


F.1220

BID.T 4764

**UNIVERSITAT DE VALÈNCIA**  
**FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA**

---

	UNIVERSITAT DE VALÈNCIA REGISTRE GENERAL ENTRADA
22 JUN. 1998	
N.º	52735
HORA	17:21
OFICINA AUXILIAR NÚM. 9	

**PROMOCIÓ DE LA SALUT I INFECCIÓ PER VIH/SIDA**  
**A UN ESTABLIMENT PENITENCIARI:**  
**DEL CONEIXEMENT A L'ACCIÓ**

**TESI DOCTORAL**

**Presentada per:**

**Joan Josep PAREDES I CARBONELL**

**València 1998**

UMI Number: U607489

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607489

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.  
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against  
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC  
789 East Eisenhower Parkway  
P.O. Box 1346  
Ann Arbor, MI 48106-1346

**UNIVERSITAT DE VALÈNCIA  
FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA**

---

**Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública,  
Bromatologia, Toxicologia i Medicina Legal**

**PROMOCIÓ DE LA SALUT I INFECCIÓ PER VIH/SIDA  
A UN ESTABLIMENT PENITENCIARI:  
DEL CONEIXEMENT A L'ACCIÓ**

**Memòria presentada per  
Joan Josep PAREDES I CARBONELL  
per a optar al Grau de  
Doctor en Medicina i Cirurgia.**

**Directores:  
Dra. Carmen Saiz Sánchez  
Dra. Concha Colomer Revuelta**

**València, Juny de 1998**



(3)

Universitat de València

FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA

DEPARTAMENTO: MEDICINA PREVENTIVA I SAWT  
PÚBLICA

AUTOR DE LA TESIS: JOAN JOSEP PAREDES I CARBONELL

DIRECCIÓN PARTICULAR (domicilio y teléfono):

C/ VALÈNCIA 18-7<sup>e</sup>, 46680 - ALGEMESI (VALÈNCIA)  
TEL. 96 248 42 57

TÍTULO COMPLETO DE LA TESIS:

PROMOCIÓ DE SAWT I INFECCIÓ PER VIH/SIDA A  
UN ESTABLIMENT PENITENCIARI & DEL  
CONEXEMENT A L'ACCIÓ

CALIFICACIÓN:

EXCELLENT CUM LAUDE PER UNANIMITAT

FECHA DE LECTURA:

13 NOVEMBRE 1998

TRIBUNAL (Nombre y apellidos completos de los componentes):

Dr. JAIME SIERES SALA

Dra. DOLORS CORELLA PIQUER

Dr. JOSE ANTONIO MIRON CANELO

Dr. LUIS FELIX VALERO JUAN

Dra. MARINA GISBERT GRIFO

DIRECTORES DE LA TESIS DOCTORAL:

Dra. M<sup>te</sup> CARMEN SAIZ SÁNCHEZ

Dra. CONCHA COLOMER REVUELTA

D. 1242553

L. 1242559

R. 60782

**UNIVERSITAT DE VALÈNCIA**  
**FACULTAT DE MEDICINA I ODONTOLOGIA**

---

**PROMOCIÓ DE LA SALUT I INFECCIÓ PER VIH/SIDA  
A UN ESTABLIMENT PENITENCIARI:  
DEL CONEIXEMENT A L'ACCIÓ**



10001242559

Biblioteca Depòsit

**TESI DOCTORAL**

**Presentada per:**

**Joan Josep PAREDES I CARBONELL**

**La Dra. Carme Saiz Sánchez, professora del Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública, Bromatologia, Toxicologia y Medicina Legal de la Universitat de València, i la Dra. Concha Colomer Revuelta, professora i cap de la Unitat de Promoció de la Salut del Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP) de València,**

**CERTIFIQUEN:**

**Que el treball que duu com a títol "Promoció de la Salut i Infecció per VIH/SIDA a un Establiment Penitenciari: del Coneixement a l'Acció", ha estat realitzat sota la nostra direcció i reuneix segons els nostre criteri, mèrits suficients per que el seu autor puga obtenir amb ell el Grau de Doctor en Medicina i Cirurgia per la Universitat de València.**

**I per a que així conste, signe el present certificat a València, Juny de 1998.**



**Signat  
Dra. Carme Saiz Sánchez**



**Signat  
Dra. Concha Colomer Revuelta**

**Als meus pares**

**A Imma**

**A tots aquells que segueixen vivint dins**



**Obriu les presons injustes!**  
**Isaïes 58, 6**

**"Tot està per fer i tot és possible"**  
**Miquel Martí i Pol**

**Nosaltres,  
seguim creient  
en els sorprenents poders  
de l'abraç humà**

**Eduardo Galeano**

## **AGRAÏMENTS**

**A Joan, Pau i Sara que inconscientment també formen part de l'equip creador-investigador de la vida.**

**A les meues directores de Tesi, pel seu ajut i recolçament, per haver-me fet descobrir el goig del "veure-reflexionar-actuar", pel seu "creure" en els sorprenents poders de l'abraç humà.**

**A les companyes i companys del departament de medicina preventiva i de l'IVESP, especialment a Josefina Hernández, pel temps i l'espai compartit, pel procés d'aprenentatge encetat... i malgrat tot, encara despert, viu i il·lusionadament en marxa.**

**A les companyes i companys del Centre de Compliment de l'Establiment Penitenciari de València i del Complex Educatiu de Xest, sofridors amables d'aquesta i d'altres històries.**

**A les internes i interns del Taller de Salut, i a tots aquells que han participat al Programa Lluna. Elles i ells donen sentit a tot aquest esforç.**

**A totes les persones que han fet possible aquesta Tesi:**

**- A José Garcia-Pardo i a Maria Dolors Issach per confiar i estar oberts al canvi i a la innovació**

**- A Julia Santonja, David Gimeno i Ramón Ballester, sense ells no hauríem pogut "escoltar" a les dones del mòdul 8**

**- A Vicen Sanz, Pepe Salazar i Miquel Damià, sense ells desconèixeríem els coneixements, actituds i pràctiques de risc**

**- A Bàrbara Mills, Raül Soriano, Just Climent, Xaro Bustamante i Julian González, a tot l'equip Lluna i a l'associació AVACOS. Sense ells del "coneixement" no hauríem pogut passar a l'"acció".**

**- A Alfonso Elizondo, Antonio Muñoz i Rosa Araujo "compañeros del alma compañeros", per haver compartit des del treball a la presó l'esperit poètic de la revolta i el somni del més lluny encara.**

**Finalment agrair a Aleix Tomàs el seu impagable ajut en l'elaboració del text final (si no fora per ell açò no s'haguera acabat mai), i a Noelia Montrull i Moises Moreno per l'acurada correcció lingüística.**

# ÍNDIX

<b>1.- Introducció</b> .....	<b>pàg. 1</b>
1.1. Promoció de Salut: principis i ferramentes.....	1
1.2. Els programes de promoció de salut i la participació dels implicats.....	8
1.3. Investigació i avaluació en promoció de salut: la investigació acció.....	15
1.4. La Promoció de la Salut en el medi penitenciari.....	30
1.5. La lluita contra la infecció per VIH/SIDA en el Medi Penitenciari.....	45
1.6. Models explicatius dels comportaments en relació a la infecció per VIH/SIDA.....	48
1.7. Estratègies d'intervenció: Els Programes de Promoció de Sexe Més Segur en el medi penitenciari.....	53
1.8. Justificació de l'estudi.....	55
<b>2.- Objectius de l'estudi</b> .....	<b>pàg.58</b>
<b>3.- Material i Mètodes</b> .....	<b>pàg. 59</b>
3.1. Àmbit i Població: el Centre de Compliment de compliment de l'Establiment Penitenciari de València.....	61
3.2. Estratègia d'investigació. <b>Etapas:</b> .....	68
<b>3.2.1.- Estudi de Necessitats: el coneixement ¿què? ¿quant?</b> <b>¿per què?</b> .....	71
A.- Percepció de salut i els seus problemes: Audició, el que preocupa a les dones en relació a la seua salut en el medi penitenciari.....	71
B.- Identificació de Coneixements, Actituts i Pràctiques de Risc respecte a la infecció per VIH/SIDA en les Dones Penades d'un Centre Penitenciari.....	79

<b>3.2.2.- Disseny del Programa: L' Acció ¿què fer? ¿com?.....</b>	<b>91</b>
A.- Fòrum Comunitari: com lluitar contra la SIDA des del medi penitenciari. ....	91
B.- Opinió de professionals, experts i interns/es a propòsit del programa. ....	93
C.- Descripció del Programa, l'Acció.....	96
<b>3.2.3.- Avaluació del Procés.....</b>	<b>97</b>
<b>3.2.4.- Avaluació dels Resultats.....</b>	<b>99</b>
A.- Disseny.....	99
B.- Població a estudi.....	99
C.- Procediment.....	100
D.- Variables.....	100
I.- Eines utilitzades.....	109
F.- Anàlisi estadística.....	110
<b>4.- Resultats.....</b>	<b>pàg. 114</b>
<b>4.1.- Estudi de Necessitats: Coneixements ¿Què? ¿Quant?</b>	
¿Per Què?.....	116
A- Percepció de salut i els seus problemes: Audició, El que preocupa a les dones referent a la salut en el medi penitenciari.....	116
B- Identificació de coneixements, actituds i pràctiques de risc respecte a la infecció per VIH/SIDA en les dones penades de un centre penitenciari.....	157
<b>4.2.- Disseny del Programa: l'acció ¿què fer? ¿com?.....</b>	<b>165</b>
A.- Fòrum Comunitari: com lluitar contra la SIDA des del medi penitenciari.....	165
B.- Opinió del grup d'internes i dels professionals (professionals, directius i experts) respecte del programa.....	171

C.- Descripció del programa, l'acció: antecedents, objectius, continguts, i recursos.....	177
<b>4.3.- Avaluació del Procés.....</b>	<b>190</b>
A.- Cobertura del programa.....	190
B.- Compliment de les activitats.....	195
C.- Opinió dels Participants respecte a les activitats.....	197
D.- Opinió dels Professionals.....	199
<b>4.4.- Avaluació dels resultats.....</b>	<b>202</b>
A.- Anàlisi Descriptiu del total de la mostra.....	202
B.- Estudi descriptiu de les persones pertanyents al grup de pèrdues i comparació amb el grup que forma la mostra de l'estudi pre-post.....	208
C.- Anàlisi pre-post.....	211
<b>5.- Discussió i recomanacions.....</b>	<b>Pàg. 263</b>
<b>6.- Conclusions.....</b>	<b>Pàg. 318</b>
<b>7.- Bibliografia.....</b>	<b>Pàg. 324</b>
<b>8.- Taules i figures.....</b>	<b>Pàg 337</b>
<b>9.- Annexes.....</b>	<b>Pàg. i</b>

Annexe I: Temes Audició.

Annexe II: Qüestionari de l'estudi de Coneixements, Actituts i Pràctiques.

Annexe III: Guia discussió Fòrums Comunitaris.

Annexe IV: Guió d'entrevista i qüestionari de l'estudi sobre l'opinió de les internes, professionals i tècnics en relació al futur programa.

Annexe V: Registre d'activitats i observacions durant els Tallers.

Annexe VI: Qüestionari Avaluació de Resultats.

Annexe VII: Descripció de les activitats realitzades en els Tallers.

# Introducció

## **1.- INTRODUCCIÓ**

- 1.1. Promoció de la Salut: principis i eines.
- 1.2. Els programes de promoció de la salut i la participació dels implicats.
- 1.3. Investigació i avaluació en promoció de salut: la investigació acció.
- 1.4. La Promoció de la Salut en el medi penitenciari.
- 1.5. La lluita contra la infecció per VIH/SIDA en el medi penitenciari.
- 1.6. Models explicatius dels comportaments en relació a la infecció per VIH/SIDA.
- 1.7. Estratègies d'intervenció: Els Programes de Promoció de Sexe Més Segur en el medi penitenciari.
- 1.8. Justificació de l'estudi.

## **1.1.- PROMOCIÓ DE SALUT: PRINCIPIS I FERRAMENTES.**

### **1.1.1.- INTRODUCCIÓ.**

L'informe governamental publicat al 1974 pel Ministre de Sanitat del Canadà, Marc Lalonde<sup>1</sup>, és considerat com un dels primers intents d'aportar un nou enfocament de la Sanitat o Salut Pública als països desenvolupats. Aquest treball ressaltava el fet que gran part de les morts prematures i de les incapacitats que ocorrien al Canadà eren prevenibles, i plantejava la necessitat d'actuar sobre l'entorn i sobre els estils de vida per aconseguir-ho. Fins fa gaire poc, moltes persones mantenien el punt de vista que les millores en Salut ocorregudes en els països desenvolupats eren degudes als avanços de la medicina científica i terapèutica. Aquest plantejament es basava en el fet que des dels anys 50, els sistemes sanitaris havien donat una cobertura ampla en assistència sanitària, centrada en l'atenció hospitalària, per mitjà d'un personal molt qualificat i de l'utilització per part d'aquest d'una gran varietat de tècniques diagnòstiques, fàrmacs i intervencions quirúrgiques. Però en l'actualitat tots els governs del món han hagut d'enfrontar-se amb el fet que la demanda potencial d'assistència sanitària no té límit. A conseqüència d'açò s'ha produït una important revisió conceptual, s'ha posat de manifest la millor relació cost-benefici de la prevenció comparada amb la terapèutica i s'han criticat les polítiques

sanitàries que assignaven gran quantitat de recursos a la terapèutica mèdica i pocs a la prevenció. Probablement la veu més influent en aquest debat haja sigut la de Thomas McKeown<sup>2</sup>, aquest autor demostrà que a partir del segle XVIII les taxes de mortalitat començaren a descendir en la població d'Anglaterra i Gal·les i aquesta tendència continua actualment, donant la impressió que les altes taxes de mortalitat que ocorregueren al passat foren primordialment atribuïbles a la combinació d'infeccions amb factors nutricionals i ambientals associats a la pobresa. Les conclusions de McKeown són textualment "*...per ordre d'importància els factors que en major mesura han contribuït a la millora de la salut en Anglaterra i Gal·les han sigut la limitació del tamany familiar (un canvi conductual), la millora en la nutrició, la consecució d'un ambient físic més sa (influències ambientals) i mesures preventives i terapèutiques específiques*".

Si s'examina el patró actual de malalties predominantment no-infeccioses (cardíacues, ictus, càncer, accidents i suïcidi) hom pot aplegar a la conclusió que en el futur les coses continuaran essent igual, és a dir, que el paper de la medicina continuarà alleugerant el sofriment produït per algunes malalties i d'aplicació de mesures específiques de prevenció des de la clínica. Les grans millores en salut provinents de la reducció de les morts prematures i la promoció del benestar s'obtindran primàriament d'actuacions fora del sector mèdic. Es pot considerar que la idea abans nomenada de la ineficàcia de la medicina per a millorar la situació de salut, junt amb la desil·lusió davant el resultat de 30 anys d'èmfasi en la terapèutica i les evidents desigualtats en salut, són el suport actual per al renaixement de la Sanitat basada en el concepte de Promoció de la Salut<sup>3</sup>.

### **1.1.2.- SALUT PER A TOTS A L'ANY 2000.**

---

Aquest nou enfocament de la salut pública té la seua expressió en l'estratègia de la Organització Mundial de la Salut (OMS) de "Salut Per a Tots a l'any 2000" (SPT 2000), que fou acceptada com política oficial de la OMS en 1977. D'acord amb aquesta estratègia la tasca a aconseguir era que en 16 anys "*tots els habitants dels països de tot arreu tinguen el nivell de salut suficient per què treballen productivament i participen*



*activament en la vida social de la comunitat en la que viuen*"<sup>4</sup>. Els principis claus i els objectius principals de l'estratègia "Salut Per a Tots", serien:

**Principis claus:**

- 1.- Ha de basar-se en l'atenció Primària.
- 2.- Requereix la participació conjunta de professionals i població.
- 3.- Depèn de col·laboracions intersectorials.

**Objectius principals de "SPT 2000"**

- 1.- Promoció d'estils de vida més sans.
- 2.- Prevenició de malalties evitables.
- 3.- Rehabilitació.

A Europa s'han unit formalment a aquesta declaració 33 països. El programa europeu està orientat a aconseguir un canvi en la concepció dels problemes de salut; superar la visió estrictament mèdica d'aquests i anar cap a una millor comprensió dels aspectes socials de la salut mitjançant l'expansió de cinc àrees:

1. Autocura.
2. Integració de l'assistència mèdica amb altres activitats relacionades com educació, oci, millores ambientals i benestar social (acció intersectorial).
3. Integració de la promoció d'una bona salut amb la medicina preventiva, la terapèutica i la rehabilitació, per mitjà de la reorientació dels serveis sanitaris.
4. Augmentar la cobertura assistencial evitant desigualtats.
5. Participació de la comunitat.

**1.1.3.- PROMOCIÓ DE SALUT, UN NOU CONCEPTE PER A UNA NOVA SANITAT.**

---

De les discussions generades per l'estratègia de l'OMS ha sorgit un nou concepte, el de Promoció de la Salut (OMS 1984). S'entén que semblantment a l'ocorregut en altres moments històrics, si en l'actualitat pretenem millorar el nivell de salut, serà necessari realitzar accions basades en conceptes amplis<sup>3</sup>. Des d'aquesta perspectiva, la promoció de la salut (PS) com instrument per a aconseguir la salut per a

tots, és un procés adreçat a capacitar a la població per controlar i millorar la seua salut. Així, la salut es contempla com un recurs per a la vida quotidiana més que com un fi pròpiament dit. Per assolir un estat de complet benestar físic, mental i social, un individu o grup ha de ser capaç d'identificar i realitzar les seues ambicions, de satisfer les seues necessitats i de canviar l'ambient o adaptar-se a ell. La PS no sols és responsabilitat del sector sanitari sino que va més enllà dels estils de vida sans, per aplegar al benestar<sup>5</sup>.

### **Principis de la promoció de la salut.**

1. La PS suposa implicar activament a la població en els aspectes de la seua vida quotidiana més que restringir-se a actuar amb les persones que estan en risc de malalties específiques i en contacte amb els serveis mèdics.
2. La PS ha de dirigir-se a actuar sobre les causes de les malalties.
3. La PS utilitza molt distints enfocaments combinats per a millorar la salut, incloent educació i informació, desenvolupament i organització comunitàries i accions legals i de defensa de la salut.
4. La PS depén particularment de la participació del públic.
5. Els professionals de la salut, especialment els que treballen en Atenció Primària tenen un paper important tot col·laborant i permetint el desenvolupament de la PS.

En novembre de 1986 es celebrà a Canadà la Primera Conferència Internacional sobre Promoció de Salut. En aquesta conferència s'assumiren aquests principis que se desenvoluparen en la "Carta de Ottawa de la Promoció de Salut"<sup>5</sup>. La conferència volgué donar una resposta a les creixents expectatives del moviment sanitari cap a una nova salut pública en tot el món. Les discussions se centraren en els països industrialitzats, però tingueren en compte les preocupacions similars d'altres regions. Es treballà en base al progrés aconseguit mitjançant la declaració sobre Atenció Primària de Salut en Alma-Ata<sup>6</sup>, el document de Metes de l'Organització Mundial de la Salut sobre

SPT<sup>4</sup> i el debat sobre acció intersectorial per a la salut en el marc de la Assemblea Mundial de la Salut.

La Conferència d'Otawa establí que existien uns requisits bàsics per a la salut: pau, vivenda, educació, aliments, ingressos, un ecosistema estable, manteniment de llurs recursos, i justícia i equitat socials. La millora de la salut requereix doncs una base segura d'aquests requisits bàsics. A més a més es subratllaren tres accions:

**ADVOCAR:** la bona salut és un recurs per al bon desenvolupament social, econòmic i personal i una dimensió important de la qualitat de vida. Tots els factors polítics, econòmics, socials, culturals, ambientals, comportamentals i biològics poden afavorir la salut o ésser perjudicials per a ella. L'acció de promoció de salut intenta fer que aquestes condicions siguin favorables **ADVOCANT** per la salut.

**CAPACITAR:** la PS es dirigeix a assolir l'equitat en salut. L'acció de PS tracta de reduir les diferències en la situació sanitària actual i assegurar iguals oportunitats i recursos que **CAPACITEN** a tota la població per a aconseguir el seu més complet potencial de salut. Açò suposa una base sòlida en un ambient que el recolze, accés a la informació, habilitats per a la vida i oportunitats per a fer eleccions saludables. La població no pot aconseguir el seu complet potencial de salut mentre no siga capaç de controlar aquelles coses que determinen la seua salut.

**MITJANÇAR:** els requisits i les expectatives de salut no poden garantir-se sols pel sector sanitari. El que és més important, la promoció de salut exigeix l'acció coordinada de tots els implicats: govern, sector sanitari i altres sectors socials i econòmics, organitzacions no governamentals, autoritats locals, indústria i mitjans de comunicació social. Els grups professionals i socials i el personal sanitari tenen la responsabilitat fonamental de **MITJANÇAR** a favor de la salut entre els interessos divergents de la societat. Les estratègies i programes de PS haurien d'adaptar-se a les necessitats i possibilitats locals de cada país i regió tenint en compte els diferents sistemes socials, culturals i econòmics.

## **Estratègies de Promoció de la Salut.**

En la 'Carta d'Otawa'<sup>5</sup> es desenvoluparen els principis de PS anteriorment esmentats i es va insistir en la necessitat de desenvolupar accions de promoció de salut per mitjà dels següents mètodes o estratègies<sup>7</sup>:

**1.- Construir polítiques que ajuden a la salut:** la PS va més enllà de la pura assistència sanitària i converteix la salut en un capítol de l'agenda de qualsevol polític en qualsevol àrea de govern o de l'administració. Una vertadera política de promoció de salut posa d'acord enfocaments diversos però complementaris que inclouen legislació, mesures fiscals, fixació d'impostos i canvis d'organització. És una acció coordinada que porta a terme polítiques sanitàries (en sentit estricte), econòmiques i socials que afavoreixen una major equitat. L'acció conjunta contribueix a garantir béns i serveis més segurs i més sans, serveis públics més saludables, i ambients més nets i més agradables. La PS requereix doncs, que tots els obstacles que impedisquen l'adopció de polítiques de promoció de salut s'identifiquen en els sectors no mèdics i que es dissenyen estratègies per a deixar-los de banda. La idea ha d'ésser que "les opcions més sanes siguen les opcions més fàcils".

**2.- Crear ambients afavoridors:** la PS reconeix el fet que a nivell global i local la nostra salut depèn de com tractem el medi ambient i la naturalesa. Les societats que exploten el seu medi ambient sense parar esment a l'ecologia pateixen els efectes d'aquesta explotació en el seu estat de salut. L'estimació sistemàtica de l'impacte sobre la salut d'un ambient en ràpida evolució, especialment en àrees de tecnologia, treball, producció d'energia i urbanització, és essencial i ha d'ésser seguida de l'acció que asseure el benefici positiu per a la salut de la població. La protecció dels ambients naturals i artificials i la conservació dels recursos naturals ha de ser considerada en qualsevol estratègia de PS. Així doncs, la salut no pot separar-se d'altres objectius de canvi d'esquemes de vida; el treball i l'oci tenen una importància definitiva sobre la salut. La PS ha de, doncs, crear condicions laborals i de vida que siguen segures, estimulants, satisfactòries i plaentes.

**3.- Reforçar l'acció comunitària:** la PS treballa per mitjà d'una acció comunitària concreta i efectiva establint prioritats, prenent decisions, planificant estratègies i executant-les per a aconseguir major salut. El nucli d'aquest procés és que les comunitats tinguen el poder de desenvolupar i controlar autònomament llurs pròpies activitats i iniciatives. El desenvolupament comunitari tracta sobre els recursos humans i materials existents en la comunitat per a potenciar l'autoajuda i el recolzament social i desenvolupar sistemes flexibles que reforcen la participació pública i la direcció dels assumptes sanitaris. Açò requereix l'accés total i continu a la informació, a les oportunitats de salut i a l'ajuda financera. Per altre costat implica també que els professionals de la salut han d'aprendre nous camins de treball amb individus i comunitats basats més en treballar "amb" i "per a" que en treballar "sobre" elles.

**4.- Desenvolupar habilitats personals:** la PS recolça el desenvolupament individual i comunitari mitjançant el suministre d'informació, educació per a la salut i ajuda a la població per al desenvolupament de les habilitats necessàries que els permeta prendre eleccions de vida sanes. D'aquesta manera es podrà aconseguir que la població exerceca un major control sobre la seua pròpia salut i sobre el medi ambient. Això possibilitarà, mitjançant un aprenentatge continuat, que la població es prepare a sí mateixa per als problemes de salut que tindrà al llarg de la vida. Aquest enfocament és especialment important en el cas de les malalties cròniques i els accidents. El desenvolupament d'aquestes habilitats personals i comunitàries ha d'ésser promogut des de l'escola, la llar, el centre de treball i la comunitat.

