medio total de vida. *Revista de Estudios Penitenciarios*, 238, 33-45.
- GARCÍA HUETE, E. (1993). SIDA. Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral. EUDEMA. Madrid.
- GARRIDO GENOVÉS, V. (1992): El tratamiento penitenciario en la encrucijada. En Garrido, V. y Redondo, S. (Dir.): *La intervención educativa en el medio penitenciario. Una década de reflexión*, pp. 191-213. Diagrama. Madrid.
- GONZÁLEZ-LAHOZ, J. y VERDEJO, J. (1998). Infecciones víricas en pacientes VIH positivos. *Medicine*, 7 (83), 3883-3888.
- LAPERRIERE, A. Y COLS. (1989). Aerobic Exercise Training and Psychoneuroimmunology in AIDS Research. En BAUM, A., TEMOSHOK, L. (Eds.): *Psychosocial Perspectives on AIDS*. Erlbaum. Hillsdale, New Jersey.
- LAPERRIERE, A. y cols. (1991). Aerobic Exercise Training in a AIDS. Risk Group. *Int. J. Sports Med.*, 12, 53-57.

LEY ORGÁNICA GENERAL PENITENCIARIA 1/1979 de 26 de Septiembre. B.O.E. n.º 239 de 5 de Octubre de 1979.

MARCO, A.; BEDOYA, A; GARCÍA, J.; GUERRERO, R. (1991). Incidencia del SIDA en el mundo penitenciario. En: *Papers d'estudis i formació*. Junio 1991, N.º 6, Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada. Generalitat de Catalunya.

MERINO, P. y CORTÉS, M. (1998): Protocolo de actuación clínica: lesiones oculares en pacientes con SIDA. *Medicine*, 7 (85), 4009-4012.

MIGUEL TOBAL, F. y MIGUEL TOBAL, J.J. (1992): El Sida en las prisiones: un grave problema social. En, Garrido, V. y Redondo, S. (Dir.): *La intervención en el medio penitenciario. Una década de reflexión*. Diagrama. Madrid.

NÁJERA, R. (1998): Retrovirus humanos. Etiopatogenia. En, J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, y J.M. Miró (dir.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Masson-Salvat. Barcelona.

NIEMAN, D.C. y RIGSBY, W. (1997). Exercise Immunology: Practical Applications. *Int. J. Sport Med.* 18 (1), pp. 91-100

ONUSIDA (2000): Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Junio de 2000.

PÉREZ FERNÁNDEZ, E. y REDONDO ILLESCAS, S. (1991): Efectos psicológicos de la estancia en prisión. *Papeles del Psicólogo*, 48. Barcelona.

REAL DECRETO 1201/1981 de 8 de Mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario.

REAL DECRETO 787/1984 de 26 de Marzo, de reforma parcial del Reglamento Penitenciario.

REDONDO, S. (1992): Reflexiones sobre la intervención penitenciaria, pp. 67-83. En, Garrido, V. y Redondo, S. (Dir.): *La intervención educativa en el medio penitenciario. Una década de reflexión*. Diagrama. Madrid.

REGLAMENTO PENITENCIARIO, B.O.E. de 15 de Febrero de 1.996.

RINCÓN MORENO, S.; SANZ VALERO, P. (1996). Programa de atención a drogodependientes en Instituciones Penitenciarias. XXIII Jornadas Nacionales de Sociadrogalcohol. (1996). Mar, 28-30; Sociedad Científica Española para el Estudio del Alcohol, Alcoholismo y Toxicomanías. Oviedo.

SANTOS REGO, M.A. y LORENZO MOLEDO, M.º M. (1996): Política y legislación penitenciaria. ¿Qué le interesa conocer al pedagogo?. *Revista de Educación*, 311, pp. 255-278.

VEGA, A. y LACOSTE, J.A. (1995): Niños, adolescentes y SIDA. Problemática psicosocial e intervención educativa. Promolibro. Valencia