**5.- Reorientació dels serveis sanitaris:** la responsabilitat de la PS en els serveis sanitaris és compartida per individus, grups comunitaris, professionals de la salut, institucions de serveis sanitaris i governs. Tots han de treballar junts cap a un sistema sanitari que contribueca als interessos de la salut. El paper del sector sanitari ha d'orientar-se cada vegada més cap la promoció de la salut, més enllà de la responsabilitat de proporcionar serveis clínics i curatius. Els serveis sanitaris necessiten abarcar una comesa més ampla, que siga receptiva a les

característiques culturals i les respecte. Aquesta comesa ha de recolçar les necessitats d'una vida més sana dels individus i les comunitats; i obrir lleres entre el sector salut i altres components ambientals: socials, polítics, econòmics i físics. Reorientar els serveis sanitaris també requereix una major atenció a la investigació sanitària i canvis en l'educació i formació professionals. Açò ha de produir un canvi d'actitud i d'organització dels serveis sanitaris que pose atenció a les necessitats totals de l'individu com a persona global.

### **Des de la perspectiva de la promoció de la salut...**

Sembla que estem entrant en una nova fase en la nostra forma de pensar sobre la salut. El moviment sanitarista del segle passat fou posteriorment eclipsat per una aproximació més individualista als problemes de salut. En l'actualitat sembla ja possible començar a *planificar per a la salut* més que únicament *planificar per a tractar malalties*. El que està sorgint com una nova sanitat és un enfocament que acorda l'acció ambiental i les mesures preventives individuals amb intervencions terapèutiques, especialment en gent major i incapacitada. Tanmateix, la nova salut pública va més enllà d'un enteniment de la biologia humana i reconeix la importància d'aquells aspectes finals dels problemes de salut que estan causats per l'estil de vida. Molts problemes de salut contemporanis semblen més d'origen social que individual i davall d'ells n'hi ha un problema de política nacional o local, d'açò es desprén que la creació d'una Política de Salut que recolze canvis d'estils de vida és una part molt important de la nova salut pública<sup>3</sup>.

## **1.2.- ELS PROGRAMES DE PROMOCIÓ DE LA SALUT I LA PARTICIPACIÓ DELS IMPLICATS.**

Per programa s'entén, *un conjunt organitzat, coherent i integrat d'activitats i de serveis, realitzades a la vegada o sucesivament, amb els recursos necessaris, i amb la finalitat d'alcantar els objectius determinats, en relació amb problemes de salut precisos i això per a una població definida*<sup>8,9</sup>.

Des de l'enfocament de la promoció de la salut, també podria definir-se com una sèrie d'activitats, que constitueixen una estratègia (o més) desenvolupades amb un grup

de participants, amb el propòsit de millorar el nivell de salut de la població diana. Aquesta millora pot tractar-se d'un canvi en el comportament individual o d'un canvi ambiental, legislatiu o d'altre tipus. Un programa sol planificar-se en general com a resposta a una necessitat establida.

En el disseny i planificació d'un programa de salut, segons Pineault<sup>8</sup>, es segueixen unes etapes:

1. Identificació dels problemes.
2. Establiment de prioritats.
3. Fixació de les finalitats.
4. Fixació dels objectius generals i específics
5. Determinació d'activitats per a assolir els objectius.
6. Previsió dels recursos necessaris.
7. Fixació dels objectius operatius.
8. Enguament del programa.
9. Avaluació.

Així doncs, la planificació d'un programa pren com a punt de partida els problemes de salut d'una població determinada. Aquests problemes de salut es defineixen en termes d'indicadors epidemiològics, però també en termes d'indicadors que poden reflexar la percepció que la pròpia població té de sí mateixa sobre el seu estat de salut. Les dos primeres etapes que s'enumeren abans s'inclourien en el que Hawe<sup>10</sup> anomena "Etapa de Valoració de Necessitats", de la 3<sup>a</sup> a la 8<sup>ena</sup> estarien dins de la "Planificació del Programa" pròpiament dita segons l'autora, i finalment coincidint amb Pineault, l'etapa d'avaluació. Així doncs portar a terme un bon estudi de Valoració de Necessitats, seria el pas previ a l'elecció i disseny d'un programa o intervenció de Promoció de Salut. Però, ¿Què entenem per necessitat?

### **1.2.1.- LA VALORACIÓ DE NECESSITATS.**

Es defineix necessitat com *como un estat o una situació en la comunitat que per la seua presència o ausència, redueix, limita o evita el funcionament normal*<sup>11</sup>. S'entenen per "necessitats en salut", situacions en la comunitat l'absència de les quals impideix que un individu assolisca un benestar físic, mental i social òptim. Aquesta definició inclouria: accés a informació i serveis sanitaris, medi ambient segur, un treball o activitat productiva i una xarxa de relacions estimulants que proporcione recolzament emocional. Els estats morbosos com l'artrosi o factors de risc com l'hàbit de fumar també són necessitats, ja que al trobar-se en aquesta situació, s'afecta la capacitat funcional de l'individu. És doncs un concepte relatiu, ja que depén del que es considere com a referència. Bradshaw<sup>12</sup> distingeix quatre tipus distints o dimensions en les necessitats:

1. **Necessitat Normativa:** s'estableix en funció d'allò que els experts defineixen com a necessitat. Si els experts decideixen que tots els xiquets de 12 a 15 anys han d'estar vacunats contra el xarampió i en una enquesta es demostra que molts xiquets estan mal vacunats, indicaria l'existència d'una necessitat sanitària.
2. **Necessitat Expressada:** s'estableix d'allò que hom pot concloure en relació a les necessitats de salut d'una població tot observant la forma d'utilitzar els serveis sanitaris.
3. **Necessitat Comparativa:** s'obté al examinar els serveis que s'ofereixen a la població en una zona i utilitzant aquestes dades per a definir quins serveis es necessiten en un altra zona amb una població comparable.
4. **Necessitat Percebuda:** és allò que els individus d'una comunitat manifesten que volen o els problemes que creuen que necessiten resposta. Formes freqüents de valorar les necessitats percebudes són les enquestes d'opinió pública, les audiències públiques, les convocatòries obertes de propostes, etc. En la valoració de les necessitats percebudes cal tenir en compte tres aspectes:



4.1.- La tendència de les persones a expressar necessitats en termes de solucions més que la necessitat pròpiament dita.

4.2.- Cal valorar a qui representen les persones que plantegen una necessitat. ¿Parlen de les seues necessitats? ¿Parlen de les necessitats d'altres persones? ¿De qui?

4.3.- Com interpretar als individus que es declaren satisfets amb els serveis. Quan una població es manifesta satisfeta amb quelcom, hi ha que valorar les seues expectatives, a més a més de la naturalesa del servei que se'ls proporciona.

Explorant cadascuna d'aquestes dimensions del concepte augmenta la probabilitat de tenir una imatge global dels problemes de salut de la comunitat i així orientar les opcions respecte a les intervencions que haurien de planificar-se i organitzar-se. Alguns autors consideren que aquesta etapa de valoració de necessitats pot formar part del propi procés d'intervenció i és una bona estratègia per a suscitar l'interés de la comunitat i afavorir la seua implicació en les posteriors actuacions. El primer pas que Hawe anomena "Consulta"<sup>10</sup> és preguntar a les persones que viuen i treballen en la comunitat quins són els problemes que consideren més importants i en quines àrees: ¿Quins semblen ser els problemes o preocupacions més importants en quant a la salut? ¿Què opinen els professionals de la salut? ¿Quins grups sofreixen aquestos problemes? Les següents etapes que s'han de recórrer serien:

- Recollida de dades.
- Presentació dels resultats.
- Determinació de prioritats.
- Anàlisi del problema de salut triat: revisar bibliografia, descripció de la població diana, exploració del problema (identificació de factors que el determinen), revalorar i reforçar els recursos de la comunitat.

Des de la perspectiva de la promoció de la salut a nivell comunitari, el primer pas abans del disseny d'una intervenció (un programa) seria conèixer la situació de salut de la comunitat en la que es pretén actuar. Aquest coneixement s'aconsegueix per mitjà de la informació que identifica factors, problemes i necessitats que condicionen i afecten a la salut de l'esmentada comunitat. Aquest coneixement global és el que s'ha denominat

*“Diagnòstic de Salut” una eina útil per conèixer i monitoritzar la situació de salut de la població detectant problemes i necessitats i prioritzant-les. Cal que siga una eina que amb la seua utilització facilite la capacitat dels ciutadans en la presa de decisions sobre la seua pròpia salut, i que afavorint la participació comunitària, millore la salut<sup>13</sup>.*

### **1.2.2.- PROGRAMES DE PROMOCIÓ DE SALUT: LA PARTICIPACIÓ DELS IMPLICATS.**

Basant-nos en els principis i ferramentes de la Promoció de la Salut es podria afirmar que un programa de PS és aquell que<sup>14</sup>:

1. Afavoreix una vida social i econòmica productiva.
2. Corregeix desigualtats (dins i entre nacions).
3. Afavoreix la participació activa i la conscienciació de les comunitats.
4. Afavoreix la conscienciació individual, ajudant a la gent a guanyar el control sobre les seues vides.
5. Desmedicalitza, desmitifica la medicina i els serveis sanitaris.

Aquestes metes, segons Turabian, es podrien concretar en objectius més precisos, així doncs, un programa de PS és aquell que:

1. Canvia coneixements i creències.
2. Augmenta habilitats per a prendre decisions.
3. Canvia comportaments.
4. Estableix ambients sans.
5. Aconsegueix canvis socials cap a la salut.
6. Afavoreix la capacitat i el poder d'individus, grups i comunitats.

**Però, ¿quin ha d'ésser el paper de la comunitat en un programa de promoció de salut? ¿Quin nivell de participació es requereix?**

Participació, segons el Diccionario de la Real Academia Española, és l'acció de participar (pendre part en algun assumpte en que es té part). Participació Comunitària és un terme que s'equipara al de 'Implicació Comunitària': implicació significa l'acció de 'implicar, envolverse o enredarse'<sup>15</sup>. Rifkin et al. defineixen la participació comunitària com un procés social, on grups específics amb necessitats compartides, que viuen en un àrea geogràfica definida, identifiquen activament les seues necessitats, prenen decisions i estableixen mecanismes per a solucionar eixes necessitats<sup>16</sup>. La importància de la participació comunitària en les accions de salut s'arregla en la Declaración de Alma Ata<sup>6</sup> i la implicació de la comunitat s'assenyala en el document SPT 2000 de la OMS<sup>4</sup>. La Carta de Ottawa de Promoció de la Salut<sup>5</sup> també apunta l'estratègia de l'acció comunitària per a obtenir millores en la salut de la població.

En la planificació de programes de promoció de la salut, la implicació de la comunitat sembla tenir un significat i una importància distints segons la filosofia i l'enfocament que s'adopte. En alguns processos de desenvolupament comunitari, la comunitat dirigeix quasi per complet el procés de planificació, és una forma de donar poder a la comunitat i la naturalesa dels programes de salut que puguen desenvolupar-se tenen probablement menys importància que el propi procés. Des d'altre punt de vista, la participació de la comunitat en els programes de promoció de la salut, és un instrument per a facilitar la execució del programa i millorar les seues possibilitats d'èxit<sup>10</sup>.

Existeixen uns quants autors que han elaborat instruments per a identificar el grau de participació en els programes de promoció de salut, instruments que poden ser útils tant per a incorporar a la comunitat o grup destinatari d'una intervenció en les distintes fases d'aquesta (valoració o estudi de necessitats, disseny, execució i avaluació) com per a avaluar o mesurar el grau de participació en les actuacions que es promouen.

Brager & Specht desenvolupen una escala per a definir el grau de participació. Aquest grau pot variar segons la implicació dels ciutadans en la intervenció<sup>17</sup>.

- Cap implicació.
- Reb informació.
- És consultada.

- Aconsella.
- Planifica conjuntament.
- Autoritat delegada.
- Té el control.

Rifkin, es basa en cinc paràmetres als que s'assigna un grau, segons la participació expressada pels implicats<sup>16</sup>:

1. Valoració de les necessitats (¿Com s'han identificat les necessitats?)
2. Direcció (¿Quins grups es troben representats?)
3. Organització (Com s'han aconseguit els objectius?)
4. Movilització dels Recursos (¿Qui proporciona els medis?)
5. Gestió (¿Com assoleix l'organització les seues metes?)

Els paràmetres es representen en un diagrama d'estrela o pentagrama, cada paràmetre es puntua en una escala de 0 a 5, segons la percepció dels distints implicats.

Pretty es basa en la identificació dels diferents nivells de participació expressats en ordre creixent<sup>18</sup>:

0. **Participació passiva:** la gent participa, informant-los del que ocorrerà.
1. **Participació en la informació obtesa:** la gent participa responent a un qüestionari.
2. **Participació mitjançant consulta:** agents externs consulten a la gent i escolten els seus punts de vista, podent variar les opinions sobre els problemes i les solucions segons les respostes de la gent.
3. **Participació mitjançant incentius materials:** la gent col·labora proporcionant recursos, per exemple treball, a canvi de diners i altres incentius materials.
4. **Participació funcional:** la participació consisteix en la formació de grups enfocats cap a objectius predeterminats del programa, la qual cosa pot implicar el desenvolupament o promoció d'organitzacions socials iniciades externament.

5. **Participació interactiva:** es realitzen anàlisis col·lectives que conduiran a la creació de plans d'acció i a la formació de noves institucions locals o al reforç de les ja existents.
6. **Auto-mobilització:** la gent participa prenent iniciatives independents de les institucions externes, amb el fi de canviar sistemes. Desenvolupen contactes amb institucions externes per a obtenir els recursos i l'assessorament tècnic que necessiten, però conservant-hi la capacitat decisòria sobre com utilitzar els anomenats recursos.

Finalment assenyalar que si és fonamental la participació de la població diana o comunitat en la planificació, desenvolupament i avaluació d'una intervenció de promoció de la salut, també és necessari comptar amb l'opinió i la valoració de la resta d'implicats en el procés d'intervenció: els professionals i l'administració, així com dels organismes dels quals depèn. Relacionat amb aquest plantejament, cal esmentar el treball de Hernández que, per mitjà d'una revisió bibliogràfica, proposa una escala per a mesurar el nivell de participació comunitària en les intervencions de salut en el nostre àmbit. Per a l'elaboració d'aquesta escala es té en compte el paper que la població i els tècnics tenen en els diferents moments de la intervenció: estudi de necessitats, disseny de la intervenció, execució i avaluació de la mateixa<sup>19</sup>.

### **1.3.- INVESTIGACIÓ I AVALUACIÓ EN PROMOCIÓ DE SALUT: LA INVESTIGACIÓ ACCIÓ.**

La investigació podria definir-se en sentit ampli com qualsevol activitat desenvolupada de forma sistemàtica amb la finalitat d'ampliar i innovar en el camp dels coneixements<sup>20</sup>. Per a investigar és necessari un mètode, és a dir seguir un procediment sistemàtic per a portar a terme dita investigació; l'especificació dels passos que s'han de seguir amb el fi de recollir la informació pertinent i analitzar-la<sup>20</sup>. La investigació social pot plantejar-se com Investigació Bàsica, com Investigació Aplicada i com Investigació-Acció Participativa:

La **Investigació Bàsica** té com a finalitat primordial avançar en el coneixement dels fenòmens socials i elaborar, desenvolupar o ratificar teories explicatives, deixant en un segon pla l'aplicació concreta dels seus descobriments. S'anomena bàsica perquè serveix de fonament a qualsevol altre tipus d'investigació<sup>21</sup>.

En la **Investigació Aplicada**, s'anteposa la resolució de problemes socials a l'interés científic. Consisteix en l'aplicació i posada en pràctica dels descobriments per a crear, desenvolupar o millorar estratègies i accions concretes d'acció social. Com diu Sierra Bravo<sup>21</sup> de les quatre funcions que compleix la investigació (conèixer, explicar, preveure o predir, actuar) les dues primeres constitueixen l'objecte de la investigació bàsica, mentre que les dos últimes són les finalitats prioritàries de la investigació aplicada. En la majoria de les ocasions les investigacions aplicades són, com el propi nom indica, aplicacions concretes dels resultats o conclusions d'una Investigació Bàsica.

La **Investigació-Acció Participativa**, és al mateix temps una forma d'investigació i una metodologia d'intervenció social. Si la investigació aplicada indaga per actuar o per a millorar l'acció, la Investigació-Acció Participativa suposa un pas més cap avant, ja que proposa l'anàlisi de la realitat com una forma de coneixement i de sensibilització de la pròpia població. És a dir pretén que els destinataris coneguen la seua realitat i després, acorden estratègies i accions concretes per a transformar-la. Com assenyala Perez Serrano<sup>22</sup> i es desenvoluparà més endavant en aquesta introducció, la Investigació-Acció Participativa pot considerar-se com un procés que porta a terme una determinada comunitat per a aplegar a un coneixement més a fons dels seus problemes i tractar de solucionar-los, intentant implicar a tots el seus membres en el procés.

Baum<sup>23</sup> observa diferències en aquestes tres tipologies d'investigació (investigació bàsica, investigació aplicada i investigació-acció participativa) en funció de les seues finalitats, de les persones que usen els resultats, de la relació entre l'investigador i l'investigat, del paper de l'investigador i del subjecte qui controla als investigadors. (Veure quadre).

Des del punt de vista de la Promoció de la Salut la investigació ha de produir uns coneixements que siguin útils per a millorar la pràctica i el seu punt de partida ha de ser

La **Investigació Bàsica** té com a finalitat primordial avançar en el coneixement dels fenòmens socials i elaborar, desenvolupar o ratificar teories explicatives, deixant en un segon pla l'aplicació concreta dels seus descobriments. S'anomena bàsica perquè serveix de fonament a qualsevol altre tipus d'investigació<sup>21</sup>.

En la **Investigació Aplicada**, s'anteposa la resolució de problemes socials a l'interès científic. Consisteix en l'aplicació i posada en pràctica dels descobriments per a crear, desenvolupar o millorar estratègies i accions concretes d'acció social. Com diu Sierra Bravo<sup>21</sup> de les quatre funcions que compleix la investigació (conèixer, explicar, preveure o predeir, actuar) les dues primeres constitueixen l'objecte de la investigació bàsica, mentre que les dos últimes són les finalitats prioritàries de la investigació aplicada. En la majoria de les ocasions les investigacions aplicades són, com el propi nom indica, aplicacions concretes dels resultats o conclusions d'una Investigació Bàsica.

La **Investigació-Acció Participativa**, és al mateix temps una forma d'investigació i una metodologia d'intervenció social. Si la investigació aplicada indaga per actuar o per a millorar l'acció, la Investigació-Acció Participativa suposa un pas més cap avant, ja que proposa l'anàlisi de la realitat com una forma de coneixement i de sensibilització de la pròpia població. És a dir pretén que els destinataris coneguen la seua realitat i després, acorden estratègies i accions concretes per a transformar-la. Com assenyala Perez Serrano<sup>22</sup> i es desenvoluparà més endavant en aquesta introducció, la Investigació-Acció Participativa pot considerar-se com un procés que porta a terme una determinada comunitat per a aplegar a un coneixement més a fons dels seus problemes i tractar de solucionar-los, intentant implicar a tots el seus membres en el procés.

Baum<sup>23</sup> observa diferències en aquestes tres tipologies d'investigació (investigació bàsica, investigació aplicada i investigació-acció participativa) en funció de les seues finalitats, de les persones que usen els resultats, de la relació entre l'investigador i l'investigat, del paper de l'investigador i del subjecte qui controla als investigadors. (Veure quadre).

Des del punt de vista de la Promoció de la Salut la investigació ha de produir uns coneixements que siguin útils per a millorar la pràctica i el seu punt de partida ha de ser

precisament la pròpia pràctica; investigar seria un procés interactiu en què la pràctica informa sobre quines són les necessitats per a millorar la qualitat, i la investigació respon donant solucions<sup>25</sup>. Aquest és un dels principis de la denominada Investigació Acció Participativa que es diferencia de la Investigació Informativa, segons López de Ceballos en funció de l'objecte i el subjecte de la investigació; la seua finalitat, la relació amb l'acció, la metodologia i els riscos<sup>26</sup>. (Ver cuadro).

**Taula 1: Diferències entre Investigació Bàsica, Investigació Aplicada i Investigació-Acció Participativa.** (Adaptat de Baum F<sup>23</sup>. i Rubio MJ i Varas J<sup>23, 24</sup>).

<b>DIFERÈNCIES</b>	<b>I. BÀSICA</b>	<b>I. APLICADA</b>	<b>I-A PARTICIPATIVA</b>
<b>Finalitat</b> (Per a què)	Abstracta i teòrica. Interès científic: - Conèixer. - Elaborar, desenvolupar o ratificar teories.	Solucions a problemes. Interès institucional, orgànic, polític, ...etc: - Crear, desenvolupar, avaluar, millorar programes d'acció social. - Determinació de necessitats i preveure problemes. - Establir Polítiques.	Coneixement del context per fer-lo servir pels participants en la investigació Interès de la població: - Conèixer per a actuar. - Sensibilitzar i implicar a la població. - Transformar la pròpia realitat.
<b>Qui usa els resultats</b> (Per a qui)	Ciències mèdiques/socials Comunitat investigadora	Professionals de la salut i buròcrates	Comunitat (residents de l'àrea, membres, <i>lobby</i> )
<b>Relació entre l'investigador i l'investigat.</b>	No relació.	Els experts treballen amb els clients. Pot permetre-se la participació.	Col·legues i comunitat treballen per igual des del mateix punt de partida.
<b>Qui la realitza.</b>	La realitzen els investigadors.	La realitzen els investigadors i/o tècnics socials.	La realitzen investigadors, tècnics i la població (destinatari d'accions socials)
<b>Rol de l'investigador.</b>	Producció de teoria. Els investigadors elaboren i controlen tot el procés.	Proveir informació per a l'organització els qui l'usen per a recolzar les decisions i els canvis Els investigadors i/o tècnics elaboren i controlen tot el procés en funció de les directrius de la institució u organització per a la que treballen. Els també són els encarregats de la posterior presa de decisions.	Assistirà la comunitat a trobar informació que volen conèixer i prendre decisions per a canviar el <i>status quo</i> . Els grups de treball dissenyen i realitzen totes les fases de la investigació. Se difonen els resultats, per a passar a la presa de decisions.
<b>Disseny i execució.</b> (Com)			
<b>Àmbit</b> (On)	Acadèmic i/o institucions investigadores.	Institucions, associacions, centres educatius, etc.	Àmbits locals (barris, zones rurals, grups, etc.)
<b>Qui controla als investigadors</b>	Investigadors i finançadors de la investigació	Finançadors de la investigació Institucions de la salut i buròcrates	Associació entre comunitat i investigadors



La investigació en promoció de la salut haurà de tenir unes característiques que vindran determinades pels aspectes propis de la PS<sup>25</sup> la salut entesa de manera global, com a recurs per a la vida diària que es produeix o es perd en el seu contexte. Aquestes característiques són:

- Multifactorial des del punt de vista dels seus determinants, essent aquestos tant individuals com socials
- Orientada a l'acció per al canvi en els factors determinants de la salut
- Participativa per a incloure en l'acció a tots els actors del canvi (polítics, tècnics i la població)

**Taula 2: Diferències entre la Investigació Informativa i la Investigació-Acció Participativa (Adaptat de Lopez de Ceballos<sup>26</sup>)**

<b>DIFERÈNCIES</b>	<b>I. INFORMATIVA</b>	<b>I-A PARTICIPATIVA</b>
<b>Subjecte</b>	L'investigador (i qui ho finança)	Grups d'investigació-acció Animadors Població (Finançadors)
<b>Objecte</b>	La població i els seus problemes	Condicionaments objectius. Percepcions subjectives que ells són la població
<b>Finalitat</b>	El coneixement per si mateixa	Conscientització; anàlisi de la realitat per l'acció. Descobriments dels temes generadors i compromís col·lectiu.
<b>Relació amb l'acció</b>	Hom sol ficar-la entre parèntesi, o se busquen aplicacions després.	El punt de partida és l'acció actual i potencial dels grups i població i s'investiga per a aplegar a una nova acció
<b>Metodologia</b>	L'investigador elabora i controla tot el procés	Els grups elaboren i controlen totes les etapes amb el recolzament metodològic dels animadors: els resultats es porten a tota la població per tal que els analitzi, transformi i utilitzi en l'acció.
<b>Perills</b>	Inutilitat Alienació dels enquestats Poder sols per als investigadors i finançadors.	Mala selecció de grups distanciaments dels grups de les masses populars a què pertanyen. Dificultats Institucionals

Per tant, segons Colomer<sup>25</sup>, la investigació haurà de ser:

- Contextual, entenent la salut com un procés d'interrelació dels individus amb l'ambient
- Dinàmica, perquè la salut és un procés i no un estat
- Multidisciplinària i intersectorial, amb especial consideració a tots els actors (polítics, tècnics i població).
- Participativa, que implique a tots els actors des del principi fins a la fi.
- Dirigida a resultats en salut no sols biomèdics (morbilitat, mortalitat, etc.) sino també de desenvolupament de la salut (vivenda, alimentació, transport, etc.) i de salut social (processos comunitaris i psicològics, 'empowerment', participació en la presa de decisions, riscos i conductes socials).
- Orientada a "comprendre el canvi" mitjançant l'anàlisi de les pràctiques dels tècnics, els polítics i la població, la comunicació i interacció existent entre tots ells, i els factors que les faciliten i dificulten.
- Flexible en els aspectes metodològics, adaptant tècniques de diverses disciplines de manera eclèctica i pragmàtica perquè els processos a comprendre són complexes i diferents als habituals en el camp sanitari.
- Productora de resultats de relleu, amb impacte i poder, que faciliten el canvi i que es poden compartir amb tots els actors.
- Que tinguen en compte els aspectes ètics que impliquen accions adreçades a produir canvis en les persones i els ambients en els que viuen.

### 1.3.1.- LA INVESTIGACIÓ ACCIÓ (IA).

Als anys 40 Kurt Lewin intentà establir una forma d'investigació que *no es limitara a produir llibres* (segons la seua pròpia expressió) sinò que integrara l'experimentació científica amb l'acció social, definint el treball de la investigació acció com un procés cíclic d'exploració, actuació i valoració de resultats<sup>27</sup>. Els seus estudis el feren descobrir que els canvis d'actituds en grups socials eren més efectius quan els membres d'aquests grups s'implicaven en els processos d'investigació i prenen part col·lectivament en les decisions sobre els canvis oportuns.

A la dècada dels seixanta Paulo Freire partint d'una sèrie de experiències en alfabetització i educació d'adults en el medi rural del nord-est brasileny, introdueix el terme "*investigació temàtica*" com una metodologia participativa que centra l'aprenentatge en les vivències i necessitats de grups agraris amb la finalitat de conscienciar sobre la seua problemàtica i proposar i aplicar solucions concretes a la situació. El mateix autor el denomina mètode psicosocial i en aquest es realitza un procés que es caracteritza per tres etapes metodològiques: problematització, reflexió, acció<sup>28</sup>. A la dècada dels 70 el sociòleg colombià Fals Borda<sup>29,30,31,32</sup> desenvolupa una estratègia metodològica que anomena "*investigación-acción*" que més tard prefereix anomenar-la "*investigació-acció participativa*" o simplement IAP, és una vessant més sociològica que pedagògica però que va articulant-se amb la teoria-pràctica freireana que qüestiona la visió unidimensional de la realitat social, i també la separació entre allò científic i allò polític, i la desvinculació entre teoria i pràctica; prenent incorporar als grups de població més desposseïts als processos de gestió social, econòmica i política. Cal dir que Fals Borda i Rahman<sup>33</sup> assenyalen que existeixen diferències respecte al concepte de "*investigació-acció*" de Kurt Lewin en allò que respecta a valors i objectius; i respecte a l'antropologia-acció de Sol Tax, ja que aquesta preserva l'objectivitat positivista de l'observador, "*participant*" però encara llunyà. D'aquesta metodologia apareixen variants, la de Joao Bosco Pinto<sup>34</sup> que intenta integrar les postures de Freire i Fals Borda; la "*observació militant*" brasilenya i la "*investigació militant venezolana*" en les quals es parteix de la teoria del conflicte, la lluita de classes i la línia de masses.

A Europa i des de l'àmbit educatiu, també als anys 70, Lawrence Stenhouse<sup>35</sup>, John Elliott<sup>36</sup>, introdueixen el terme de "*investigació-acció*" no com una tècnica d'investigació per a produir canvis, sino partint de la convicció que les idees educatives sols poden expressar el seu autèntic valor quan hom intenta traduir-les a la pràctica i açò sols poden fer-ho els ensenyants investigant amb la seua pràctica i amb les idees amb què intenten guiar-se. Així la investigació-acció s'entén com "l'estudi d'una situació social per a tractar de millorar la qualitat de l'acció en la mateixa"<sup>27</sup>. Però la dificultat per als ensenyants en aconseguir aquests canvis dins de l'estructura institucional en la que estan treballant, porta a Stephen Kemmis i Wilfred Carr a una reconceptualització de la investigació acció, considerant-la no com un procés de transformació de les pràctiques individuals del professorat sinò com un procés de canvi social que s'emprén

colectivament, “una forma d’indagació autorreflexiva que emprenen els participants en situacions socials en ordre a millorar la racionalitat i la justícia de les seues pròpies pràctiques, el seu enteniment de les mateixes i les situacions dins de les quals elles tenen lloc”<sup>37</sup>.

A l’inici dels anys 80, la tendència emergent és la *investigació participativa* o bé *participatory research* en Toronto (Canadà) i *pesquisa participante* en Brasil. La investigació participativa com una modalitat definida naix sintetitzant els antecedents esmentats i enriquits amb les experiències acumulades. La seua identitat es manifesta per mitjà d’aquestes bases conceptuals<sup>38</sup>:

- el punt de partida és la realitat concreta dels grups amb què es treballa.
- la lluita per establir relacions horitzontals i antiautoritàries.
- la prioritat dels processos d’aprenentatge col·lectiu per mitjà de pràctiques grupals.
- el reconeixement de les implicacions polítiques i ideològiques subjacents a qualsevol pràctica social, siga d’investigació o d’educació.
- l’estímul a la movilització de grups i organitzacions per a la transformació de la realitat social, o per a accions en benefici de la comunitat.
- l’èmfasi en la producció i comunicació de coneixements.

El canadenc Hall<sup>39</sup> defineix aquestes bases en altres termes:

- el problema té el seu origen en la pròpia comunitat.
- aquesta és qui el defineix, l’analitza i resol.
- l’objectiu últim de la investigació és la transformació de la realitat social i la millora del nivell de vida de les persones que estan inmerges en eixa realitat.
- els beneficiaris directes són els membres de dita comunitat.
- comporta la participació activa de la comunitat en la totalitat del procés investigador.
- pot crear en les persones una consciència major dels seus recursos i incitar-la a desenvolupar una confiança major en sí mateixa.
- l’investigador/a és partícip i aprenent compromés en el procés.

En termes generals podem definir a la IP com *una proposta metodològica inserta en una estratègia d'acció definida, que involucra als/les beneficiaris/ies de la mateixa en la producció de coneixements. Persigui la transformació social vista com una totalitat, i suposa la necessària articulació de la investigació, educació i acció*<sup>40, 34, 41</sup>.

Contreras<sup>27</sup>, assenyalava les característiques que defineixen els processos de la IA:

1. La IA integra el coneixement i l'acció, la IA converteix la pràctica en objecte d'investigació, de manera que conèixer i actuar formen part d'un mateix procés exploratori.
2. La IA questiona la visió instrumental de la pràctica. Les pràctiques socials constitueixen fenòmens més complexos en què els fins que es pretenen són ambigus en la seua significació i en la seua consecució, i en els quals les accions que s'emprenen resulten també problemàtiques en quant a la seua coherència i valor. No és aplicable una concepció que separe els mitjans dels fins: açò és, les accions del significat. Les finalitats es converteixen en part del procés de IA i les actuacions han d'analitzar-se en la seua qualitat educativa, açò és en relació al valor educatiu que tenen per sí mateixes com experiència, i no pel seu valor instrumental, en quant mitjà per a obtenir un resultat previst.
3. La IA és realitzada pels implicats en la pràctica que s'investiga. Són els propis implicats en la pràctica els que porten necessàriament a terme la investigació. No hi ha forma d'entendre el conèixer i l'actuar com part d'un mateix procés de recerca si es segueix mantenint la separació entre qui investiga i qui actua.
4. La IA té per objecte millorar la pràctica, el que significa millora tant de les seues qualitats internes com de les condicions en què ocorre. Açò no vol dir que no hi haja una preocupació pel coneixement, però d'un coneixement que expressa grans vinculacions amb la pràctica, que no deslliga el problema de

comprendre la realitat del de preguntar-se pel “què hem de fer?”, “com és això possible?” i “quines dificultats planteja?”.

5. La IA suposa una visió sobre el canvi social. Quin tipus de canvi?, com ha de gestar-se?, cap a on ha de conduir?, qui són els seus protagonistes?..., són totes aquestes preguntes a què d’una forma u altra dóna resposta la IA. Són els propis implicats i responsables de la pràctica els que assumeixen el protagonisme de la transformació.

Des del punt de vista de la promoció de la salut, l’experiència demostra que treballar amb agents de promoció de salut (tècnics, polítics, líders comunitaris, etc) que han participat en activitats d’investigació-acció, facilita les aportacions reflexives i innovadores en el moment d’abordar els temes, i que això té un impacte positiu en la formulació de polítiques i en la pràctica. La reflexió és un aspecte important en el desenvolupament de la pràctica, i pot ser potenciada per la participació i la comprensió de processos i productes de la investigació. La reflexió suposa que una persona pot passar d’una situació definida en termes de “sentit comú” a una més reflexiva, mirant de nou la situació des d’una perspectiva nova, diferent. Seria la diferència entre la “acció rutinaria” i la “acció reflexiva” que és la que porta a la pràctica reflexiva o “praxis”, que suposa una major flexibilitat, creativitat, i concienciació social, cultural i política. Precisament aquestes són les habilitats i actituds que afavoreixen la implicació en la investigació.

### **1.3.2.- MÈTODES D’INVESTIGACIÓ EN PROMOCIÓ DE LA SALUT.**

Anteriorment se comentava que per a investigar és necessari un mètode, és a dir, seguir un procediment sistemàtic que condueca el procés investigador; mètode seria l’especificació de cadascun dels passos que s’han de seguir amb el fi de recollir la informació pertinent i analitzar-la. Segons Colomer<sup>25</sup> la metodologia per a la investigació en PS haurà de ser la que es considere escaient per a respondre a cada pregunta d’investigació que es planteje, tant si són mètodes quantitius com qualitius. Però el

model positivista presenta algunes limitacions importants per a la investigació d'alguns dels aspectes fonamentals de la PS, ja que assumeix que:

- a) les conductes humanes són predeïbles, causades i subjectes a pressions internes (psicòlegs) o a forces externes (sociòlegs)
- b) aquestos aspectes poden ser observats i mesurats, i
- c) una vegada observats i identificades les accions correctament, poden ser predits (causalitat) i conseqüentment modificats

La complexitat de la PS exigeix l'ús de moltes i diferents tècniques i models d'investigació, els mètodes qualitius són de gran utilitat perquè situen als actors en el centre permetint fixar-se en el contexte, els significats, la cultura, la història i biografia dels implicats. Reconeixen que el que succeeix en cada entorn és un conglomerat de significats, interpretacions, valors i actituds; que els llocs i les persones tenen una vida, una història, unes relacions interpersonals, que entre ells emergeixen conflictes i aliances i que tenen una manera de respondre davant la innovació. La comprensió d'aquestes variables i de la seua interacció per a l'establiment de polítiques i dinàmiques de canvi de salut, requereix una apreciació qualitativa d'aquestos factors; "qualificació de les accions, idees, valors i significats per mitjà dels ulls dels participants, en lloc de quantificació per mitjà dels ulls d'un observador extern".

La investigació-acció és una de les maneres d'investigar que més s'apropa a les necessitats de la PS ja que és per sí mateixa acció per al canvi i suposa la no separació entre "investigadors" i "investigats". L'interés de la IA és millorar la situació mitjançant la intervenció activa i en col·laboració amb les parts implicades. L'objectiu final no és sols la contribució al coneixement sinó produir informació útil per als que treballen en la pràctica, i en definitiva obtenir canvis i transformacions. Es basa en principis democràtics respecte a la propietat i el control dels coneixements i la investigació; i finalment utilitza tècniques tant quantitatives com qualitatives.

### **1.3.3.- L'AVALUACIÓ EN PROMOCIÓ DE LA SALUT.**

#### **¿QUÈ ÉS AVALUAR?**

Segons Suchman, la avaluació és el procés per el que jutgem el valor o la utilitat d'alguna cosa<sup>42</sup>. Avaluar és emetre un judici relatiu a alguna cosa. La forma de jutjar depén de les nostres expectatives, de les nostres experiències, d'allò que creiem que és important i d'allò que jutgem que és irrelevant. Així diferents persones o grups avaluaran un mateix programa de forma diversa, amb diferents resultats i conclusions<sup>10</sup>. Per a la OMS, l'avaluació és un medi sistemàtic d'aprendre empíricament i d'utilitzar les lliçons apreses per a millorar; ha de ser un procés permanent i la seua aplicació suposa, amb un esperit obert i crític, poder aplegar a judicis vàlids que permeten fer propostes útils per al futur. L'objecte de l'avaluació ha d'ésser millorar els programes i la infraestructura de salut i orientar la distribució dels recursos de manera constructiva i no per a justificar accions o descobrir defectes<sup>43</sup>.

Una raó per avaluar un programa és tenir la seguretat que amb la seua implantació no s'empitjora una determinada situació. L'avaluació també suposa una retroalimentació d'eixa situació que sempre és positiva i permet als treballadors augmentar el seu compromís i evitar el desànim. L'Avaluació en promoció de la salut contribueix al seu desenvolupament teòric. És necessari conèixer si una intervenció produeix millores, si no produeix modificacions o si el que produeix és un dany a la salut de la població. En qualsevol cas l'avaluació sempre resultarà positiva. És tan important conèixer els factors que propicien en un programa un benefici per a la salut com aquells que l'entorpeixen o dificulten. La importància està en el coneixement d'aquells factors per a potenciar-los o evitar-los. Segons Hawe, els que practiquen la PS haurien d'estar units en un compromís per a la bona pràctica, per reconèixer la pròpia responsabilitat per a intervindre el millor possible amb els recursos disponibles. D'aquesta manera per mitjà del compromís amb la planificació i avaluació, el programa es construirà sobre allò que altres han après i es desenvoluparà i avaluarà de forma que altres puguin aprendre d'aquell<sup>10</sup>.

D'altra banda, es pot considerar l'avaluació com una forma d'investigació, així Rossi i Freeman<sup>44</sup> defineixen l'avaluació o investigació avaluativa com "l'aplicació sistemàtica de procediments d'investigació social per a valorar la conceptualització i el disseny, l'execució i la utilitat dels programes d'intervenció social". "La investigació



avaluativa usa les metodologies de la investigació social per a jutjar i millorar la planificació, en la verificació de l'efectivitat i eficàcia dels programes socials de salut, educació, benestar comunitari i altres".

## **ENFOCAMENTS QUALITATIU I QUANTITATIU EN INVESTIGACIÓ I AVALUACIÓ.**

Els enfocaments qualitius intenten determinar el significat i la forma d'experimentar el programa pels qui hi han participat en ell (grup diana, equip encarregat i fins i tot persones a qui no aplega) i interpretar els efectes que puguem observar-se. Aquesta aproximació és poc estructurada i l'avaluador es basa en allò que els participants diuen en relació al programa<sup>10</sup>. Contesten a preguntes relacionades amb el "per què" d'un programa; els mètodes qualitius conduïxen a l'anàlisi de les paraules i els significats.

Els mètodes quantitius intenten mesurar i puntuar els canvis produïts pel programa i permeten efectuar medicions sistemàtiques en cada participant amb instruments previament definits per a detectar els canvis que l'avaluador desitja valorar. Es parteix d'una idea prèvia dels efectes que hom vulga detectar i que s'han de mesurar de forma sistemàtica, emprant instruments de mesura estandaritzats, assignant valors numèrics a les observacions i sotmetent-les a tractaments quantitius. A aquests se'ls considera més apropiats per al tipus de disseny avaluatiu que sol usar-se per a valorar si un programa produeix canvis en els nivells de salut, el comportament, els coneixements, etc.<sup>10</sup>.

Moltes avaluacions combinen aproximacions qualitatives i quantitatives. L'enfocament apropiat dependrà per un costat del tipus de pregunta que l'avaluació pretén contestar i del tipus de dades requerides per les persones que van a decidir sobre el programa, així com per l'etapa de desenvolupament del programa en que estiga aquest. En les primeres etapes d'un programa pot ser oportú recolzar-se més en dades qualitatives per a entendre quins tipus d'efectes pot tenir. Amb un programa ben establert, els efectes ja són coneguts i l'interès principal pot ser valorar la seua magnitud<sup>10</sup>. Però en promoció de la salut no sols hi ha que considerar indicadors de

resultat (referits a dades epidemiològiques o biomèdiques com reducció en la taxa de mortalitat, o disminució d'exposats a un determinat factor de risc), en promoció de salut també són importants altres indicadors, com per exemple indicadors de desenvolupament i de salut social (vivenda, alimentació, transport, processos comunitaris i psicològics, empowerment, participació en la presa de decisions, riscos i conductes socials)<sup>25</sup>. A més a més en les intervencions educatives, és necessari utilitzar també indicadors intermedis i de procés d'aprenentatge. Aquests indicadors "subjctius" són especialment útils en promoció de la salut, perquè:

En el següent quadre es presenta una proposta de Guia d'Indicadors per a l'avaluació en promoció de la salut

**Taula 3: Adaptat de Turabián JL. Evaluación de programas de promoción de la salud en la atención primaria<sup>14</sup>.**

<b>OBJECTIUS</b>	<b>MESURA INDICADOR</b>
Canvis en la conscienciació sobre la salut.	– L'interés mostrat pels clients (per exemple, quanta gent demana fullets o pregunta sobre els serveis). Podrien usar-se entrevistes qualitatives.
Canviar coneixements.	– Coneixements de salut: riscos percebuts. Podrien usar-se tests escrits u orals (pre i postest o amb grup control)- També, l'observació de com els clients demostren en la vida diària els seus coneixements adquirits.
Canviar actituds.	– Escales d'actituds. Observant el que els clients diuen durant i després de la intervenció educativa. Entrevistes grupals qualitatives (etnogràfiques). – Anàlisi de contingut. – Estudi de casos. – Dramatitzacions. – Estudi d'incidents crítics.
Canvi de comportaments.	– Observació dels comportaments dels individus o grups. Comparant dades del comportament del client, per exemple dades sobre tabaquisme, en la història clínica. Diaris. Qüestionaris o Entrevistes abans i després, amb grup control. – Estudi d'incidents crítics.
Establir ambients sans.	– Monitorització ambiental.
Aconseguir canvis socials cap a la salut.	– Enquestes sobre actituds. – Escales de recolzament social. – Qüestionaris de qualitat de vida. – Medició de costos. – Medició del potencial de la comunitat, la seua capacitat de mobilització i acció, i participació. – Canvis en les polítiques (com per exemple el augment d'àrees de no fumadors). Canvis legislatius: mesures legals introduïdes, com obligació del casc per a motoristes. Canvis en la disponibilitat de productes que promoguen hàbits sans.

- el que la gent realment percebeix és el que dóna origen als seus comportaments.
- la promoció de la salut inclou una comunicació bidireccional, per la qual cosa és indispensable entendre les creències i percepcions dels individus.
- els indicadors subjectius són més apropiats a la promoció de la salut ja que no reproduïxen el model i la terminologia mèdica, i no estar restringits als professionals.

## **TIPUS D'AVALUACIÓ**

**Avaluació del Procés<sup>10</sup>.** És el primer element de l'avaluació del programa. Mesura l'abast d'un programa o penetració en el grup diana; la proporció de persones del grup que reben tot el programa; fins a quin punt s'ha executat el programa d'acord amb allò planificat tot mesurant:

- a) l'abast del programa
- b) la satisfacció dels participants
- c) la realització de les activitats del programa
- d) el rendiment dels materials i altres components
- e) la garantia de la qualitat, incloent la competència del personal

Es recomana una avaluació íntegra del procés per a tot nou programa o per a tot programa que haja sofert canvis importants o s'haja adaptat d'un altre context. Quant l'avaluació del procés indique que el programa està funcionant de forma òptima, es pot passar a l'avaluació de l'impacte i dels resultats. De tota manera hi ha que mantindre un cert grau d'avaluació del procés per a garantir que el programa siga funcionant en la forma prevista.

L'avaluació del procés inclou l'avaluació formativa, que té com propòsit la millora del programa al temps que es porta a terme.

**Avaluació del resultat<sup>10</sup>.** És la fase final de l'avaluació d'un programa. Respon a les preguntes de si un programa ha arribat a la seua meta, si ha sigut capaç de reduir les necessitats de salut o d'alleugerir el problema identificat en l'etapa de valoració de necessitats i a quin cost. L'avaluació de resultats correspon a la mesura de les metes d'un programa, mentre que l'avaluació de l'impacte correspon a la mesura dels objectius del programa. En aquest aspecte l'avaluació dels resultats es centra més en els efectes a llarg termini, mentre que l'avaluació de l'impacte, mesura els efectes immediats del programa.

Finalment afegir que l'avaluació està intrínsecament contemplada en els processos d'investigació acció, tant en el sentit que els resultats de la mateixa s'adrecen a una transformació i millora de la pràctica i també que la realitzen tots els implicats en dita pràctica. Partint dels postulats de la promoció de la salut és necessari que es donen passos dirigits a augmentar el control dels ciutadans/as sobre la seua pròpia salut, i això implica la incorporació de la població en els processos d'avaluació de les intervencions. El que suposa que el propi públic a més a més dels professionals i l'administració, pugui participar en la definició de criteris o indicadors de procés o resultats, en el disseny de plans i elaboració d'instruments d'avaluació, en la valoració directa sobre aquests indicadors i en la presa de decisions que es deriven del procés.

## 1.4.- LA PROMOCIÓ DE LA SALUT EN EL MEDI PENITENCIARI.

### 1.4.1.- MEDI PENITENCIARI: UNA OPORTUNITAT PER A LA PROMOCIÓ DE LA SALUT.

La legislació penitenciària constata per un costat que el fi primordial de les penes de privació de llibertat és la reinserció social dels individus i d'un altre costat, que la administració penitenciària, per mitjà dels seus serveis sanitaris, vetlarà pel dret constitucional a la protecció de la salut de les persones privades de llibertat<sup>45</sup>. ¿És possible promocionar la salut en aquest medi? ¿Podem capacitar a la població penitenciària per a que pugui controlar i millorar la seua pròpia salut; aconseguir que prengui fàcilment eleccions saludables al llarg de la seua estada a la presó i les mantinga després de la seua eixida?<sup>5</sup>



En ocasions el medi penitenciari ha sigut considerat (bé per les seues escasses condicions d'habitabilitat, bé per la concentració d'individus amb alta prevalència de malalties transmissibles i conductes addictives) com un factor de risc per a la salut. Des de fa uns quants anys diversos grups de persones treballen partint del presupost contrari, que aquest medi pot ser una oportunitat per a obtenir guanys en salut i encara que no és l'entorn ideal per a la seua promoció (ningú l'ha triat voluntàriament per a viure), hi ha una sèrie de raons per considerar-lo un enclavament estratègic des del punt de vista de la salut pública:

- Les persones, malgrat estar en privació de llibertat i amb innumerables carències i dèficits socioeducatius, no perden la capacitat de pensar, de decidir, de plantejar-se canvis respecte a la seua salut i la forma d'orientar la seua vida
- La població no està subjecta a un règim de vida exclusivament tancat, en el medi penitenciari existeix una gran mobilitat i el fluxe de persones cap a l'exterior és constant per mitjà de les eixides de permís i de les comunicacions familiars que es donen amb una periodicitat setmanal i mensual (aquesta última sense barreres físiques). A açò s'afegueix que la majoria d'estades a la presó són relativament curtes en el temps (menys de dos anys) i en general solen ser més curtes quant menor és l'edat de l'intern/a
- El medi penitenciari no deixa en cap moment de ser un espai més dins de la comunitat d'origen dels interns/es. De fet la vinculació familiar és un criteri fonamental a l'hora de decidir el centre on es va a complir la pena; d'altre costat les visites familiars, els contactes que professionals o voluntaris/es pertanyents als llocs d'origen, mantenen el vincle "comunitat-medi penitenciari"
- Per a molts individus la seua estada a la presó suposa el primer contacte amb el sistema de salut. Aquestes persones conformen majoritàriament una població jove, de baix nivell educatiu, amb una precària situació laboral abans de l'ingrés a presó, amb elevada prevalència d'addicció a drogues i malalties infeccioses (Infecció VIH/SIDA, Tuberculosi, Hepatitis, etc.). Donat el perfil socio sanitari d'aquesta població -d'unes 37.393 persones repartides en 74 centres (excloent Catalunya), segons informes de la Subdirecció General de Sanitat Penitenciària de Juliol de 1996- de les accions en promoció de la salut

que es realitzen o s'ometen, poden ocasionar-se vastos beneficis o perjudicis tant per a la pròpia població penitenciària com per a la comunitat a que pertany

- Les intervencions que poden implementar-se permeten l'accés a un tipus de població de difícil abast en situació de llibertat, que disposa de "temps lliure" per a la realització de les activitats i en unes condicions òptimes per a la seua avaluació i seguiment
- Les institucions penitenciàries compten amb un grup de professionals, tècnics i voluntariat, que poden incorporar en el seu treball diari les estratègies de promoció de salut

Des de l'Oficina Regional Europea de l'Organització Mundial de la Salut<sup>46</sup> es considera que el medi penitenciari és un entorn vàlit, factible (com l'escola, els hospitals, la ciutat, el lloc de treball...) i prioritari per a la promoció de la salut. Segons la OMS, els elements claus per a promoure la salut en aquest medi serien:

- la prevenció del deteriorament de la salut
- la capacitat i participació dels implicats
- considerar tant els components físics com mentals
- implicació de tota la comunitat en l'atenció de la salut de les persones privades de llibertat
- un abordatge holístic i multidisciplinar

Des del 1995 s'han ficat en marxa per part d'aquesta Oficina Regional<sup>46</sup>, actuacions per a fomentar accions de salut en les presons europees per mitjà de l'intercanvi d'informació, d'experiències i de models de bona pràctica.

#### **1.4.2.- LA SALUT I ELS SEUS DETERMINANTS EN EL MEDI PENITENCIARI.**

La salut de les persones en privació de llibertat ve condicionada pels mateixos determinants que la població general (determinants biològics, estils de vida, entorn i els serveis socio-sanitaris), si bé és cert que en la majoria d'aquestes persones es detecten importants déficits en alguns dels requisits bàsics per a la salut que s'establien en la

Carta de Ottawa: pau, vivenda, educació, aliments, ingressos, ecosistema estable, manteniment dels recursos, justícia i equitat social<sup>5</sup>. Sense aquesta base serà realment difícil que els individus puguin desenvolupar les seues potencialitats, puguin construir la seua propia salut; d'ahí la importància del medi penitenciari com instrument corrector (dins de les seues limitacions) de la desigualtat d'oportunitats; com a porta d'accés a una sèrie de recursos: educatius, alimentaris, d'atenció en salut, psicològics, de formació i inserció laboral, etc.; recursos que baix unes condicions d'habitabilitat, possibiliten a la persona replantejar el seu projecte de vida i obtenir les competències per a trencar amb el món de l'exclusió social, trencar amb<sup>47</sup>:

- *la fluixetat dels recursos personals (fragilitat en la seua identitat, incapacitat per fer front de mode efectiu a les demandes i dificultats del seu contexte)*
- *la deficiència de les xarxes de recolzament social (família, veïnat, relacions, recolzament professional)*
- *la dificultat d'accés a bens econòmics (poder adquisitiu i ingressos)*

La funció del professional o voluntari promotor de salut en el medi penitenciari serà, una vegada assegurats els requisits bàsics que abans hem mencionat:

- Identificar i actuar sobre els determinants de la salut de la població penitenciària
- Afavorir i facilitar la informació, el canvi d'actituds i les habilitats necessàries per tal que l'individu pugui triar lliurement respecte a la seua salut
- Que aquestes eleccions tinguen la major amplitud i possibilitat de fer-se practicables dins dels establiments penitenciaris

Tot açò requereix per un costat, un reforç dels recursos personals dels interns/es, sense els quals serà molt difícil plantejar canvis, i d'altre tenir en compte que aquestos coneixements, actituds i habilitats es desenvoluparan plenament quant l'individu estiga de nou en la seua comunitat en situació de llibertat. D'ahí la importància de mantenir una orientació comunitària en tot tipus d'intervencions i treballar des de la propia comunitat per a combatre la deficiència en les xarxes de recolzament social i la dificultat d'accés als béns econòmics.



### **1.4.3.- ESTRATÈGIES DE PROMOCIÓ DE SALUT EN EL MEDI PENITENCIARI.**

Promoure la salut en aquest medi significa ficar en marxa estratègies de mediació entre la població penitenciària i el seu entorn (tant el configurat pel propi establiment penitenciari com el representat per la seua comunitat d'origen), operativitzant la síntesi entre les eleccions individuals i la responsabilitat de la societat en l'àmbit de la salut, en el sentit que oferesca a tots per igual l'oportunitat de desenvolupar les seues potencialitats. Una política de promoció de la salut utilitzaria distints mecanismes: legislatius, acords, convenis, línies de subvenció i d'investigació, canvis a nivell organitzatiu, etc., i les seues metes i objectius coincidirien en aquest medi, amb els de la reinserció social.

#### **Polítiques de Salut: la integració del medi penitenciari en les xarxes socioeducatives i sanitàries públiques.**

Hom podria afirmar, que cadascun dels responsables de l'administració que influeix en la planificació de les polítiques públiques hauria de considerar el medi penitenciari com un àmbit més on objectivar els seus plans (bé de creació de serveis bé d'engegar programes) i comptar a l'hora del seu disseny, execució i avaluació, amb els tècnics i "prenedors de decisions" de l'administració penitenciària.

Així, podrien considerar-se com persones o institucions promotores de salut en el medi penitenciari a: polítics, legisladors, responsables de departaments ministerials, membres del poder judicial, governs autònoms i els seus respectius departaments, responsables polítics i tècnics d'ajuntaments, sindicats, associacions i organitzacions ciutadanes civils i religioses.

Del mateix mode podrien considerar-se accions de promoció de la salut en el medi penitenciari aquelles polítiques públiques de:

- lluita i prevenció de la delinqüència en els barris o poblacions "fàbrica" de futurs delinqüents (per mitjà de plans o projectes de promoció socioeconòmica, desenvolupament comunitari i creació i accés a serveis públics)
- formació per l'ocupació i inserció laboral

- protecció i tutela de menors
- promoció de la joventut i de la dona
- promoció educativa, cultural, d'oci i temps lliure
- prevenció i lluita contra les drogodependències
- prevenció i lluita contra la infecció per VIH/SIDA
- polítiques específiques d'inserció i lluita contra l'exclusió social
- promoció i foment de grups comunitaris i associacionisme
- etc

L'administració penitenciària depenent en l'actualitat del 'Ministerio del Interior', manca de recursos (personals i materials) per a donar resposta a tots els problemes que la població penitenciària presenta, i no se li pot atorgar la responsabilitat exclusiva de generar polítiques de promoció de salut i reinserció social. Sols des de la implicació dels diferents agents promotors de salut en el medi penitenciari per mitjà d'intervencions intersectorials serà possible donar respostes eficaces. Com s'arplega en el nou reglament penitenciari<sup>48</sup> *"l'administració penitenciària no pot fer front per ella mateixa a les múltiples prestacions que inclou una concepció de la salut , i, corresponent als serveis de salut una responsabilitat global d'assistència sanitària, és precís establir vessants de col·laboració basats en el principi de corresponsabilitat entre l'Administració penitenciària i les Administracions sanitàries competents, segons el qual pugui fer-se efectiu el principi d'universalització de l'assistència, garantint-se uns nivells òptims d'utilització dels recursos i el dret efectiu a la protecció de la salut dels interns, ajustat a una assistència integrada, a la promoció i prevenció, equitat i superació de les desigualtats"*.

### **Desenvolupament d'Habilitats.**

La promoció de la salut implica que els individus adquireixen les habilitats i recursos suficients per a l'elecció i el manteniment d'uns estils i unes condicions de vida saludables. En aquesta estratègia, el paper de l'educació per a la salut, entesa com l'engegada de *experiències d'aprenentatge planificades tendents a produir canvis per millorar la salut*<sup>49</sup>, és fonamental. El primer obstacle serà vèncer les resistències als esmentats canvis que, donades les seues característiques psicològiques i socioeducatives la majoria de població penitenciària presenta. ¿Com? Iniciant processos motivadors que

permeten la comprensió global del significat de la “salut”, el seu foment, les mesures a engegar quan aquesta es perd i el paper protagonista i responsable del propi subjecte<sup>50</sup>. En aquest medi serien especialment útils aquelles accions educatives adreçades a permetre l’adquisició dels coneixements i habilitats que apareixen en el següent llistat:

**Inventari de coneixements i habilitats a promoure i adquirir en el medi penitenciari per mitjà d’educació per a la salut (adaptat de A. Rochon<sup>51</sup>).**

- conèixer el funcionament del seu cos.
- conèixer-se a sí mateixa, identificar les seues aptituds i aprendre a desenvolupar-les; fomentar l’autoestima.
- adquirir habilitats de relació interpersonal, socials, de comunicació, habilitats relacionades amb els sentiments<sup>52</sup>.
- conèixer el seu entorn (el de la seua comunitat d’origen i l’entorn penitenciari) i els elements que el defineixen: el territori, la població, els recursos, etc. Hi adaptar-se positivament.
- identificar les etapes de la vida i adaptar-se a elles, reaccionar positivament a les crisis vitals, afrontar adequadament els conflictes vitals i la frustració, adquirir habilitats per a la solució dels problemes<sup>52</sup>.
- escollir un estil de vida saludable.
- escollir un treball, aficcions, adquirir habilitats de recerca d’ocupació.
- viure la seua sexualitat.
- escollir un mètode anticonceptiu.
- realitzar activitats físiques
- alimentar-se adequadament; consumir adequadament.
- identificar i realitzar autocura, promoure el autorecolzament i l’ajuda mútua.
- adquirir habilitats alternatives a l’agressió i habilitats per afrontar l’estrès<sup>52</sup>.
- respectar les diferències entre les persones i promoure l’igualtat entre els humans.

Aquest tipus d’accions educatives han de tenir com fonament la consideració de l’individu i/o els grups, com els principals recursos per a desenvolupar la seua pròpia salut<sup>5</sup>; el que implica que s’iniciïn processos partint de les seues demandes, preocupacions i necessitats i que s’utilitzen les potencialitats, en els grups i en les

comunitats. Les intervencions han de responsabilitzar als propis individus en la recerca de solucions als seus problemes des d'una *concienciació autònoma i crítica i amb una visió política de les seues accions*<sup>47</sup>. Així també, les actuacions front als problemes de salut prevalents en aquest medi (Drogodependències, infecció per VIH/SIDA, etc.) seràn més efectives si es plantegen en el marc de la promoció de la salut<sup>46</sup>. Açò significa que s'ha de facilitar el desenvolupament de processos participatius on els propis interns/es aporten llurs anàlisis i solucions plantant cara als esmentats problemes des de llur contexte sociocultural i tot actuant per superar-los<sup>53</sup>.

Per a la consecució d'aquestos objectius es requereix<sup>47</sup>, que l'educador/a que facilita aquestos processos, actue com a dinamitzador de potencialitats, com un motivador i creador d'àmbits de confiança; *fent un ús obert de totes aquelles tècniques i mètodes basats en la comunicació, l'autoexpressió, la presa de consciència crítica de la realitat, el diàleg, la resolució de conflictes, el contrast grupal i la realització de projectes des d'accions organitzades.*

### **Reforçar l'acció comunitària.**

Definir operativament una comunitat<sup>54</sup>, és a dir, conèixer-la per poder intervenir des d'ella mateixa, implica aprofundir en els quatre elements que la constitueixen: territori, població, demanda (les necessitats i problemes que aquesta població expressa) i els recursos de què disposa o potencialment podria disposar. Qualsevol acció adreçada a la comunitat ha de prendre en compte aquestos quatre elements, i també llurs interrelacions. En el moment de dissenyar un programa de promoció de salut, no podem obviar que la població a qui va adreçat procedeix d'una determinada comunitat d'origen, comunitat a qui tornarà probablement quan acabe el període de privació de llibertat. Al mateix temps s'haurà de tenir en compte les característiques socioculturals de la població que comparteix la situació d'empresonament, és a dir els elements que en certa manera configuren la "comunitat" de persones privades de llibertat. En aquesta estratègia d'acció comunitària es consideren tres moments, "abans", "durant" i "després" de l'ingrés a presó:

- L'acció comunitària "abans" de l'ingrés a la presó.

L'acció comunitària per a la promoció de la salut en aquest medi, ha de partir de la comunitat d'origen dels interns/es. Cal no oblidar que una pena de privació de llibertat és la majoria de vegades el final d'una sèrie de fracassos en la protecció social al desenvolupament integral i socialitzador de la persona, les causes del seu empresonament, els determinants del seu delicte, portaran probablement a la identificació de factors que han actuat al llarg de la seua infantesa i creixement en la comunitat d'origen. Els vertaders programes de reinserció social dels interns/es han de partir d'accions en els territoris "fàbriques" de futures persones privades de llibertat, en cas contrari mai s'aconsegueix trencar el cercle "territori fàbrica - medi penitenciari - territori fàbrica". Cal començar a "inserir" a les persones des que naixen i creixen, i no deixar-les exposades a factors de risc social, per a més tard (després d'uns 10 ó 15 anys), durant el compliment d'una pena de privació de llibertat, pretendre tornar a "re-inserir-les". Per desgràcia aquest últim plantejament és el predominant i resulta la majoria de vegades estèril i ineficaç.

- L'acció comunitària "durant" l'ingrés a la presó.

L'acció comunitària ha d'aplegar al medi penitenciari, i una comunitat que detecte "casos" de persones en situació de privació de llibertat, ha de posar-se en marxa, perquè l'esmentada situació és un indicador de "malaltia social", d'una elevada exposició a factors de risc en la població de la comunitat que cal combatre. Aquesta acció s'operativitzaria en un doble sentit:

- Implicació de grups comunitaris, d'agents de la comunitat, en la protecció i promoció de la salut dels seus ciutadans per mitjà de programes, grups de recolzament, atenció individualitzada, etc. El propòsit fonamental, a més dels objectius específics de cada intervenció, seria salvaguardar el vincle comunitari (o crear-lo si prèviament no existia). La formació d'una xarxa social que renove o accentue l'esmentat vincle augmentarà les possibilitats d'una vertadera reinserció.
- Paral·lelament es treballarà en la creació d'una consciència comunitària en els propis interns i internes del centre, que els faça descobrir i conèixer els elements que conformen la seua comunitat, especialment els recursos que tenen al seu abast partint de les seues necessitats. Aquesta consciència de pertanyença i d'utilitat o "benefici" comunitari és important iniciar-la durant

l'estancia a la presó, i accentuar-la en el període de temps que antecedeix a l'eixida en llibertat.

- L'acció comunitària "després" de l'ingrés a presó.

Per un altre costat es planteja la situació de la tornada a la comunitat d'origen després de l'estada a la presó, i el dèficit d'alternatives i oportunitats per iniciar determinats canvis de vida. Si es volen rentabilitzar els avanços aconseguits durant l'estada a la presó, calen una sèrie de programes que contemplen l'acollida i l'atenció a aquestes persones. Però també és necessària una actitud menys estigmatitzadora i més acollidora a nivell social que es concrete en ofertes reals d'accés a la salut, educació, vivenda i sobre tot ocupació. L'autèntica inserció social la durà a terme la propia societat que ha de "reinscriure" ella mateixa en l'atenció als més dèbils i vulnerables, en la integració d'aquells que rebutja després de haver-los "fabricat" i en l'engegada de mecanismes per a detindre la seua "producció". La majoria d'aquestes accions comunitàries seran practicables en la mesura que els tècnics i professionals que treballen fora del medi penitenciari segueixen estimant com a "públic objectiu" de llurs intervencions al conjunt de població en privació de llibertat (el mateix públic que abans de l'ingrés a presó era també objecte d'intervenció), i les accions iniciades a nivell comunitari continuen duent-se a terme en coordinació i col·laboració amb el personal de la institució penitenciària i tinguen continuïtat després del període d'estada a la presó. Però sobre tot l'acció comunitària dependrà del paper que assumesquen les organitzacions ciutadanes de voluntariat social.

- El paper del voluntariat en la promoció de la salut al medi penitenciari.

Abans s'ha assenyalat la funció del voluntariat en el procés de capacitar a les persones privades de llibertat per a que controlen i milloren la seua salut. A banda d'aquesta funció, el voluntariat penitenciari té un paper de defensa dels interessos i drets dels interns/es, un paper "mitjançer". "Mitjançar" significa *permetre que entre energia en una situació que es suposa està inerte; construir ponts perquè els dinamismes vitals s'activen*<sup>55</sup>. Aconseguir que els propis interns/es prenguen consciència de la seua situació davant la salut, davant els problemes que puguen sofrir en relació a aquesta (com afectats directament o exposats a una possible "transmissió"); aconseguir que es reunesquen i comparteixquen sentiments, experiències, i que augmenten la seua autocura i l'ajuda

mutua; donar a conèixer els recursos que existeixen dins i fora de l'àmbit penitenciari; iniciar un procés de vinculació amb la comunitat originària posant a l'abast els medis que puguen facilitar la seua inserció (socio sanitària, laboral, etc.). Açò és ésser "mitjancer": *situar-se davant per servir de pont*. Aquest paper és també un exercici quotidià, no puntual ni "de ficar pedaçós", un exercici que atorga a les persones privades de llibertat el seu protagonisme en els canvis. El "mitjancer", pel fet de fer de pont, se basa en l'anàlisi i estudi de la realitat (tant la de dins com la de fora del medi), planifica les seues intervencions amb un sentit de complementarietat amb els professionals, però no es queda "presoner", també actua cap fora. ¿Com? Desenvolupant una xarxa integradora orientada a fer accessible la societat a qui estan forçosament aïllats d'ella, adreçada a trencar els factors d'exclusió i a eliminar totes les barreres físiques, psíquiques i socials<sup>55</sup>. En general els camps d'acció que abraça el voluntariat penitenciari són el de l'animació socio-cultural, atenció a les addiccions, reinserció laboral, el recolzament emocional i l'ajuda mútua, l'acollida en els permissos, l'atenció espiritual i religiosa, etc.

### **Creació d'un entorn favorable a la salut.**

#### **- L'entorn físic.**

Els últims anys al nostre país s'ha dut a terme un pla de reforma i construcció de nous centres penitenciaris. Les antigues presons provincials s'han vist substituïdes progressivament pels moderns edificis modulars, allunyats de les zones urbanes i equipats amb àrees per activitats sanitàries, educatives, socioculturals i esportiu-recreatives. L'entorn físic és un important determinant de salut i resulta evident que un centre penitenciari massificat, sense aquests espais, dificulta l'adopció d'estils de vida i de canvis favorables per a la salut dels qui l'ocupen. Però el vertader repte es planteja en la conservació d'aquest entorn físic per mitjà d'actuacions sobre els factors que poden alterar-lo: sensibilització i cura del medi per part dels propis interns/es; neteja diària de patis, dependències i instal·lacions comunes; decoració de murs i parets amb pintures murals que disminuesquen la sensació de limitació de l'espai; ornamentació amb plantes cultivades en les pròpies instal·lacions dels centres; adequada ventilació i il·luminació, etc.

- L'entorn social.

Des del punt de vista de la promoció de la salut, la direcció del centre facilitarà que les relacions interpersonals entre els ocupants del medi: interns/es, professionals i voluntaris; contribueixca als objectius de reeducació i reinserció social promovent un ús adequat i el més semblant possible l'ús en situació de llibertat de les àrees comunes, sempre fent-ho compatible amb les condicions de seguretat i disciplina regimental. També es considera fonamental l'obertura de la direcció a la col·laboració de les organitzacions no governamentals i s'impulsarà i facilitarà l'engegada de llurs programes procurant que s'adaptin a la realitat i demandes de la població a què van adreçats. Un altre aspecte important és el de l'organització del temps i la vida dels interns/es i del temps de treball per als professionals, que també pot influir en la possibilitat d'eleccions saludables. Finalment constatar la importància del funcionament del departament de comunicacions en la consecució d'un entorn social més favorable a la salut.

**La reorientació dels serveis.**

- La sanitat penitenciària en els últims anys.

La Direcció General de Instituciones Penitenciarias inicia el 1988 una reforma de l'atenció sanitària dels centres penitenciaris per mitjà de la creació de la Subdirecció General de Sanidad Penitenciaria amb les següents línies d'actuació<sup>56</sup>:

- Creació d'un sistema d'atenció integral, amb professionals (metges, infermers, auxiliars) a temps complet i constituïts en Equips d'Atenció Primària, al capdavant dels quals s'hi troba un cap del Servei Mèdic amb la categoria de Subdirector Mèdic en els centres més grans
  
- Establiment d'una sèrie de programes assistencials i de Salut Pública

Els programes que es desenvolupen són: programa de prevenció i control de malalties transmissibles per via parenteral i sexual; el programa de vacunacions (antigrip, antitetànica i hepatitis B); el programa de prevenció, control i tractament de la Tuberculosi; el programa de salut i higiene mediambiental; el programa d'educació per a la salut i els programes d'intervenció sobre drogodependents.



- Establiment d'un sistema d'informació sanitària, integrat amb la resta de sistemes d'informació sanitària existents.
  
- Reforç de les relacions amb el Sistema Nacional de Salut, amb l'objectiu d'integrar l'Atenció Primària intrapenitenciària amb l'Atenció Especialitzada extrapenitenciària. L'atenció especialitzada es presta per mitjà de convenis o contractacions amb serveis de salut dependents d'altres administracions públiques i eventualment amb proveïdors privats. L'hospitalització dels interns que ho requeresquen és a hospitals públics, alguns dels quals compten amb unitats de seguretat específiques.

Quan una persona ingressa en un establiment o centre penitenciari, se li practica un examen de salut individual, a partir del qual es detecten problemes de salut, i s'inicien les intervencions posteriors (els programes als què abans s'ha fet referència). Durant el període d'estada a la presó tots els interns/es poden acudir diàriament als serveis mèdics, a més a més funciona un servei permanent d'atenció d'urgències (presencial si es tracta de centres grans). Tots els centres estan dotats d'una infermeria on s'ingressen aquells malalts que requereixen una major atenció. Alguns facultatius especialistes passen consulta en el propi centre penitenciari, però açò varia molt en funció dels convenis o acords existents en relació a l'atenció especialitzada en cada província o comunitat autònoma.

- Altres professionals en el medi penitenciari.

A banda dels professionals de la salut, als centres penitenciaris treballen altres equips de professionals que estan en contacte directe amb les persones en privació de llibertat: l'equip educatiu format per professors/es que són responsables de les activitats formatives i educatives del centre; l'equip de tractament format per un sociòleg en centres grans, psicòlegs, treballadors socials i educadors. Aquest grup de professionals té assignada la tasca d'assolir els objectius de tractament i reinserció durant el compliment de la pena; finalment destacar el paper dels i les ajudants d'institucions penitenciaris, i dels membres de la direcció (director i subdirectors metge, de tractament, de règim, de seguretat i la figura de l'administrador). En ocasions els diferents professionals es

coordinen per a desenvolupar intervencions en comú, com per exemple els programes d'atenció als drogodependents o els programes d'educació per a la salut.

**- Propostes.**

Des del punt de vista de la promoció de la salut, una reorientació dels serveis que els responsables de la direcció, professionals i voluntaris presten, implicaria la inclusió d'estratègies i accions de promoció de la salut en el treball que habitualment realitzen, plantejant-se noves formes d'organització, noves tasques i fins i tot nous serveis (per a aquest últim es requerirà el recolzament dels tècnics responsables de la 'Subdirecció General'). Des dels serveis de tractament penitenciari i recolzament social i familiar; des de la consulta mèdica i/o d'infermeria; des de l'àmbit educatiu (escola permanent d'adults, estudis per mitjà de INBAD i UNED, etc.); s'haurien de coordinar i empenyar projectes d'intervenció adreçats a:

- l'adquisició d'habilitats individuals (veure llistat d'objectius aconseguir), a la consecució d'un entorn saludable i a la potenciació de les accions comunitàries abans, durant i després de l'ingrés en presó
- actuar d'una manera integral (des del punt de vista biològic, psicològic i social) cara als problemes de salut prevalents tot incorporant les estratègies de promoció de la salut a la prevenció d'aquests, el seu tractament i la recuperació i/o rehabilitació
- incorporar a organitzacions no governamentals aprofitant fons de financiació externa (Comunitats Autònomes, Ajuntaments, Pla de Lluita contra la Droga, Plan de Lluita contra la SIDA, Fons Europeus, Programes Socials d'Entitats Financeres i Caixes d'Estalvi), per al desenvolupament de programes adreçats als esmentats objectius, constituint equips mixtes formats per professionals i membres d'organitzacions

Per a aconseguir una vertadera reorientació dels serveis resultarà imprescindible el paper de la Direcció General i la Subdirecció General de Sanidad Penitenciaria, que ficarà en marxa les línies d'actuació per mitjà de l'establiment de nous objectius, mètodes i estratègies per a promoure el canvi en les orientacions assistencials cap a orientacions preventives i de promoció de salut. Algunes propostes podrien ser:

- la inclusió d'objectius i continguts de promoció de la salut en les proves d'accés als cossos de funcionaris d'institucions penitenciàries, i també en els plans de formació professional continuada. La formació i entrenament d'educadors en el cos d'ajudants d'institucions penitenciàries, especialitzats en promoció i educació per a la salut
- creació en els establiments més grans o a nivell regional d'unitats especialitzades en promoció de la salut que impulsen, coordinen, planifiquen i evaluen aquelles accions que es determinen
- incorporant la promoció de la salut dirigida als treballadors i treballadores de les institucions penitenciàries en els programes i actuacions en matèria de salut laboral i prevenció de riscos laborals que es duguen a terme, tal com recomana l'Organització Mundial de la Salut<sup>46</sup>

## **1.5.- LA LLUITA DE LA INFECCIÓ PER EL VIH/SIDA EN EL MEDI PENITENCIARI.**

### **1.5.1.- EL PROBLEMA DE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

La infecció pel Virus de la Immunodeficiència Humana (VIH) és en l'actualitat un greu problema de la salut pública mundial, sobre tot per als països de l'hemisferi sud del planeta. En aquest fi de segle, es calcula que el número d'infectats és d'uns 30 milions en tot el món, d'aquests, al menys el 50% desenvoluparan la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA) en un període de 10 anys. Des que s'inicià aquesta malaltia a principis dels anys 80, s'han produït canvis en les denominades pràctiques de risc estudiades a partir dels casos declarats. Així les dades corresponents a la 2<sup>a</sup> meitat de la mencionada dècada indiquen una tendència a una reducció relativa dels casos entre la població d'homes homosexuals i bisexuals, mentre que mostra un augment de la infecció en la població heterosexual. A Europa també s'ha observat aquesta tendència. Dels casos notificats en el continent europeu fins a setembre del 1996, el 67% foren diagnosticats entre Espanya, França i Itàlia<sup>57</sup>.

Espanya és el país de la regió europea de la OMS que presenta la major taxa d'incidència de casos de SIDA des de 1994<sup>57</sup> i el que també té major prevalència de casos acumulats des de l'inici de l'epidèmia, 46.605 casos<sup>58</sup>, encara que des de 1994, la incidència anual ha presentat un progressiu descens (en l'any 1997 d'un 17% respecte a 1996). Aquest descens no és atribuïble per igual a totes les categories de transmissió. Les categories de recepció d'hemoderivats i de transfusions mantenen un descens important; disminueixen també les categories d'usuaris de drogues injectables i la transmissió homo/bisexual; tanmateix la transmissió heterosexual manté un increment constant des de 1985<sup>59</sup>. Però en el nostre país la categoria de transmissió més freqüent segueix éssent la de UDVP (65.8%); la corresponent a contacte heterosexual representa el 10'6%<sup>58</sup>. A nivell global en Espanya també s'ha observat un augment progressiu de casos de SIDA en dones i una disminució de la proporció varó/dona. Del total de casos acumulats de SIDA fins a la fi de setembre de 1995 en Espanya, el 18'5% es donaren en dones<sup>60</sup>.

Aquest increment pot explicar-se perquè les dones tenen una major susceptibilitat que els homes a la infecció per VIH, tant per raó de les pràctiques d'injecció i dels contactes heterosexuales de risc com a causa dels condicionaments per factors biològics (anatòmics i histològics), per factors socioculturals i econòmics<sup>60</sup>. Freeman et al. assenyalen que les dones heterosexuales usuàries de drogues per via parenteral tenen un elevat risc d'infecció per mitjà d'una parella infectada, principalment per via sexual, però també a resultes de les pràctiques d'injecció de risc amb la parella. Ja que en general, segons aquests autors, les dones tendeixen a compartir amb més freqüència el material d'injecció amb les seues parelles i a més a més solen injectar-se després d'haver-ho fet el company<sup>61</sup>.

#### **1.5.2.- LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA EN EL MEDI PENITENCIARI. PROGRAMES DE PREVENCIÓ I CONTROL.**

---

La prevalència i incidència d'infectats o malalts de VIH/SIDA en el medi penitenciari és especialment significativa en aquells països, com el nostre, on la pràctica de risc més important per a la transmissió del virus, és l'ús compartit de material d'injecció pel consum de drogues; ja que moltes d'aquestes persones acaben cometent actes delictius per a finançar el seu hàbit. Aquesta ha sigut la causa de l'augment de persones UDVP entre els ingressos a les presons de l'Estat Espanyol produïts a les darreries dels anys 80<sup>62</sup>. El 1990 la població penitenciària espanyola presentava un alt percentatge de subjectes amb problemes relacionats amb el UDVP: un 44'5% d'aquesta població referia consum de drogues entre 4 i 5 anys d'evolució<sup>63</sup>.

Encara que durant la dècada dels 90 s'ha observat una disminució dels portadors de VIH entre les persones que ingressen per primera vegada a la presó, la SIDA (la seua prevenció i control) és un dels principals problemes de salut per als responsables d'institucions penitenciàries. Al nostre país les dades de seroprevalència difereixen segons la font d'informació, alguns autors la situen al voltant d'un 30%<sup>64, 65</sup>. D'altra banda l'ordenament penitenciari penalitza el consum de drogues i la tenència d'objectes que puguin ser utilitzats com a armes blanques (entre les que poden incloure's les agulles i xeringues), açò unit a que un percentatge de subjectes continuen realitzant

pràctiques de risc en relació al consum de substàncies per via parenteral dins de la institució, agreuja encara més el problema. D'ahí les mesures impulsades recentment per la Subdirecció General de Sanidad Penitenciaria dirigides al desenvolupament de programes d'atenció als interns/es drogodependents i concretament de reducció de dany en persones UDVP per mitjà de programes de manteniment amb substitutius opiàcics. Recentment s'ha instaurat un programa pilot d'intercanvi de xeringues en una presó espanyola.

Donada la proporció de UDVP i d'infectats per VIH en les nostres presons, la prevenció, orientada a reduir la transmissió de la infecció, és o hauria de ser la política escaient. L'oportunitat de potenciar intervencions educatives en el medi penitenciari es ficà ja de manifest en la 2<sup>a</sup> Revisió de l'Informe de la OMS sobre "La SIDA entre els consumidors de drogues a Europa"<sup>66</sup>. Així també les activitats de prevenció secundària, orientades a aturar el desenvolupament de la malaltia en els ja infectats pel VIH, va adquirint una importància creixent al haver-se demostrat la seua efectivitat en termes de millora de la supervivència<sup>67</sup>. De tot açò es desprén la urgent necessitat i importància en el desenvolupament de programes d'educació per a modificar actituds i conductes de risc en el medi penitenciari. Des d'un de vista de salut pública, encara que la privació de llibertat no és la situació òptima per a facilitar decisions saludables -ja que la persona es troba en una situació no triada lliurement-, aquest medi pot considerar-se com una oportunitat per a les intervencions en salut i en concret una posició estratègica per a la prevenció i lluita contra la infecció pel VIH/SIDA.

Segons dades de la Secretaria General d'Assumptes Penitenciaris<sup>68</sup>, al Juliol de 1993 el número de persones privades de llibertat a Espanya era de 46.000. El perfil d'aquestes persones era el següent: un 87 % eren varons, majoria jóvens (un 41 % tenia entre 22 i 28 anys), amb un baix nivell educatiu i amb una situació laboral precària abans de l'ingrés en presó. Un 71% es trobava en presó per delictes contra la propietat, un 33 % havien comés delictes contra la salut pública i un 28 % contra les persones.

Aquesta població presenta importants necessitats d'atenció a la salut davant les quals hi ha hagut un important avanç quant al desenvolupament d'accions sanitàries, fonamentalment assistencials i preventives. En els centres penitenciaris del nostre país

funcionen programes de detecció i control de VIH, Tuberculosi, Sífilis, Hepatitis B i Vacunació Antigripal; es realitzen consultes a demanda i programades fent un símil al model sanitari de l'atenció Primària; existeix un servei d'urgències de 24 hores i hi ha atenció especialitzada en els propis centres. Però en relació a l'educació per a la prevenció i control de la infecció per VIH (al igual que ocorre fora del medi penitenciari), predominen les actuacions orientades al augment d'informació i de coneixements mitjançant xerrades, aconsellament, distribució de fullets, distribució de preservatius, etc. Actuacions en general puntuals en què els interns/es tenen un paper passiu en la preparació i execució, i adoleixen en general d'una avaluació dels resultats respecte al canvi de conductes.

Segons l'OMS, les actuacions per combatre la infecció per VIH/SIDA al medi penitenciari seran més efectives en la mesura que es plantejen des de l'àmbit de la promoció de salut<sup>46</sup>. Açò significa que la missió del professional serà la de facilitar la informació i les habilitats necessàries perquè l'individu pugui adquirir pràctiques més segures respecte al VIH, i que aquestes pràctiques siguin afavorides i estimulades des de tot l'entorn penitenciari. Però proporcionar aquestos coneixements, habilitats i pràctiques no sols constitueix un punt d'arribada, una meta u objectiu; sino més aviat un punt d'inici. És a dir, aquestos coneixements, actituds i habilitats es desenvoluparan plenament quan l'individu estiga de nou en la seua comunitat. D'ahí la importància de mantenir una orientació comunitària en les intervencions i la necessitat d'"invertir" en la prevenció del VIH en el medi penitenciari com una forma directa d'actuar contra la SIDA a nivell de la població general.

## **1.6.- MODELS EXPLICATIUS DELS COMPORTAMENTS EN RELACIÓ A LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

S'ha demostrat que la informació és una condició necessària però no suficient per a aconseguir el canvi dels comportaments de risc<sup>69</sup>. Els esforços educatius per a la modificació d'aquestos comportaments ha de tenir en compte els determinants de la conducta. Això servirà per a fixar els objectius d'aquestes intervencions i aconseguir una major eficàcia. Per a identificar i explicar els esmentats determinants, s'ha vingut

desenvolupant des de la Psicologia i altres disciplines, diferents estudis i plantejaments teòrics; i també, l'aplicació d'aquests als hàbits de salut i, en particular, al comportament sexual. D'aquesta manera s'ha intentat construir models pràctics per a aplicar-los en la promoció del sexe segur per a la prevenció de la SIDA i altres malalties de transmissió sexual.

**La Teoria de l'Acció Raonada**<sup>70</sup>. Reconeix que la intenció de conducta, sempre precedeix a l'acció, la qual està determinada per l'actitut cap a la conducta i les normes socials respecte a la mateixa. La actitut, a la seua vegada, depén de les creències sobre les conseqüències de la conducta i, per tant, del balanç cost/benefici entre conseqüències i la mesura preventiva proposada. La influència de les normes dependrà del grau en que el subjecte les haja interioritzat, del comportament de les persones que li interessin i del seu desig d'obtenir l'aprobació del seu grup. En el cas de la conducta sexual, són molt importants els desijos i l'acceptació de la parella.

**El Model de Creències Sanitàries**<sup>71</sup>. Fou creat per Rosenstock en 1974, i represa per Janz i Becker en 1986, per a estudiar la conducta de prevenció de riscos de malaltia. Destaca sis determinants de l'esmentada conducta: susceptibilitat i gravetat percebudes del risc, avantatges i inconvenients de la conducta preventiva proposada, interès de l'individu per la seua salut i factors ambientals.

Segons Nàjera<sup>71</sup>, altres teories i models com el **PRECEDE** (de Green i Kreuter), **La Teoria de l'Aprenentatge Social** (de Bandura), **La Teoria Conductual Cognitiva**, **La Teoria de la Influència Social**, **La Teoria de la Motivación**, **La Teoria del Risc de SIDA**, **Model de Prevenció de Malaltia** (de Bayés ), han cridat l'atenció sobre altres factors determinats, tant personals com ambientals. Abraham<sup>72</sup> els divideix en tres tipus: personals, interpersonals i situacionals. Es desenvolupen les dos primeres.

**1) Determinants Personals:** s'inclou l'autoestima, el locus de control, l'erotofòbia-erotofília, els sentiments de culpa i l'ansietat.

**L'Autoeficàcia Percebuda**, és un determinant important en el pas de la intenció a l'acció. Està relacionada amb l'autoestima i el locus de control. El sentiment



d'autoeficàcia és molt important en educació per a la salut ja que ajuda a acceptar i assimilar la informació i les propostes d'acció. En la conducta sexual contribueix a aconseguir una bona negociació amb la parella pel que fa a l'adopció de pràctiques sexuals segures. La seua manca, pel contrari, pot fer que qui es senta susceptible a un risc i incapaç de controlar-lo, es desanime i recurre a racionalitzacions absurdes per a justificar la seua inactivitat. Weeks<sup>73</sup> considera dos tipus d'autoeficàcia en el contexte del VIH/SIDA: la d'ús, que és l'habilitat d'aconseguir i utilitzar les mesures preventives; i la de rebuig, que és la que es necessita per a no deixar-se induir per proposicions de triar conductes de risc (com per exemple una relació sexual sense protecció).

**El Model de Reducció de Risc de la SIDA desenvolupat per Catania<sup>74</sup>** distingeix tres moments importants en l'adopció de la conducta: el primer, de percepció del risc on intervé fonamentalment la informació; el segon, de compromís on intervé la motivació; i el tercer, de realització per al qual és necessari l'adquisició d'habilitats que reforcen l'autoeficàcia.

A la fase de realització de la conducta sexual, tenen importància les intencions de dur endavant una sèrie d'accions intermèdies com l'adquisició de preservatius, la proposta i la negociació d'ús; per a aquestes accions es requereixen habilitats de comunicació i coneixements per a l'ús correcte del preservatiu. També convé tenir en compte que les intencions d'acció no comporten automàticament l'acció i que, en general, no es mantenen estables en el temps.

**2) Determinants interpersonals.** Entre els que es troben les relacions que es desenvolupen en la parella, en especial la capacitat de comunicació. Aquestes relacions depenen en gran mesura de la personalitat i de les expectatives de les persones implicades, però també dels papers sexuals fixats per les normes socials. En aquest punt, la dona resulta especialment vulnerable pel paper que tradicionalment sol assumir en la parella de submissió. La creació d'habilitats de comunicació i persuasió que els permeta negociar l'ús de mesures preventives pot augmentar la seua capacitat de control sobre la relació.

## **ASPECTES A CONSIDERAR EN UN PROGRAMA EDUCATIU DE PREVENCIÓ DE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

Segons Ubillos<sup>75</sup>, basant-se en els models ja esmentats, els aspectes o continguts que han de incloure's en qualsevol Programa d'Educació Sexual per a la capacitació en comportaments de prevenció en relació a la infecció per VIH/SIDA i altres malalties de transmissió sexual (ETS), han de ser els següents:

**Informació.** La persona ha d'obtenir la informació adequada sobre els comportaments de risc i no risc front al VIH/SIDA i ETS i identificar les conductes preventives. Aquesta informació ha de ser abordada per mitjà d'una metodologia participativa.

**Erotofòbia-erotofilia.** Segons diu l'autora fent referència a Byrne i a Fisher, són dimensions que juguen un important paper en l'adopció de conductes de prevenció ja que tenen que veure amb actituds i emocions. Els programes educatius han de fomentar actituds positives cap a la sexualitat (actituds erotofíliques) promocionant l'adquisició d'habilitats per a anticipar la conducta sexual, per a una comunicació més adequada amb la parella, per a accedir als serveis ginecològics i per a utilitzar correctament els mètodes preventius.

**Anticipació de la conducta sexual.** La manca de previsibilitat en les relacions sexuals dificulta o impideix l'adopció de comportaments preventius al no preveure possibles riscos. Els programes educatius, mitjançant tècniques de *role-playing* i de discussió en grup, han d'ensenyar a anticipar la conducta sexual, analitzar les dificultats i els recursos que faciliten la prevenció.

**Percepció del risc.** Si les persones no perceben trobar-se en situació de risc o de vulnerabilitat, no adoptaran mesures d'evitació. S'ha observat que en general la gent i en especial els joves, subestimen la probabilitat de que els puguin afectar fets negatius. Es senten invulnerables i valoren positivament el risc. Per tant s'ha de potenciar la capacitat per a detectar el risc d'infecció per a l'engegada de les mesures de prevenció.

**Percepció de gravetat.** Aquest és un factor molt relacionat amb el d'abans ja que, si no percebim les conseqüències d'un risc, no ens plantejarem igualment previndre'l. Per tant, no sols és important percebre el perill de contraure una malaltia com la SIDA, sino també, valorar les repercussions que això comportaria. En el comportament sexual ens trobem amb dificultats per a l'adopció de comportaments de prevenció donat que les conseqüències més immediates de la conducta sexual solen ser la satisfacció i gratificació, l'obtenció de plaer i l'orgasme, mentre que les conseqüències negatives, com un embaràs o la transmissió d'una malaltia, es donen a mig o llarg termini i són sols probables. Per a l'abordatge d'aquesta variable és convenient l'utilització de dinàmiques de grup dirigides a l'anàlisi de les conseqüències dels comportaments de risc.

**Percepció de control.** El control percebut té relació amb la percepció dels obstacles interns (manca d'habilitats de comunicació o de competència) i externs o situacionals (escasa accessibilitat o impediments per part d'altres). Per tant perquè una persona pugui ser capaç de ficar en marxa comportaments preventius, haurà de percebre pocs obstacles tant interns com externs i els programes hauran de potenciar les habilitats personals que puguen incrementar eixa percepció de control.

**Autoeficàcia, assertivitat i habilitats de comunicació.** Les probabilitats d'adopció de comportaments preventius seran majors en aquelles persones que disposen d'habilitats per a comunicar-se i negociar amb les seues parelles temes relacionats amb la sexualitat i la prevenció.

**Costos i beneficis.** Les persones que consideren que adoptar una determinada mesura preventiva suposa més benefici o avantatges que costos o dificultats, tenen més probabilitats d'adoptar-la en la pràctica. Per tant als programes d'educació sexual s'haurà d'abordar els costos i beneficis que comporta cadascuna de les mesures preventives mencionades, maximitzant els beneficis i minimitzant els costos d'aquelles mesures eficaces i maximitzant els costos i minimitzant els beneficis de les mesures preventives ineficaces.

**Norma subjectiva.** L'entorn social com el grup de pares, la parella i la família influeixen en l'adopció o no de comportaments de prevenció al "reforçar" o "castigar"

eixos comportaments. Les persones que tenen un entorn social favorable a les conductes preventives i que, a més a més, donen gran importància a l'opinió d'aquestes persones, tenen altes probabilitats de recórrer a la prevenció i viceversa. Per això el treball en grup favoreix la recepció de reforç social.

**Accessibilitat als recursos assistencials.** Perquè un programa educatiu-preventiu siga eficaç, ha d'assegurar-se que les persones tenen fàcil accés a les mesures de prevenció i als recursos assistencials.

**Realització de les conductes preventives.** L'experiència en la utilització de mètodes preventius facilita la seua posada en pràctica.

En resum, els factors psicològics i socials determinen el canvi d'actitud, la intenció d'acció i la presa de decisions respecte al comportament preventiu. Tots aquests models ens serveixen per a entendre i identificar els determinants que condicionen els comportaments (tant els preventius com aquells que desitgen modificar) i també per a planificar les accions i triar els mètodes més adequats per a obtenir els efectes desitjats. Per tant han de ser presos en compte en qualsevol activitat educativa i justifiquen les intervencions que tendeixen a modificar-los.

### **1.7.- ESTRATÈGIES D'INTERVENCIÓ: PROGRAMES DE PROMOCIÓ DE SEXE MÉS SEGUR EN EL MEDI PENITENCIARI.**

Tenint en compte els aspectes abans descrits i les recents consideracions de l'Oficina Europea de la OMS sobre promoció de salut en el medi penitenciar<sup>46</sup>, les intervencions més eficaces i apropiades per a abordar la prevenció de la SIDA en aquest entorn han de partir de les pròpies necessitats i interessos dels implicats en el tema; tindran molt en compte les característiques i la cultura propia dels destinataris; es basaran no sols en l'abordatge individual sinó també en el treball en grups i l'educació per als iguals; es realitzaran per mitjà d'activitats participatives; i finalment s'intentarà incorporar a tots els implicats en l'avaluació de les intervencions<sup>76</sup>. Una forma

d'intervenció que recull tots aquestos aspectes són els programes de promoció de sexe més segur per mitjà de la realització de tallers amb grups de població: Tallers de Sexe Més Segur. La palaula taller procedeix de "*astellarum*" que significa entre altres coses *un lloc on s'acudeix per a l'aprenentatge, per realitzar un treball artesà. Artesà és aquell que produeix objectes pel seu compte i els imprimeix el seu segell personal.* En els Tallers de Sexe Més Segur es pretén que els interns i internes, a partir dels seus coneixements, actituds i habilitats re-construesquen i re-elaboren, en grup (d'una manera lúdica i participativa) nous coneixements, actituds i habilitats que els permetesquen adoptar pràctiques preventives en relació a la infecció per VIH, i que tot açò ho realitzen partint dels interessos i capacitats del grup, d'allò que "ja saben", que vinculen allò que ja coneixen amb allò nou per mitjà d'activitats significatives. És a dir, fent ús d'activitats que tinguen sentit per al grup perquè guarden relació amb les seues experiències vitals i d'aquesta manera generen una actitud positiva cap als continguts. En definitiva activitats que impliquen als destinataris com a participants actius en els processos de canvi, promovent una interacció contínua entre persona-grup-educador.

Aquest tipus de programes s'ha estat desenvolupant amb éxit en diferents tipus de poblacions en situació de risc respecte al VIH: estudiants<sup>77</sup>, adolescents<sup>78,79</sup>, UDVP<sup>80</sup>, prostitutes i usuaris de prostitució<sup>81</sup>, portadors de VIH i parelles de portadors VIH<sup>82</sup>, hòmens homosexuals o bisexuals<sup>83,84</sup>, treballadors en l'àmbit de les drogodependències<sup>85</sup>...etc. Els canvis aconseguits amb aquest tipus de intervencions fan referència a un augment quant a coneixements sobre la infecció pel VIH, els mecanismes de transmissió i formes de prevenció; a un descens en el nombre de parelles sexuals, menor nombre de contactes sexuals, tendència a una sola parella sexual i en alguns estudis una major freqüència de l'ús del preservatiu<sup>86,87</sup>.

**Figura 1.- Determinants en l'adopció de comportaments de prevenció o de risc<sup>75</sup>.**

1. Informació sobre la SIDA i la infecció pel VIH. Coneixements respecte a la malaltia, vies de transmissió i els comportaments preventius.
2. Percepció del risc o de la susceptibilitat i de la gravetat
3. Normes del grup de pares percebudes.
4. Actituds sexuals. Respostes favorables o desfavorables a l'erotisme (erotofobia-erotofilia)
5. Rols sexuals assignats a homes i dones en les relacions sexuals.
6. Conducta sexual prèvia i conducta de consum de drogues prèvia.
7. Autoeficàcia i habilitats socials.
8. Actituds cap als preservatius
9. Costos i beneficis de l'ús del preservatiu i de les pràctiques de desinfecció del material d'injecció.

### **1.8.- JUSTIFICACIÓ DE L'ESTUDI.**

Partint de la necessitat de dissenyar, realitzar i avaluar accions per a la prevenció de la infecció per VIH/SIDA en el medi penitenciari, tant per la situació de risc en què es troba aquesta població com per l'escassa quantitat d'intervencions realitzades en l'àmbit de l'Estat Espanyol; es planteja verificar si un model d'intervenció basat en els principis i eines de la promoció de la salut pot desenvolupar-se en un establiment penitenciari. Un model d'intervenció que, com hem vist abans, es basaria en les recomanacions realitzades per l'OMS, i es caracteritzaria per ésser un tipus d'actuació que:

- prenga de base les necessitats dels propis interns i internes respecte al desenvolupament i manteniment de la seua salut
- es planifique des del context sociocultural del propi medi i de les persones que hi viuen, tenint en compte els seus valors, el seu llenguatge, la seua forma d'entendre i interpretar la realitat que els envolta
- considere la salut en un sentit positiu i desenvolupe les potencialitats i l'autonomia tant individual com col·lectiva

- implique a tots els actors interessats: interns/es, administració-direcció, professionals i voluntaris, per mitjà d'un treball multidisciplinar i en equip
- incorpore sempre que siga possible l'estratègia de l'educació per a iguals i la formació d'agents de salut
- es base en la participació dels interns/es en tot el procés de la intervenció, des de l'estudi de les necessitats fins l'avaluació
- plantege activitats innovadores, creatives i divertides que facen atractius els missatges de salut
- l'avaluació i la investigació han d'ésser els elements dinamitzadors de les accions: avaluar i/o investigar per a actuar millor; difundir els resultats i així incorporar noves persones per a amplificar les accions, tot creant xarxes per a compartir mètodes i experiències
- tinguen una adequada financiació i/o suport institucional que permeta la seua continuïtat en el temps
- tinguen una orientació comunitària, que permeta comptar amb els recursos comunitaris existents i aspire a poder continuar la intervenció en l'àmbit comunitari després de l'estada a la presó

Aquest model es dirigirà fonamentalment al canvi de pràctiques de risc en relació a la infecció per VIH/SIDA, per això també tindrà en compte els determinants que influeixen en l'adquisició de les esmentades pràctiques<sup>75</sup> i seguirà les etapes de la posada en marxa d'un programa de salut: a) valoració de necessitats, disseny i execució del programa i avaluació<sup>8</sup>, b) incorporant en aquestes etapes a tots els actors implicats en el procés, especialment als propis interns i internes.

L'estudi es durà a terme en el marc general de la investigació acció, tenint en compte que: a) l'objecte de la investigació són les actuacions educatives per a la prevenció de la infecció pel VIH/SIDA en un entorn específic, el penitenciari; b) les persones que desenvolupen la investigació estan implicades en el tema; c) i la finalitat última és aconseguir un canvi en la situació: el desenvolupament d'un model d'intervenció per a previndre la SIDA en el medi penitenciari, que pugua ser difós i aplicable a altres centres o establiments penitenciaris.

Segons aquest plantejament, no sols seran rellevants en l'estudi els resultats de l'avaluació del programa, sino també el procés de construcció del mateix, des de la detecció de les necessitats sentides pels implicats fins als canvis aconseguits per a continuar i difondre l'acció iniciada.



## **2.- OBJECTIUS DE L'ESTUDI**

### **Respecte a l'estudi de necessitats i el disseny del programa:**

1. Identificar les necessitats, opinions, coneixements i propostes dels implicats\* respecte a un futur programa de promoció de la salut aplicat a la prevenció de la infecció pel VIH/SIDA en el medi penitenciari. \*professionals i directius del medi penitenciari, experts en promoció de la salut i sobre tot les internes i interns.
2. Dissenyar i executar un programa "pilot" de promoció de salut aplicat a la prevenció de la infecció per VIH/SIDA en el medi penitenciari, tenint en compte que els objectius i continguts d'aquest es derivaran dels resultats de desenvolupar l'anterior objectiu número 1.

### **Respecte a l'avaluació del programa "pilot":**

3. Que les activitats realitzades per a desenvolupar el programa, tot comptant amb els recursos disponibles, s'adequen als objectius proposats i tinguen una bona acceptació per part dels participants i dels educadors.
4. Que el programa augmente la comunicació amb la parella dels interns/es respecte al tema de les pràctiques preventives en relació al VIH/SIDA i redueca els inconvenients dels participants i de les seues parelles cap a les pràctiques més segures en relació a la infecció pel VIH.
5. Que el programa augmente els coneixements dels participants en relació a la infecció per VIH/SIDA i també incremente la seua percepció de risc i de gravetat respecte a la infecció i reinfecció per aquest virus, i finalment augmente l'adopció de pràctiques sexuals més segures en relació a la infecció.

# Material i Mètodes

### **3.- MATERIAL I MÈTODES**

3.1. Àmbit: el Centre de Compliment de l'Establiment Penitenciari de València.

3.2. Població i mostra.

3.3. Estratègia d'investigació. **Etapas:**

**3.3.1.- Estudi de Necessitats: el coneixement ¿què? ¿quant? ¿per què?**

3.3.1.1.- Identificació de Coneixements, Actituts i Pràctiques de Risc en les Dones Penades d'un Centre Penitenciari.

3.3.1.2.- Percepció de salut i els seus problemes: Audició, el que preocupa a les dones tocant a la salut en el medi penitenciari.

**3.3.2.- Disseny del Programa: ¿què fer? ¿com?**

3.3.2.1.- Fòrum Comunitari: com lluitar contra la SIDA des del medi penitenciari.

3.3.2.2.- Opinió de professionals, experts i interns/es en relació al programa.

**3.3.3.- Descripció del Programa: objectius i continguts.**

**3.3.4.- Avaluació del Procés.**

A.- Cobertura del programa.

B.- Activitats Realitzades.

C.- Satisfacció i Opinió dels Participants.

D.- Opinió dels Professionals.

- Respecte als Recursos i Materials Utilitzats.

- Respecte als Canvis a Introduir en el Programa.

**3.3.5.- Avaluació dels Resultats.**

- A.- Disseny de l'estudi d'avaluació.
- B.- Població i mostra de l'estudi d'avaluació.
- C.- Procediment.
- D.- Variables estudiades.
- I.- Instruments utilitzats.
- F.- Anàlisi estadística.

### **3.1.- ÀMBIT I POBLACIÓ: EL CENTRE DE COMPLIMENT DE L'ESTABLIMENT PENITENCIARI DE VALÈNCIA.**

#### **INTRODUCCIÓ**

---

L'Establiment Penitenciari de València és un dels majors complexos penitenciaris d'Espanya, s'inaugurà al maig de 1993 i consta de quatre centres: el Centre de Compliment, el Centre de Preventius, el Centre d'Inserció Social i el Centre Hospitalari; els quatre estan coordinats i dirigits per una Gerència. A l'establiment estan ingressats entre 2000 i 2300 interns i internes, que són atesos per més de 1000 treballadors, tant personal funcionari com laboral. El 1991 es posà en funcionament el primer centre de l'establiment, el Centre de Compliment, on s'ha realitzat el present estudi. En aquest centre hi ingressen persones amb sentències judicials en ferm i amb condemnes superiors als sis mesos.

I) La població penitenciària a L'Estat Espanyol va aconseguir en 1994<sup>\*</sup> la xifra record de 47.973 persones. Des d'aleshores s'ha produït un descens significatiu que situa el nombre de reclusos en 42.954 (4000 dels quals eren dones) en agost de 1996. En aquesta data la Comunitat Valenciana tenia 4235 persones empresonades (3503 penades i 732 preventives).

En tot el territori de l'Estat hi ha 85 centres penitenciaris que depenen del 'Ministerio del Interior' i 11 de la Generalitat de Catalunya<sup>88</sup>.

II) Encara que la tipologia dels interns/es siga molt heterogènia, segons Aranz, "són molts els qui provenen de contextos socials on apenes han existit on construir no res. Problemes familiars molt determinats des de menuts, greus necessitats econòmiques, escassa o deficient qualificació professional, absència de hobbies o tradicions culturals, violència com a forma d'autoafirmació cara als altres, escassa autoestima, drogadicció

---

<sup>\*</sup> En aquest any L'Estat Espanyol tenia el major índex de població reclusa de tota la Unió Europea: 120 de cada 100.000 espanyols hi estaven en presó<sup>89</sup>.

com element normalitzat en el context familiar o de barri..., configuren un conjunt de polipatologies que condicionen qualsevol treball educatiu posterior”<sup>90</sup>.

Per una altra banda cal destacar la situació de les dones empresonades que representen un 9% de la població penitenciària total. Segons Arnanz la situació de les dones és preocupant, ja que s’afegeix a la seua marginació de dona i a la seua marginació de detingudes, una tercera marginació, la seua condició de minoria on hi ha 40, 50, 60, 70 dones en presó de 500, 600, 700 hòmens. Els pocs o molts recursos que entren dins de la presó van, sobre tot, destinats als varons<sup>90</sup>.

III) El punt de partida del nostre treball és doncs, l'oportunitat de realitzar actuacions per a la prevenció i control de la SIDA en la població penitenciària. La confluència de factors de risc en la població femenina (unes 4000 en tot l'Estat Espanyol i unes 120 al nostre centre; el fet que en el medi penitenciari les dones són un col·lectiu altament receptiu alhora de plantejar tot tipus d'iniciatives (educatives, lúdiques i de temps lliure); i la capacitat d'influència de les decisions de la dona en el seu entorn: família, germans, parella sexual (per exemple a l'hora d'utilitzar preservatiu en les relacions sexuals en presó), ens ha fet escollir aquesta població per a realitzar la investigació i aplicar un futur programa.

## **L'EDIFICI**

---

El Centre de Compliment ocupa una superfície de 60.000 metres quadrats, amb una superfície total construïda de 48.143 metres quadrats. Es situa al terme municipal de Picassent, en una zona plana anomenada de Sant Miquel d'Espioca, just al costat de la carretera nacional N-340 València - Albacete, a 17 quilòmetres de la ciutat de València, i amb una capacitat de 786 cel·les individuals.

És un edifici amb una estructura arquitectònica complexa i el seu disseny està marcat per una sèrie de condicionants com són: la seguretat funcional, circulacions restringides, classificació interior, facilitat per a la vigilància i control d'activitats i economia de mitjans. Disposa de 10 mòduls amb funcionament independent, (el que

permet la classificació dels interns/es en funció dels criteris que es decideixen) tothom es troba relacionat entre si per mitjà d'una estructura d'"espina de peix" mitjançant dues galeries de circulació que constitueixen la columna vertebral del centre. Aquestes galeries comuniquen els mòduls amb els edificis dotacionals i de serveis. Les dues galeries de circulacions a mòduls i la galeria d'accés conflueixen en una plaça central, on es situen els diferents nivells de control del centre, les circulacions de reclusos o funcionaris, els subministraments a mòduls, etc.



La seguretat exterior està basada en un recinte perimetral amb doble mur de formigó armat i un recinte exterior de seguretat tancat amb malla metàl·lica i camí exterior de ronda per a vehicles de vigilància; disposa, així mateix, de garites de vigilància exterior i torre de vigilància per a dotació de la Guàrdia Civil. La seguretat interior i funcional s'aconsegueix mitjançant un sistema general de tres nivells de circulacions independents per les galeries:

- nivell de circulació d'interns i subministraments
- nivell de circulació de funcionaris i vigilància
- nivell de circulació d'instal·lacions generals

Les connexions entre aquestes tres xarxes de circulació han sigut acuradament estudiades per aconseguir un correcte funcionament intern del centre, tant pel treball del funcionariat com de les activitats dels interns.

Cada mòdul està concebut per a un funcionament independent dels altres, disposen de 26 cel·les individuals per planta (distribuïdes en dues o tres plantes), i a més estan dotats de: menjador, sala d'estar, economat, barberia, cambra de dutxes, aula docent, despatxos de metge i psicòleg, taller ocupacional, magatzem, pati i zona de porxada. Les cel·les tenen una superfície construïda de 9.55 metres quadrats, amb modulació interna i tots els elements de formigó armat, disposant de llit, taula escriptori, prestatgeries, plafó de suro, armari, calefacció i presa de T.V. i una zona d'excusat amb lavabo, inodor i espill.

A més n'hi ha mòduls especials com el d'infermeria, ingresos o aïllament i també zones comunes com l'àrea sociocultural, àrees esportives, els departaments de comunicacions i visites, la cuina i la bugaderia, els magatzems generals, les oficines administratives i el cos de guàrdia. L'àrea sociocultural disposa d'un saló d'actes-teatre, biblioteca, aules generals i diverses sales multifuncionals; les àrees esportives estan formades per un poliesportiu cobert (amb zones de gimnàstica, trinquet de bàsquet, futbol sala, 'squash', bàdminton i vestuaris) i per una piscina amb els seus corresponents vestuaris; finalment els departaments de comunicacions i visites tenen una zona de recepció i control de visites, zona de recepció i control de paquets, zona de locutoris, zona de relacions "vis a vis" i zona de relacions familiars.



## LA VIDA ALS MÒDULS

---

Encara que, donada l'alta rotació de les estades en presó sols es pot oferir una xifra aproximada, el Centre de Compliment està ocupat per 120 dones i uns 1180 homes. Les cel·les estan ocupades per dues persones en la majoria dels casos.



La població es distribueix en els 10 mòduls del centre de la següent forma:

- Mòdul 1: mòdul d'intervenció en drogodependències, ocupat sols per homes. És un mòdul amb un règim especial similar al d'una comunitat terapèutica orientada a la deshabitució i el tractament de les addiccions.
- Mòdul 4: mòdul mixte amb un programa educatiu de formació professional en horticultura i jardineria.

- Mòdul 5: mòdul per a interns amb condempnes curtes, de durada entre 6 i 18 mesos aproximadament, ocupat sols per homes.
- Mòdul 8: mòdul ocupat exclusivament per dones.
- Mòdul 9: mòdul ocupat sols per homes, persones que han sigut condemnades per primera vegada.
- Mòdul 10: (sols homes) ocupat per aquells interns que tenen encomanat algun treball o encàrrec en el propi centre com pintors, llumeners, bibliotecaris, etc.
- Mòduls 2, 3, 6 i 7: són mòduls sense cap característica especial en els quals es distribueixen els interns (hòmens) segons criteris regimentals.



El mòdul on s'ha dut a terme la major part de la investigació és el Mòdul 8, que es distribueix en 3 plantes amb 26 cel·les cadascuna i compartides per 2 internes; la primera planta està ocupada per les internes amb treballs o encàrrecs. El Mòdul consta de diversos tallers als quals les internes poden inscriure's, hi essent la seua assistència voluntària, així com també a l'escola i a altres diverses activitats, encara que la susdita assistència s'incentiva amb redempcions extraordinàries. Els tallers a hores d'ara són els següents (encara que alguns poden variar estacionalment):

- Productius (cobren per hi treballar en ells, els organitzen empreses privades): confecció
- Tallers Reglats que funcionen per mitjà de convenis amb l'INEM: perruqueria, esmalts, pintura
- Activitats organitzades per professionals del centre:
  - Taller d'Aire Lliure (2 vegades per setmana)
  - Poliesportiu o piscina a l'estiu (2 vegades per setmana)
  - Escola: els primers nivells (analfabets-noulectors i certificat) acodeixen a l'escola dins del mòdul, els nivells superiors (graduat, batxillerat i universitaris) acodeixen a les aules del l'àrea sociocultural

L'horari setmanal, tret de diumenges i festius en què s'endarrereix cada activitat mitja hora, és el següent:

7.30.....Despertà  
8.30-9.00.....Desdejuni  
9.00-13.30....Neteja, Tallers, Escola  
13.30.....Dinar (3 torns)  
15.00.....Descans en la cel·la  
16.00.....Inici d'activitats  
20.00.....Sopar (3 torns)  
22.00.....Tancament de cel·les

Una vegada al mes els interns i internes poden mantenir una comunicació familiar o íntima de dues hores de durada en cambres privades i sense vigilància directa; una vegada a la semana i durant mitja hora, poden tenir comunicacions als locutoris a través d'un cristall.

## **ELS TREBALLADORS**

---

Els treballadors del centre s'organitzen en equips i oficines: equip directiu, equip mèdic, equip de tractament, equip educatiu, oficina de règim, oficina de seguretat,

administració, i el conjunt de funcionaris ajudants de l'interior del centre coordinats pels caps de mòdul, cap de centre i caps de servei.

L'equip de direcció està compost pel director, els sots-directors de règim, de tractament, mèdic, de seguretat i l'administrador. L'equip mèdic està format per 8 metges, 8 ATS, 4 auxiliars d'infermeria i un subdirector mèdic. El de tractament per 8 educadors, 6 treballadors socials, 4 psicòlegs, 1 sociòleg i un subdirector de tractament. La unitat docent que depèn de la subdirecció de tractament, està formada per 10 professors i un cap d'unitat.

Cada mòdul té un equip de professionals per atendre la seua població, aquest equip consta de: 1 metge, 1 ATS, 1 mestre, 1 psicòleg, 1 treballador social, 1 educador.

A banda dels professionals existeixen nombrosos voluntaris que desenvolupen activitats a nivell modular o bé en la zona sociocultural. El tipus de voluntariat és molt variat: pertanyent a ordres de religiosos o sacerdots, organitzacions o grups d'educació per a la salut, cases d'acollida i de reinserció social, associacions de barris que atenen a persones o col·lectius (menors, jòvens, dones, ) amb risc social, Caritas, organitzacions d'ajuda i tractament de toxicomanies com Remar i Projecte Home, etc.

### **3.2.- ESTRATÈGIA D'INVESTIGACIÓ. ETAPES:**

La investigació s'ha dut a terme seguint les etapes de planificació de les intervencions en salut<sup>8,10</sup>:

1. Estudi o valoració de necessitats
2. Disseny i planificació de la intervenció
3. Execució
4. Avaluació

Figura 2: Promoció de la salut i infecció per VIH/SIDA en el medi penitenciari. Del coneixement a l'acció. Etaques de l'Estudi:

1) Estudi de Necessitats	Anàlisi: el que preocupa a les dones internes sobre la seua salut
	Estudi de coneixements, actituds i pràctiques de risc
2) Disseny i planificació del programa	Fòrum Comunitari
	Opinió dels implicats
	Disseny del programa
3) Execució del programa	
4) Avaluació del programa	Avaluació del procés
	Avaluació dels resultats

**1.- Estudi de necessitats:** en aquesta primera etapa s'han identificat les necessitats de la població femenina del centre tant en relació amb la salut en general, com en relació amb la infecció pel VIH/SIDA. Aquest estudi s'ha realitzat en dues fases:

1ª Fase: per mitjà d'una audició, un mètode d'investigació participativa, s'ha intentat recollir "el que preocupa a les dones internes en relació amb la seua salut".

2ª Fase: mitjançant entrevistes i qüestionaris de preguntes tancades s'ha arreglat informació sobre coneixements, actituds i pràctiques de risc en relació amb la infecció per VIH/SIDA en les dones penades del centre.

A partir dels resultats obtinguts en aquesta etapa de **CONEIXEMENT** s'ha tractat de contestar a les següents preguntes: ¿QUINES necessitats perceben les dones en privació de llibertat a propòsit de la seua salut, i en relació amb la infecció per VIH/SIDA? ¿PER QUÈ perceben aquestes necessitats? ¿Podem IDENTIFICAR els coneixements, les actituds, les pràctiques de risc que presenten aquestes dones en relació a la infecció per VIH/SIDA?

**2.- Disseny i planificació del programa:** abans de començar el disseny de la intervenció i tot prenent els resultats de l'Estudi de Necessitats, es recull en les propostes dels implicats en el futur programa: internes/ns, professionals, directius del centre i finalment experts/es en promoció de la salut. Així doncs, aquesta segona etapa es desenvolupa en diverses fases:

- 1ª Fase: Fòrum Comunitari, per mitjà d'aquesta tècnica qualitativa s'arrepleguen les propostes dels interns i internes sobre com lluitar contra la SIDA des del medi penitenciari.
- 2ª Fase: mitjançant d'entrevistes semiestructurades i un qüestionari autoempletat, es recull l'opinió de les internes, professionals de la salut i directius del centre, i experts/es en promoció de la salut, referent als continguts i metodologia a desenvolupar en un futur programa educatiu per a la prevenció del VIH/SIDA en el medi penitenciari.
- 3ª Fase: a partir dels antecedents (coneixements previs, revisió bibliogràfica, experiències, ...), d'altres intervencions educatives basades en les actuacions sobre els determinants de la conducta<sup>91</sup>, i partint dels principis de la promoció de la salut i dels resultats de l'Estudi de Necessitats i les propostes recollides sobre el futur programa, es concreten els objectius, els continguts i recursos necessaris per dur-ho a terme.

**3.- Execució del programa:** el programa es desenvolupa durant 1995 i 1996.

**4.- Avaluació del programa:** el programa s'avalua tant a nivell de procés (durant el seu engament), com a nivell de resultats pel que fa a l'augment de coneixements, adquisició d'actituds favorables a les pràctiques preventives i a l'adopció d'aquestes.

<b>3.2.1.- ESTUDI DE NECESSITATS: EL CONEIXEMENT. ¿QUÈ? ¿PER QUÈ? ¿QUANT?</b>
---

**A.- PERCEPCIÓ DE SALUT I ELS SEUS PROBLEMES: AUDICIÓ, EL QUE PREOCUPA A LES DONES EN RELACIÓ A LA SEUA SALUT EN EL MEDI PENITENCIARI.**

---

**DISSENY DE L'ESTUDI.**

Aquest estudi de necessitats s'ha realitzat per mitjà del mètode de l'audició, desenrotllat per M. Marchioni<sup>92</sup>. L'audició és un mètode d'intervenció social per a modificar una situació, partint del coneixement que els mateixos interessats tenen de la seua situació i comptant amb la seua participació en l'acció consegüent. L'audició proposada en aquesta investigació és específica; ja que es realitza sobre un tema preseleccionat d'evident interès, la salut, i, a l'hora, sectorial, relativa a un determinat sector de població, les dones en l'àmbit penitenciari.

**MOSTRA I PROCEDIMENT**

La població d'estudi és el total d'internees ingressades dintre el Mòdul 8 del Centre de Compliment de València. En el moment d'inici de l'estudi el nombre de recluses en aquest mòdul era de 108, totes elles penades.

Seguint les fases i etapes de l'audició podem anar assenyalant els diferents elements constitutius d'aquest mètode i les diferències entre el model teòric i la investigació realitzada.

**1ª FASE:**

- Conformació de l'equip
- Formació de l'equip
- Recollida de dades bàsiques

- Elaboració del mostratge (l·listat de testigs privilegiats)
- Organització de l'equip
- Divisió de tasques i col·loquis

L'equip que realitza l'audició, segons Marchioni, ha de coincidir amb el que està intervenint en la comunitat i va a seguir fent-ho després de l'estudi, atès que es busca l'establiment de relacions entre la població i els professionals que treballen habitualment "amb" i "en" ella. Aquest equip ha de caracteritzar-se per:

- a) ésser inter i multidisciplinar
- b) estar expressament constituït per a realitzar l'audició, encara que no tots els components han de participar en totes les fases (2 ó 3 membres cal que assegurin la seua presència continua en totes elles)
- c) tots els membres de l'equip participen en la devolució dels resultats
- d) es necessària una adequada formació de tots els membres
- e) realitzar una escaient distribució i planificació del treball

Aquests criteris contrasten en alguns punts amb la realitat d'aquest estudi. En aquest cas l'equip està constituït per tres estudiants de tercer curs de la diplomatura de treball social i l'investigador d'aquesta tesi. Degut a açò l'equip de treball s'allunya dels plantejaments de Marchioni<sup>92</sup>. Encara que l'investigador de la tesi junt amb els membres del Taller de Salut (un grup de 12 interns/es que duen a terme accions com a agents de salut en el propi centre), realitzaran la devolució de la informació resultant i a partir d'aquest moment intentaran promoure intervencions específiques per a respondre a les demandes detectades. Tant l'investigador com els tres estudiants assistiren a un seminari de formació sobre el mètode abans d'iniciar l'estudi.

La Mostra es va calcular en funció de les característiques de les dones del mòdul, tenint en compte la descripció de l'esmentada població efectuada per la treballadora social del mòdul a partir de les dades recollides en la Fitxa Social de cada interna i considerant tres variables: edat, raça i consum de drogues. D'aquesta manera es determinaren prèviament els diferents grups en funció de les anomenades variables i el nombre de dones que es classificarien en cada grup. El nombre de col·loquis es va fixar en 42, el que significa entrevistar a un 37'8% de l'univers. Com necessàriament calia



entrevistar les testigues privilegiades, com s'observarà en la 2<sup>a</sup> fase del mètode, es considera a aquestes com un grup especial que hi ha que exclou de la mostra. Així, exclòs aquest grup, queda un univers de 108 internes i 38 col·loquis que es divideixen de la següent manera: 32 (29,6%) de les dones del mòdul eren de raça gitana, es van entrevistar 11 internes gitanes (28,9% de la mostra) entre les quals n'hi havia tant consumidores de drogues com no consumidores. La resta de les dones, 76 (70,4%), eren de raça blanca, d'elles es col·loquiaren a 27 (71,1% de la mostra) dones tant consumidores com no consumidores de drogues.

A aquestes internes es va accedir bé mitjançant les 4 internes informadores clau o bé per mitjà de la informació que proporcionava la treballadora social del mòdul.

#### 2<sup>a</sup> FASE:

- Realització dels col·loquis:
  - a) amb les testigues privilegiades
  - b) amb tota la resta
  - c) transcripció dels col·loquis

Els col·loquis són l'eina bàsica i fonamental de l'audició. Són converses en les quals s'hi deixa que la persona col·loquiada parli d'allò que vulga, d'allò que més li abellesca o li preocupi en aqueix moment. El que interessa és conèixer l'opinió totalment lliure de les persones amb les que es va a parlar, deixant-les triar els temes i problemes que consideren més importants. Tot això introdueix una sèrie de canvis respecte d'altres tècniques:

- les persones donen el seu ordre de prioritats als problemes o als aspectes de la vida comunitària que els semblen més importants
- l'audició ha de donar a la persona col·loquiada la sensació d'ésser tinguda en compte com a subjecte
- la població veurà professionals i tècnics en actitud d'escoltar
- en la devolució dels resultats la població comprendrà que se'ls ha pres en compte i la seua actitud a participar serà diferent

Les qüestions rellevants del col·loqui són:

- a) la persona ha d'escollir lliurement els temes i els problemes de la conversa
- b) pot desenvolupar-se solament sobre un tema i/o un problema, en raó que aquest problema centra tota l'atenció de la persona
- c) s'ha d'explicar què és allò que hom pretén amb els col·loquis i quins són els passos següents

Les parts del col·loqui són:

- presentació i explicació: qui realitza el col·loqui, l'equip, quines són les pretensions
- continguts del col·loqui: els tria per la persona i poden tocar molts temes o sols un; pot no ser lineal; n'hi ha que seguir els ritmes, pautes e itineraris de la persona, sense forçar-la; arplega "denúncies", queixes, la descripció d'aspectes i temes considerats negatius i que voldrien millorar o eliminar
- les propostes: el col·loquiador intentarà aconseguir que la persona expresse les seues propostes, idees, opinions respecte "al que cal fer" per a canviar allò que acava de denunciar
- Continuitat de la relació establerta per a fer entendre que:
  - el col·loqui no ha sigut una simple xerrada
  - la relació va a continuar en els temps propers

A més dels col·loquis amb persones "normals" de la comunitat, l'audició necessita, per ser completa i per assegurar el màxim de coneixements, la realització de col·loquis amb els que anomenem testigues privilegiades: persones que tenen o es suposa que poden tenir coneixements, idees, opinions i propostes no exclusivament personals i subjctives sobre els temes que van a ser objecte de l'audició. Aquestos testics privilegiats en el nostre cas foren les propies dones participants del Taller de Salut, que, a la vegada, actuaren com a començament de la cadena presentant i col·laborant en la realització de la resta de col·loquis. Encara que per estar específicament formades com a educadores agents de salut hagen sigut excloses de la mostra final.

La manera d'enregistrar documentalment els col·loquis revesteix certa importància. Són totalment anònims i han d'ésser transcrits immediatament després de la seua realització. En la transcripció hi ha que mantenir la fidelitat als continguts i a les prioritats, però també és important respectar formes idiomàtiques o expressions específiques. Per a facilitar l'enregistrament es va seguir un guió per a poder classificar les opinions expressades. Aquest guió s'elaborà prèviament a la realització dels col·loquis, sense cap pretensió d'individualitzar prioritats ni atribuir més importància a un aspecte que a un altre. (veure apartat de variables)

### **3ª FASE:**

- Elaboració de la informació recollida en els col·loquis
- Escriptura de l'informe final

Una vegada transcrit i ordenat el contingut dels col·loquis, l'equip produirà un informe final que recollirà els resultats de tots els col·loquis, així com de les dades objectives de què disposa l'equip sobre la comunitat.

Per acabar, Marchioni assenyala una 4ª fase.

### **4ª FASE:**

- Pla de devolució
- Devolució
- Plantejament de la intervenció o intervencions, partint de la prioritització

## **VARIABLES.**

Les variables delimitades, com a possibles temes que podien sorgir durant els col·loquis, són:

- ✓ alimentació
- ✓ estils de vida
- ✓ malaltia
- ✓ medicació

- ✓ problemes psicològics
- ✓ depressió
- ✓ sexualitat
- ✓ entorn i habitabilitat
- ✓ informació sobre salut
- ✓ maternitat
- ✓ drogues
- ✓ atenció mèdica
- ✓ SIDA

### **EINES DE TREBALL.**

L'única eina de treball creada és el "guió" per a la recollida de la informació dels col·loquis: consisteix en una fulla en la que figuren les dades sociodemogràfiques que es pregunten inicialment els possibles temes que es preveu hi poden sorgir mentrestant. Aquesta fulla facilita el registre del col·loqui una vegada s'ha realitzat aquest. (Veure Annexe I).

**Figura 3: Dades sociopenitenciàries:**

Edat
Estat Civil
Número de fills
Nivell educatiu
Treball abans d'ingressar a la presó
Temps que ha passat en presó
Temps que porta en aquest centre
Temps previsible per a eixir en llibertat
Nombre i tipus d'activitats del centre en què participa

**Figura 4: Guió de Temes:**

<b>Alimentació</b>	
<b>Estils de vida</b>	
<b>Malaltia</b>	
<b>Medicació</b>	
<b>Problemes Psic.</b>	
<b>Depressió</b>	
<b>Sexualitat</b>	
<b>Entorn/habitab.</b>	
<b>Informac. Salut</b>	
<b>Maternitat</b>	
<b>Drogues</b>	
<b>Atenció Mèdica</b>	
<b>SIDA</b>	
<b>PROPOSTES</b>	

## **RECOLLIDA I ANÀLISI DE DADES.**

Els col·loquis es realitzaren en el menjador del mòdul, normalment pels matins entre les 9.30 i les 13.00, hora en que comença la primera tanda dels dinars, encara que les últimes setmanes es feien per les vesprades per a poder col·loquiar amb aquelles internes que pels matins tenien tallers, destins i altres activitats.

El nombre de col·loquis per cada membre de l'equip no va excedir de 2 en cada sessió, per a evitar així una pèrdua de concentració i retenció d'informació.

Cada investigador es col·locava front a la persona col·loquiada en una taula del menjador i iniciava primerament una presa de contacte i relació informal, per a posteriorment començar el col·loqui d'una forma estructurada. El col·loqui s'iniciava seguint aquests passos:

- presentació personal: qui som, què pretenem amb aquesta investigació, per a què hom utilitzarà la informació recollida, des d'on es planteja aquest treball
- invitació a la presentació de la col·loquiada: nom, edat, estat civil, estudis, professió habitual abans del seu ingrés, fills, procedència, temps d'estada en

presó, temps de condemna, destí, taller o activitats que realitza, i altres dades personals que lliurement la col·loquiada volguera ressenyar

- explicació de la tècnica de l'audició: en què consisteix el col·loqui, i el perquè hem elegit aquesta tècnica. Se li pregunta sobre què entén ella pel concepte de Salut, i se li assegura la completa confidencialitat de tot allò que vulga dir en el col·loqui, així com que els resultats del treball se li comunicaran en un temps no superior a 3 mesos, per mitjà d'una xerrada o conferència

Les preguntes formulades foren les següents:

¿Quins problemes o qüestions de salut consideres que més et preocupen a tu i a les internes del mòdul 8?

Una vegada contestada la primera qüestió, hom feia una segona pregunta:

¿Què propostes suggeriries per a poder solucionar o millorar els problemes que has esmentat ?

Encara que aquesta pregunta no es va formular en el present estudi, en la tècnica de l'audició es planteja una tercera qüestió:

¿Estaries disposta a participar en alguna activitat o taller que es poguera plantejar en relació a aquests temes?

Mentre es realitza el col·loqui, l'entrevistador es limita a formular les preguntes sense suggerir cap altre tema, ni plantejar cap altra qüestió. La fi del col·loqui l'assenyalen les pròpies internes quan ja no tenen cap informació que aportar. No es realitzen anotacions mentrestant es realitza el col·loqui. Una vegada finalitzada la conversa i després d'agrair-li la seua disponibilitat, cada investigador inicia el procés de recollida d'informació, tractant de transcriure tot allò dit per la col·loquiada, tot respectant al màxim les seues expressions originals. La durada aproximada dels col·loquis de quaranta cinc minuts.

## **B.- IDENTIFICACIÓ DE CONEIXEMENTS, ACTITUTS I PRÀCTIQUES DE RISC RESPECTE A LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA EN LES DONES PENADES D'UN CENTRE PENITENCIARI.**

---

### **DISSENY.**

És un estudi descriptiu basat en la realització d'un qüestionari de preguntes tancades per mitjà d'una entrevistadora entrenada per tal efecte.

### **MOSTRA.**

A causa del temps transcorregut entre els dos estudis i a la gran mobilitat de la població femenina penitenciària, les persones que componen aquesta mostra són totalment diferents a les de l'estudi anterior, l'audició.

D'una població de 140 internes (en aquest moment n'hi havien al mòdul tant internes preventives com penades), les quals pertanyien al Mòdul 8, mòdul de dones del Centre de Compliment de l'Establiment Penitenciari de València, se seleccionaren el total de dones que essent penades (és a dir que estaven complint condemna després de sentència) tenien menys de 45 anys.

Hom va elegir les dones penades perquè presenten una major adaptació al medi, ja que saben que van a estar en presó un temps més o menys concret. Aquest fet contribueix a poder intervindre en elles més temps i amb unes majors condicions d'estabilitat que amb les dones preventives, les quals poden ser posades en llibertat o traslladades amb més probabilitat.

L'observació dels diferents professionals que treballen en contacte directe amb les dones del mòdul, ens va indicar que les majors de 45 anys a penes hi tenien relacions sexuals dins del centre i no n'hi havia cap que aparentment fóra "ex" o consumidora actual de drogues per via parenteral. Així, les de menys de 45 anys eren les que podien presentar potencialment conductes de risc en relació a la infecció per VIH.

Amb els informes de la Treballadora Social i de l'Educadora del mòdul, foren seleccionades 47 internes, la totalitat de les dones que complien els dos anteriors criteris: tindre 45 anys o menys de 45 i ésser penades. Durant el temps de realització de les

entrevistes, nou foren traslladades a altres centres, tot obtenint una mostra de 38 internes. Al llistat inicial no s'afegí cap nova interna encara que durant aquests mesos hagués complert els criteris de selecció.

## **EINES I VARIABLES UTILITZADES.**

El qüestionari utilitzat es basa en una enquesta que s'ha emprat al Centre d'Informació per a la Prevenció de la Sida de València, que fou adaptada a la situació de les dones en el medi penitenciari (Veure Annex II). Després d'aquesta adequació, es passaren 5 enquestes pilot i es realitzaren les modificacions corresponents. Les qüestions referides a compartir material d'injecció així com al consum de drogues en el període d'estada en presó, no foren autoritzades per la Subdirecció General de Sanitat Penitenciària. Aquest qüestionari té les següents parts:

- 1<sup>a</sup> Recull les variables sociodemogràfiques i penitenciàries: edat, estat civil, nivell d'instrucció abans de l'ingrés a la presó, situació laboral, temps que ha passat en presó i edat del primer ingrés a un centre penitenciari
  
- 2<sup>a</sup> Està basada en el qüestionari de la NIDA (22) i recull les variables: informació sobre formes de transmissió i control de la infecció per VIH i conductes sexuals de risc respecte al VIH
  
- 3<sup>a</sup> Aquesta part ha estat construïda "ad hoc" i conté les variables: risc percebut, norma subjectiva i eficàcia percebuda sobre els mecanismes de reducció de risc, així com les conseqüències i intencions de seguir pràctiques sexuals segures

## **VARIABLES**

**Edat:** variable quantitativa discreta que recull l'edat en anys del subjecte que participa en l'entrevista. Escala: nombre d'anys.



**Estat civil:** variable categòrica nominal que recull l'estat civil dels subjectes de l'estudi en el moment de realitzar-se aquest. Escala: 1. Soltera; 2. Casada; 3. Divorciada; 4. Separada; 5. Vídua; 6. Altres.

**Nivell d'instrucció:** variable categòrica nominal que recull el nivell d'instrucció de les entrevistades. Escala: 1. No sap llegir; 2. Bàsica Incompleta; 3. Bàsica Completa; 4. Batxiller Superior; 5. Formació Professional; 6. Estudis Superiors de Grau Mitjà; 7. Estudis Superiors de Grau Superior. Les respostes s'agruparen en tres grups: 1. Estudis bàsics incomplets; 2. Estudis bàsics complets o formació professional; 3. Batxillerat i estudis universitaris.

**Situació laboral abans d'entrar a la presó:** variable categòrica nominal que recull la situació laboral en el darrer any abans d'ingressar a la presó. Escala: 1. Treballant; 2. Atur; 3. Jubilació; 4. Estudiant; 5. Mestressa de casa; 6. Altres. Aquesta variable s'ha transformat posteriorment en dues: 1. Estar Treballant; 2. Atur, Mestressa de casa i Altres.

**Font principal d'ingressos abans d'entrar a la presó:** variable categòrica nominal que recull la font principal d'ingressos abans de l'entrada a la presó. A cada ítem es podia contestar: 1. Sí; 2. No; 3. No contesta. Els ítems eren: Treball, Cobertura de Desocupació, Beneficència, Amics-família-cònjuge, fonts il·legals o probablement il·legals, Treball esporàdic i altres. Les respostes s'agruparen en tres grups: 1. Treball o Subsidi; 2. Activitats Il·legals; 3. Aportacions Familiars.

**Primer ingrés a la presó:** variable categòrica nominal que enregistra si l'estada actual al centre penitenciari és o no la seua primera estada a la presó. Escala: 1. SI, és la primera vegada que està a la presó; 2. NO, ha estat altres vegades a banda d'aquesta a la presó.

**Edat del primer ingrés a la presó:** variable quantitativa discreta que es refereix a l'edat en anys que tenien les entrevistades quan ingressaren per primera vegada en un centre penitenciari. Escala: nombre d'anys.

**Temps efectiu passat a la presó:** variable quantitativa discreta que mesura el temps total en mesos que les participants refereixen haver passat a la presó des del seu primer ingrés fins el moment d'omplir el qüestionari. Escala: nombre de mesos. Aquesta variable s'ha categoritzat després en tres grups: 1. Menys d'un any; 2. Entre 1 i 3 anys; 3. Més de 3 anys de temps efectiu passat a la presó.

**Temps que pensen els queda per passar a la presó:** variable quantitativa discreta que mesura el temps en mesos que les enquestades calculen els hi queda passar en presó des del moment d'omplir el qüestionari. Escala: nombre de mesos. Aquesta variable s'ha categoritzat després en tres grups: 1. Menys de sis mesos; 2. Entre 6 i 12 mesos; 3. Més de 12 mesos de temps que pensen els queda per passar a la presó.

**Fonts d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA.** Es valoren 18 ítems, cadascun representa un medi o font d'obtenció d'informació sobre la SIDA. Cada ítem pot considerar-se com una variable categòrica nominal dicotòmica a la qual el subjecte pot contestar "vertader", "fals" o "no ho sé". (Veure Taula 4)

**Taula 4. Fonts d'Informació sobre la Infecció per VIH/SIDA.**

A-	Televisión
B-	Radio.
C-	Prensa.
D-	Folletos, posters.
E-	Programa de tractament de drogues.
F-	Hospital.
G-	Especialista del C.P.
H-	Médico del C.P.
I-	Trabajador Social del C.P.
J-	Psicólogo del C.P.
K-	Educador del C.P.
L-	Funcionario del C.P.
M-	Otros del C.P. (.....)
N-	Pareja.
O-	Familia (no esposo)
P-	Amigo/a
Q-	Compañera de celda
R-	Otros

**Informació sobre la infecció per VIH/SIDA.** Es valoren 19 ítems. Cadascun dels ítems del qüestionari d'informació pot considerar-se com una variable categòrica nominal dicotòmica a la que el subjecte pot contestar “vertader”, “fals” o “no ho sé”. (Veure Taula 5)

**Valoració global del qüestionari d'informació sobre VIH/SIDA:** tot sumant les puntuacions obtingudes en cadascun dels ítems, donant-li valor 1 a la resposta correcta i 0 a la incorrecta, es calcula la puntuació total obtinguda.

**Nombre de parelles d'ençà que són al centre de compliment de València:** variable categòrica ordinal que recull el nombre de parelles amb els qui han mantingut relacions sexuals des que han ingressat en aquest centre fins al moment de l'estudi. Escala: 1. Cap parella; 2. Una parella; 3. Més d'una parella, indica el número.

**Nombre de relacions sexuals que s'han tingut en els darrers tres mesos:** variable quantitativa discreta que enregistra el nombre de relacions sexuals que s'ha tingut en els tres mesos previs a la realització del qüestionari. Escala: nombre de relacions sexuals.

**Ús Referit del Preservatiu:** variable categòrica nominal que recull la freqüència referida de l'ús del preservatiu en les tres relacions sexuals prèvies al moment d'omplir el qüestionari. Escala: 1. Les tres vegades, sempre; 2. Una o dues vegades; 3. Cap vegada

**Seropositivitat al VIH:** variable categòrica nominal que enregistra si el subjecte en el moment de l'estudi sap si és o no portador del VIH. Escala: 1. Sí; 2. No; 3. No està segura; 4. No contesta.

**Parella portadora de VIH:** variable categòrica nominal que enregistra si la parella amb la que mantenen actualment relacions sexuals és o no portadora del VIH. Escala: 1. Sí, segur; 2. No, segur; 3. No sé, no estic segura.

**Taula 5. Ítems del Qüestionari sobre Informació sobre VIH/SIDA**

1. .Si el resultado del test de una persona es positivo, significa que tiene SIDA
2. Si se mantienen relaciones sexuales sólo con una pareja, no se puede contagiar con el virus
3. No se puede contagiar si se utilizan jeringuillas compradas a un compañero
4. Estrechando la mano o tocando a alguien infectado se puede contraer la infección
5. Utilizar el preservativo cuando se mantienen relaciones sexuales evita el contagio
6. Tu puedes coger el virus dando sangre o plasma
7. Una mujer embarazada infectada puede transmitir el virus a su hijo que está por nacer
8. Limpiar las jeringuillas con agua es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA
9. Se puede coger el virus si se come en un restaurante donde el cocinero tiene SIDA
10. Limpiar las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA
11. Si practico solamente sexo por boca puedo evitar el SIDA
12. Se puede contraer el SIDA compartiendo toallas.
13. Se puede contraer el SIDA si se mantienen relaciones sexuales con un hombre que ha mantenido relaciones con otros hombres
14. Al realizar sexo por boca, si se evita la eyaculación se evita el contagio
15. El SIDA se puede contraer al masturbar a la pareja.
16. El virus del SIDA se puede contraer al compartir jeringuillas utilizadas por otra persona
17. El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de las "chutas"
18. Se puede transmitir este virus al compartir vasos o cubiertos
19. El SIDA se contagia si se comparte diariamente la taza delWC.

**Consum de drogues abans d'ingressar a la presó:** variable categòrica nominal que recull si l'entrevistada consumia drogues abans d'ingressar a la presó. A cada ítem es pot contestar Sí, sí consumia la substància; No, si no la consumia. Si contestava "Sí" s'indicava la data d'inici del consum. Ítems: Cigarretes, Alcohol, Coles, Altres Inhalants, Marihuana o Hachis, LSD/Àcid, Anfetamines, Mescalina, Vàlium/Ansiolítics, Rohipnol, Buprex, Heroïna, Metadona, Coca, Crak, Altres.

**Ús compartit de xeringues abans d'entrar a la presó:** variable categòrica ordinal que recull la freqüència amb que les entrevistades han compartit xeringues per al consum de drogues en els tres darrers mesos previs a l'entrada en presó. Escala: 1. Sempre; 2. Més de la meitat del temps; 3. Sobre la meitat del temps; 4. Menys de la meitat del temps; 5. Mai.

**Accés al preservatiu en la presó:** variable categòrica ordinal que recull la percepció del grau d'accés al preservatiu en el centre penitenciari que l'entrevistada té. Escala:

**FACIL DE ----- DIFICIL DE**  
**CONSEGUIR 1 2 3 4 5 6 7 CONSEGUIR**  
**A MEDIAS**

**Percepció de la comoditat de l'ús del preservatiu:** variable categòrica ordinal que recull la percepció del grau de comoditat en l'ús del preservatiu. Escala:

**CÓMODO ..... INCOMODO**  
**1 2 3 4 5 6 7**  
**A MEDIAS**

**Eficàcia:** variable categòrica ordinal que recull la percepció de la capacitat de realitzar pràctiques preventives en cadascuna de les situacions descrites en cada ítem (Veure Taula 3). Escala:

**CAPAZ DE ----- INCAPAZ DE**  
**HACERLO 1 2 3 4 5 6 7 HACERLO**  
**A MEDIAS**

**Norma Subjectiva:** variable categòrica ordinal que recull l'opinió de les entrevistades sobre el que pensen les persones que consideren importants per a elles mateixes en relació a l'ús del preservatiu. En primer lloc se demana que l'entrevistada identifique 4 persones que considere importants tot anotant-se el tipus de relació que hi existeix entre les persones escollides i l'entrevistada (parella, amic, pare, germana...)

Dime el nombre de 4 personas importantes per a tí:

	TIPO DE RELACIÓN	
A -----	-----	-----
B -----	-----	-----

C -----

D -----

**Taula 6. Ítems de l'escala d'eficàcia.**

1. Soy capaz de utilizar un preservativo, aun cuando mi pareja lo considere ridículo
2. Soy capaz de utilizar un preservativo, aun cuando mi parejame diga que pierde placer
3. Soy capaz de utilizar un preservativo, aun cuando mi pareja me diga que pierde placer Soy capaz de pedirle a mi pareja que use el preservativo
4. Soy capaz de preguntarle a mi pareja si es portador/a
5. Soy capaz de utilizar preservativo siempre
6. Soy capaz de renunciar a la penetración si no puedo utilizar el preservativo
7. Soy capaz de renunciar a la relación si no puedo utilizar un preservativo
8. Soy capaz si no tengo preservativo, de renunciar a una relación sexual aun teniendo muchos deseos de hacerlo
9. Si no tengo preservativo soy capaz de renunciar a una relación aun cuando mi pareja me insista
10. Si no tengo preservativo, soy capaz de renunciar a una relación aun cuando mi pareja se enfade
11. Soy capaz de evitar relaciones sexuales con personas que no conozco intimamente

Respecte a cadascuna de les persones que ha identificat com importants, es pregunten dues qüestions:

**1.- PIENSA QUE DEBO USAR PRESERVATIVO SI TENGO UNA RELACIÓN SEXUAL CON ALGUIEN DESCONOCIDO.**

**PROBABLE ----- IMPROBABLE**  
**QUE LO            1 2 3 4 5 6 7 QUE LO PIENSE**  
**PIENSE            A MEDIAS**

**2.- CREO QUE ----- CREO QUE NO**  
**DEBO HACER 1 2 3 4 5 6 7 DEBO HACER**  
**LO QUE            A MEDIAS            LO QUE PIENSA**  
**PIENSA**

**Conseqüències d'utilitzar el preservatiu:** variable categòrica ordinal que recull la percepció de les conseqüències per als altres si utilitzen el preservatiu. Escala:

**SI LOS DEMAS UTILIZAN EL PRESERVATIVO EVITARAN EL CONTAGIO**

**PROBABLE ----- IMPROBABLE**  
**1 2 3 4 5 6 7**  
**A MEDIAS**

**Intenció en mantindre conductes preventives:** variable categòrica ordinal que recull la intenció en mantindre conductes preventives en relació al VIH/SIDA i al consum de drogues per via parenteral, en cadascuna de les situacions decrites en cada ítem (Veure Taula 7). Escala:



**Taula 7. Ítems de l'Escala d'Intencions.**

A continuación voy a leer una serie de acciones, por favor indícame señalando la probabilidad de que realices cada una de ellas, a lo largo del próximo mes.

PROBABLE -----IMPROBABLE

1 2 3 4 5 6 7

A MEDIAS

¿En que medida piensas que...?

1. Utilizarás el preservativo siempre
2. Reducirás la frecuencia de penetración
3. Reducirás la frecuencia de sexo por boca
4. Dejarás de mantener relaciones sexuales
5. Siempre llevarás contigo un preservativo
6. Evitarás quedarte embarazada

SOLO EX AVDP

7. Te mantendrás sin consumir heroína toda tu vida
8. Te mantendrás sin consumir cocaína toda tu vida
9. Reducirás tus relaciones con ADVP

**Conseqüències de realitzar comportaments preventius:** variable categòrica ordinal que recull l'opinió sobre les conseqüències negatives d'utilitzar el preservatiu (ítems del 1 al 10) i les positives (ítem del 11 al 13)(Veure Taula 5).  
Escala:

BUENO -----MALO

1 2 3 4 5 6 7

A MEDIAS

**Taula 8. Escala de Conseqüències.**

1. Si utilizo preservativo haré el ridículo
  2. Si utilizo el preservativo puedo perder la erección
  3. Si utilizo el preservativo mi pareja pensará que tengo la infección
  4. Si utilizo el preservativo mi pareja pensará que no me fio de él/ella
  5. Si utilizo preservativo me quitaré placer sexual
  6. Si utilizo preservativo puedo estropear la situación
  7. Si pienso en las practicas de riesgo no puedo disfrutar
  8. El preservativo me impide dejarme llevar
  9. Utilizar el preservativo condiciona mi libertad
  10. Utilizar el preservativo quita encanto a la situación
- PARA VIH+ (Percibido)
11. Si utilizo el preservativo evitaré la reinfección
  12. Si utilizo el preservativo evitaré infectar a mi pareja
  13. Si utilizo el preservativo evitaré el embarazo

## ANÀLISI ESTADÍSTICA

S'ha fet una anàlisi descriptiva amb les freqüències i percentatges de les respostes a cadascuna de les variables. Les operacions han estat realitzades per mitjà del paquet estadístic SPSS+.

Finalment cal dir que en aquestes variables: Eficàcia, Intenció, Conseqüències, a l'hora d'exposar els resultats, es consideren els dos nivells més extrems de l'escala: 1 i 2 per una banda, i 6 i 7 per l'altra. Quan la resposta es destaca per la indefinició en situar-se al voltant del valor 4, també s'indica. Per exemple a la pregunta "consideres el preservatiu..."

1      2      3      4      5      6      7

CÒMODE

INCÒMODE

En l'apartat de resultats ho trobem expressat tot dient que, mentre un 47% manifesta que és incòmode (recull les puntuacions 6 i 7), un 31% (puntuacions 1 i 2) pensa en canvi que és còmode i un 32% es defineix en el terme mig entre incomoditat i comoditat (puntuacions 3, 4 i 5).

### **3.2.2.- DISSENY DEL PROGRAMA: L'ACCIÓ ¿QUÈ FER? ¿COM?**

#### **A.- FÒRUM COMUNITARI: COM LLUITAR CONTRA LA SIDA DES DEL MEDI PENITENCIARI.**

##### **DISSENY.**

El fòrum comunitari és una assemblea oberta a tots els membres d'una comunitat determinada. No es limita de cap manera la participació, cada membre de la comunitat és considerat important i se l'anima a acudir i a expressar-se públicament sobre un tema determinat, en aquest cas sobre "com lluitar contra la SIDA des del medi penitenciar"<sup>8</sup>. S'utilitza normalment per a identificar problemes i necessitats de salut, encara que en aquest cas s'haja emprat per a recollir propostes i solucions al tema plantejat.

##### **MOSTRA.**

L'univers fou el conjunt de població del Centre de Compliment de València, entre 1200 i 1300 interns i internes; voluntàriament assistiren als foros un total de 347 interns/as. A diferència dels dos estudis precedents d'aquesta investigació, en el Fòrum Comunitari la mostra s'amplià al conjunt de població penitenciària i no sols al col·lectiu de dones, amb la intenció de recollir un major nombre de propostes i aconseguir una visió més global del tema, comptant amb l'opinió d'una representació del total de població del centre, incloent als hòmens.

##### **PROCEDIMENT.**

Com s'ha comentat amplament en la introducció, l'èxit de les intervencions en salut (també en la prevenció i lluita contra la SIDA) depèn en gran mesura d'una exhaustiva anàlisi del problema o situació objete de la intervenció; anàlisi que ha de partir de les necessitats i opinions dels propis implicats i que els incorpore al procés, per mitjà de canals participatius, de recerca de solucions practicables front a la situació o

problema. Els membres del Taller de Salut acompanyats per un professor/a, un educador i dos metges del centre (uno d'ells l'investigador d'aquesta tesi), recolliren en cadascun dels 10 mòduls del centre, l'opinió d'interns i internes sobre com lluitar contra la SIDA des del propi medi.

A les escoles de cada mòdul fou convocada una reunió. A aquesta es convidà (per cartells, per mitjà dels professors i per megafonia) tant als alumnes de l'escola com a la resta d'interns/es dels mòduls.



En cadascuna de les 10 reunions, es va col·locar en la sala un gran mural en blanc encapçalat pel títol "EXPRESA, EXPRESATE... CÓMO LUCHAR CONTRA EL SIDA EN EL MEDIO PENITENCIARIO" i amb una fotografia-pòster en la zona central (el·laborada pel Taller) que mostrava una parella amb un preservatiu en la mà. Un membre del Taller de Salut introduïa la sessió presentant-la en el marc de la celebració del Dia Mundial de la SIDA i convidava als participants a expressar les seues idees i opinions. Tot seguit es formulaven unes qüestions sobre la consciència d'autocura, el respecte per la pròpia salut i la dels altres i sobre les formes d'evitar la infecció/reinfecció

(Veure Anexe III). Després d'un temps de debat i discussió es convidava als assistents a escriure en el mural les seues propostes. Aquestes es redactaven individualment (sense límit de nombre) i les col·locaven en forma de pegatines en l'esmentat mural.

#### **EINES.**

- ✓ Cartell anunciador
- ✓ Mural amb pregunta i pòster central
- ✓ Preguntes per a fomentar el debat i la discussió

#### **ANÀLISI.**

S'avaluaren per un costat, totes i cadascuna de les 10 reunions realitzades. Els membres del Taller de Salut analitzaren com s'havien sentit ells mateixos, com havia sigut la participació dels assistents i el paper dels professionals, finalment s'assenyalaren els aspectes positius i negatius del Fòrum. D'altra banda es recolliren totes les propostes i es classificaren segons qui era el destinatari de les mateixes (interns/es, professionals, administració) i després segons el seu contingut. Finalment s'elaboraren unes conclusions. Per afavorir l'elaboració d'un document-síntesi de tot el procés, es convidà als membres del Taller de Salut a participar en la dinàmica "El Joc del Més Enllà" que pretén identificar quines són les solucions al problema de la SIDA en el medi penitenciari en un escenari "ideal", sense límits en quant a recursos i fent compte que es té l'autoritat i la possibilitat de dur-les a terme.

#### **B.- OPINIÓ DE PROFESSIONALS, EXPERTS I INTERNS/ES A PROPÒSIT DEL PROGRAMA.**

---

#### **DISSENY.**

És un estudi descriptiu que es realitza per a recollir l'opinió de les internes; professionals de la salut i directius del centre penitenciari; i experts en promoció de la salut. Mitjançant entrevistes semiestructurades, en el cas de les internes, o per mitjà de qüestionaris autoemplenats, en el cas de la resta d'implicats, s'obté informació en relació als possibles continguts a desenvolupar i les característiques més rellevants (qui és l'equip de persones responsables, com s'implanta, com seran les sessions, etc.) d'un futur

programa educatiu per a la prevenció del VIH/SIDA adreçat a les dones penades d'un centre penitenciari.

### **MOSTRA.**

**Dones Penades:** en quant a les dones, es seleccionaren aquelles que estant penades, és a dir estaven complint condemna després de sentència, tenien menys de 45 anys. És el mateix grup de dones que participaren a l'estudi de coneixements, actituds i pràctiques de risc: 38 dones. (Veure Estudi de Necessitats, apartat B).

**Professionals, directius i experts:** pel que fa als professionals de la salut, es recollí informació de 6 dels 8 metges en plantilla del centre (2 no contestaren), 2 dels 4 infermers del centre (2 no contestaren) i un ajudant de laboratori (l'únic en plantilla); tots els membres de la direcció del centre (director, subdirectora mèdica, subdirectora de tractament, de règim, de seguretat i administrador); i 4 experts en promoció de la salut. Suposen un total de 19 persones; 9 professionals de la salut, 6 directius i 4 experts.

### **PROCEDIMENT.**

**Entrevista Dones:** es va elaborar un guió per a l'entrevista tot partint de l'experiència de dos experts en programes de promoció de la salut i prevenció de VIH/SIDA i a partir de dues sessions informatives sobre la SIDA amb dos grups de 8 i 10 dones empresonades, on es recolliren els seus principals dubtes, seguint l'esquema de sessió que es reflexa al següent quadre.

**Figura nº 5: Guió de qüestions plantejades en las sessions informatives que serviren de base per a elaborar l'entrevista amb les dones:**

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Significado de las siglas VIH y SIDA.</li><li>- ¿Cómo se transmite el virus del SIDA?</li><li>- ¿Cómo se puede evitar su transmisión?</li><li>- ¿Sobre qué temas te gustaría hablar con más profundidad en relación al SIDA?</li><li>- ¿Qué cosas te gustaría aprender para evitar la transmisión del VIH/SIDA?</li><li>- ¿De qué manera te gustaría hablar o aprender cosas sobre el SIDA?</li></ul> |
|---|

En el guió de l'entrevista (Anexe IV) cada apartat a valorar del programa: persones preferides per a desenvolupar-lo, tipus de continguts, habilitats a adquirir, i metodologia; té uns ítems com a possibles respostes que la interna havia d'ordenar de major a menor preferència. L'entrevistador/a presentava els ítems en forma de cartolines separades (una cartolina per cada ítem) i així facilitar la seua ordenació.

**Professionals, directius i experts.** El qüestionari autoadministrat fou elaborat a partir de 4 entrevistes, realitzades per l'investigador a la subdirectora mèdica, a dues metges i a un infermer del centre. El guió d'aquesta entrevista ve explicat al següent quadre.

**Figura nº 6: Guió d'entrevista als professionals per a elaborar el qüestionari autocomplimentat:**

<p>Quins aspectes haurien de tenir-se en compte a l'hora de dissenyar i dur a terme un programa educatiu per a la prevenció de la SIDA en dones penades en relació a:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- equips de professionals implicats</li><li>- forma d'implantar el programa</li><li>- tipus d'activitats</li><li>- nombre de sessions, duració i nombre de participants</li><li>- relació del programa amb les activitats habituals del centre</li></ul> <p><input type="checkbox"/> Altres.</p>
--

Dels resultats de les quatre entrevistes es va elaborar el qüestionari tot concretant-se els ítems a valorar per a cadascun d'aquests apartats, i afegint els mateixos ítems de l'entrevista a les internes (Veure Anexe IV). El format final era el d'un qüestionari autoempenat que l'investigador donava al professional tot recollint-lo a les dues o tres dies.

Tant en el cas de les dones com dels professionals, cadascun dels apartats tenia un espai en blanc per poder afegir ítems que no estigueren contemplats. També es podien enregistrar altres observacions o suggerències que volgueren aportar.

## **ANÀLISI.**

Sols s'han puntuat els quatre ítems de cada apartat de l'enquesta o entrevista més valorats pels participants (els ordenats en primer, segon, tercer i quart lloc), s'han atorgat 4 punts a la resposta classificada en primer lloc per l'entrevistat/ada, 3 per al segon, 2 per al tercer i 1 punt per al quart. A la fi s'ha tret una puntuació global per a cada ítem tot sumant les puntuacions individuals. També s'han calculat els percentatges del nombre de subjectes que han atorgat la màxima valoració (4 punts) a cada ítem.

## **C.- DESCRIPCIÓ DEL PROGRAMA, L'ACCIÓ.**

---

Tenint en compte els principis i ferramentes de la promoció de la salut i a partir de les necessitats detectades (per mitjà de l'Audició i de l'Estudi sobre Coneixements, Actituts i Pràctiques de Risc en les Dones Penades) i de les conclusions derivades de les opinions d'interns/es, professionals i directius del medi penitenciari i experts (Fòrum Comunitari i Opinió pel que fa al Programa); es defineix el programa, la població a què anirà adreçades i es formulen els objectius que es pretenen aconseguir.

A partir dels objectius de la intervenció, es concreten les activitats i els recursos necessaris (materials, personals i financers) per aconseguir-los. El disseny del programa s'ha realitzat considerant els propis coneixements i experiències, i aquells afegits per altres intervencions basades en l'actuació sobre els determinants de conducta.



### **3.2.3.- AVALUACIÓ DEL PROCÉS**

#### **MOSTRA**

La població objecte de la intervenció la formen les parelles d'internes i interns que, estant ambdós ingressats al Centre de Compliment de l'establiment Penitenciari de València, mantenen comunicacions íntimes una vegada al mes (segons el que preveu el Reglament Penitenciari). Per accedir a aquestes comunicacions ambdós membres de la parella han de sol·licitar-ho a la direcció del centre que serà qui les autoritze en funció de la disponibilitat d'espai i temps. Els interns i internes no podran canviar de parella per a aquestes comunicacions al menys en tres mesos. Segons dades del propi departament de comunicacions del centre, el nombre d'aquestes parelles oscil·la entre 30 i 40 per mes.

Amb la intenció que aquest grup de parelles accedira al programa, aquest es presentà al conjunt d'internes que apareixia en el llistat de comunicacions del centre en l'edició del programa de 1995 i a totes les internes que voluntàriament acudiren a una sessió informativa sobre el programa en l'edició de 1996.

En aquesta segona edició del programa, també s'oferí a totes les dones que estigueren interessades encara que no tingueren la seua parella en el centre i també a un grup d'homes homosexuals que havia manifestat interès en participar en un taller adreçat a ells mateixos. Aquest últim grup es formà per mitjà d'un informador clau que contactà amb cadascun dels participants.

Els detalls sobre el nombre i la forma de seleccionar als participants vindran reflexats en la Descripció de la Intervenció, dins de l'apartat de Resultats.

#### **DISSENY I PROCEDIMENT**

La informació necessària per a la realització de l'avaluació del procés es va obtindre per mitjà de:

1. Registre d'opinions (aspectes negatius, aspectes positius i suggerències) de la població diana després de la intervenció.
2. Registre d'incidències ocorregudes durant les activitats mitjançant les fulles d'observació de cada sessió del taller especificada per activitats (Anexe V). Coherència interna entre objectius específics, activitats proposades, temps assignats per a cada activitat, participació i implicació dels participants, materials i recursos adequats.
3. Opinions dels professionals que impartiren els Tallers al finalitzar aquestos: anàlisi de les opinions dels participants i de les fulles d'observació, aspectes negatius, aspectes positius, adequació de materials i recursos, percepció d'haver aconseguit els objectius proposats i suggerències per millorar les intervencions futures.

## **VARIABLES**

---

Per a l'avaluació del procés s'han considerat els següents aspectes:

### **A) COBERTURA DELS TALLERS.**

- Participants possibles (població diana).
- Participants inscrits voluntàriament.
- Participants assistents als tallers.
- Motius de les absències: es recaptà informació per mitjà dels companys assistents, parella o funcionari.

### **B) ACTIVITATS.**

S'han enregistrat els continguts i activitats. S'especifica si s'han realitzat o no, assenyalant els motius de l'incompliment o dels canvis efectuats, així com les dificultats observades.

### **C) OPINIÓ DELS PARTICIPANTS.**

Es formularen preguntes de contestació oral o escrita sobre els aspectes positius, aspectes negatius i suggerències respecte als continguts, els monitors, les activitats del Taller.

#### **D) OPINIONS DELS PROFESSIONALS I RECOMANACIONS.**

Es recolliren les observacions realitzades pels educadors del Taller.

#### **RECURSOS I MATERIALS UTILITZATS.**

Es recull l'opinió dels professionals després de l'experiència sobre l'adequació d'aquestos al públic, a les activitats realitzades i al temps disponible.

### **3.2.4.- AVALUACIÓ DELS RESULTATS**

- A) Disseny
- B) Mostra
- C) Procediment (fases de l'estudi)
- D) Variables estudiades
- E) Instruments utilitzats
- F) Anàlisi estadística

#### **A.- DISSENY**

---

Per a l'avaluació de l'impacte del programa s'han utilitzat medicions pretest i postest en un sol grup, la medicció pretest es realitzà abans de l'inici de la primera sessió del Taller i la postest al mes d'haver-lo finalitzat. És doncs un estudi avaluatiu pre-post sense grup control.

#### **B.- POBLACIÓ A ESTUDI**

---

La població de l'estudi està formada per parelles de interns/es que mantenien comunicacions íntimes (vis à vis) en el centre penitenciari durant el període de

reclutament del programa i que voluntàriament volgueren participar en aquest. En l'edició de 1996 s'afegiren a aquestes parelles, un grup de dones que tot i sense parella, s'inscrivieren al programa i un grup d'homes homosexuals que també volgueren participar.

El pretest ha sigut realitzat per 154 persones (94 procedents de l'edició de 1995 i 60 de la de 1996), però sols 113 efectuaren el posttest, per la qual cosa sols s'ha considerat en aquest estudi a aquestos 113.

Dels participants en els tallers que no es disposa posttest (pèrdues, N=41) i dels 113 que s'inclouen en l'estudi pre-post, s'ha realitzat una anàlisi estadística descriptiva d'ambdós grups i s'ha procedit a la seua comparació per a descartar que existeisquen diferències significatives entre les ambdues poblacions.

## **C.- PROCEDIMENT**

---

L'estudi s'ha dividit en dues fases: la primera és una anàlisi comparativa d'ambdues mostres (41 persones sobre les quals no s'ha pogut efectuar l'estudi pre-post i les 113 sobre les quals sí s'ha realitzat) en quant a coneixements, actituds i pràctiques de risc abans d'iniciar el programa. La segona fase consisteix en la medició dels efectes aconseguits en la població de la que disposem informació pre i post, 113, comparant els resultats previs a la intervenció amb els posteriors a aquesta, primer d'una manera descriptiva i posteriorment estratificant els resultats en funció de determinades variables.

## **D.- VARIABLES\***

---

### **D.1.- VARIABLES SOCIOPENITENCIÀRIES**

**Edició:** variable categòrica nominal que recull l'any d'edició del programa en que s'ha participat. Escala: 1. 1995; 2. 1996.

---

\* (\*) Variables sols considerades en l'edició de 1995. (\*\*) Ídem sols en la de 1996. Sense asterisc, variables considerades en ambdues edicions.

**Identificació:** variable categòrica nominal que registra a cadascun dels subjectes per a poder comparar les respostes prèvies amb les posteriors a la intervenció. Escala: las dos primeras iniciales del primer y segundo apellido.

**Edat:** variable quantitativa discreta que recull l'edat en anys del subjecte que participa en el programa en el moment previ a començar aquest. Escala: número de años.

Aquesta variable s'ha categoritzat posteriorment en quatre grups: 1. Menores de 21 años; 2. Entre 22 y 25 años; 3. Entre 26 y 35 años; 4. Mayores de 35 años.

**Gènere:** variable categòrica nominal que registra el gènere dels individus que han participat en el programa. Escala: 1. Hombre; 2. Mujer.

**Estat civil:** variable categòrica nominal que recull l'estat civil dels subjectes de l'estudi en el moment de realitzar-se aquest. Escala: 1. Soltero/a; 2. Casado/a; 3. Divorciado/a; 4. Separado/a; 5. Viudo/a; 6. Otros.

**Primer ingrés a la presó:** variable categòrica nominal que registra si l'estada actual al centre penitenciari és o no la seua primera estada a la presó. Escala: 1. SI, es la primera vez que está en prisión; 2. NO, ha estado otras veces aparte de ésta en prisión.

**Edat del primer ingrés a la presó:** variable quantitativa discreta que es refereix a l'edat en anys que tenien els enquestats quan ingressaren per primera vegada en un centre penitenciari. Escala: número de años.

**Temps efectiu que han passat a la presó:** variable quantitativa discreta que mesura el temps total en mesos que els participants refereixen haver passat a la presó des de llur primer ingrés fins al moment d'omplir el qüestionari. Escala: número de meses. Aquesta variable s'ha categoritzat després en tres grups: 1. Menos de dos años; 2. Entre 2 y 4 años; 3. Más de 4 años de tiempo efectivo pasado en prisión.

**Temps que pensen els queda per romandre a la presó:** variable quantitativa discreta que mesura el temps en mesos que els enquestats calculen que els queda per romandre en presó des del moment d'emplenar el qüestionari. Escala: número de mesos.

**Temps que porten ingressats al centre de compliment de València:** variable quantitativa discreta que es refereix al temps de permanència en mesos en aquest centre des del moment d'ingressar en aquest fins al moment de l'estudi. Escala: número de mesos.

## **D.2.- PRÀCTIQUES SEXUALS I ÚS DEL PRESERVATIU.**

**Nombre de parelles des que estan al centre de compliment de València:** variable categòrica ordinal que recull el número de parelles amb les quals han mantingut relacions sexuals des que ingressaren en aquest centre fins al moment de l'estudi. Escala: 1. Ninguna pareja; 2. Una pareja; 3. Más de una pareja, indica el número.

**Nombre de relacions sexuals que han mantingut en els últims tres mesos:** variable quantitativa discreta que registra el número de relacions sexuals que han mantingut en els tres mesos previs a la realització del qüestionari. Escala: número de relaciones sexuales.

**Nombre de relacions sexuals que s'han mantingut per mitjà de les comunicacions íntimes o "Vis à vis" en els últims tres mesos:** variable quantitativa discreta que registra el nombre de relacions sexuals que han mantingut per mitjà de les comunicacions íntimes o "vis à vis" en els tres mesos previs a la realització del qüestionari. Escala: número de relaciones sexuales.(\*)

**Nombre de relacions sexuals fora de les comunicacions íntimes o "vis à vis" en els últims tres mesos:** variable quantitativa discreta que registra el número de relacions sexuals que s'han mantingut fora de les comunicacions íntimes o "vis à

vis” en els tres mesos previs a la realització del qüestionari. Aquesta variable s’obté amb la diferència entre les dues variables anteriors.(\*)

**Temps que portes comunicant "Vis à vis" amb la teua parella actual:** variable quantitativa discreta que recull el temps en mesos que els subjectes de l’estudi porten mantenint relacions sexuals per mitjà de les comunicacions íntimes fins al moment d’emplenar el qüestionari. Escala: número de meses.

**Ús referit del preservatiu:** variable categòrica nominal que recull la freqüència referida de l’ús de preservatiu en les tres relacions sexuals prèvies al moment d’emplenar el qüestionari. Escala: 1. Siempre; 2. Más de la mitad del tiempo; 3. Sobre la mitad del tiempo; 4. Menos de la mitad del tiempo; 5. Nunca. Aquesta variable s’ha categoritzat en tres grups: 1. Siempre y Más de la mitad de l tiempo; 2. Sobre la Mitad del tiempo y Menos de la mitad del tiempo; 3. Nunca

### **D.3.- ÚS DE MATERIAL D’INJECCIÓ INTRAVENOSA.**

**Compartir xeringues abans de l’ingrés a presó:** variable categòrica ordinal que recull la freqüència de compartir xeringues per al consum de drogues abans d’ingressar en el centre. Escala: 1. Siempre; 2. Más de la mitad del tiempo; 3. Sobre la mitad del tiempo; 4. Menos de la mitad del tiempo; 5. Nunca

**Nombre de vegades que s’han compartit xeringues sense desinfectar en els últims tres mesos:** variable quantitativa discreta que registra el número de vegades que el subjecte ha compartit xeringues o material d’injecció de drogues en els darrers tres mesos. Escala: número de veces.

### **D.4.- SEROPOSITIVITAT AL VIH I TIPUS DE PARELLA EN FUNCIÓ DE SEROPOSITIVITAT.**

**Seropositivitat al VIH:** variable categòrica nominal que registra si el subjecte en el moment de l'estudi és o no portador del VIH., (informació que es confirma per mitjà de l'expedient mèdic del centre). Escala: 1. SI; 2. NO; 3. No se sabe.

**Parella portadora de VIH:** variable categòrica nominal que registra si la parella amb què mantenen relacions sexuals mitjançant les comunicacions íntimes en el moment de l'estudi és o no portadora del VIH (informació que es confirma per mig de l'expedient mèdic del centre). Escala: 1. SI; 2. NO; 3. No se sabe.

**Tipus de parella en funció de l'estat de seropositivitat dels dos:** variable categòrica nominal que registra el tipus de parella a què pertany el subjecte en el moment de l'estudi en funció de l'estat de portador o no de VIH de ambdós membres de la parella, (informació que es confirma per mitjà de l'expedient mèdic del centre). Escala: 1. Parejas ambos miembros son seronegativos al VIH; 2. Parejas a riesgo de infección: El VIH+ y Ella VIH-; 3. Parejas a riesgo de infección: El VIH- y Ella VIH+; 4. Parejas a riesgo de reinfección, ambos miembros son seropositivos al VIH; 5. No se dispone de información que permita clasificar a las parejas en alguno de los anteriores grupos.

#### **D.5.- INCONVENIENTS A L'HORA D'USAR PRESERVATIU.**

**Inconvenients per part de la mateixa persona a l'hora d'usar preservatiu:** variable categòrica ordinal que registra els inconvenients autopercebuts a l'hora d'usar el preservatiu. Escala: 1. Muchos inconvenientes; 2. Bastantes; 3. Algunos; 4. Pocos; 5. Ningún inconveniente

**Inconvenients per part de la parella a l'hora d'usar preservatiu:** variable categòrica ordinal que registra els inconvenients que cadascú percep en la parella amb que manté relacions sexuals en el moment d'usar el preservatiu. Escala: 1. Muchos inconvenientes; 2. Bastantes; 3. Algunos; 4. Pocos; 5. Ningún inconveniente



#### **D.6.- TIPUS DE RELACIÓ AMB LA PARELLA I COMUNICACIÓ SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

**Parlar amb la parella de l'ús del preservatiu:** variable categòrica nominal que registra si el subjecte ha parlat sobre l'ús del preservatiu amb la seua parella abans d'emplenar el qüestionari. Escala: 1. SI; 2. NO.(\*\*)

#### **D.7.- INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

Es valoren 13 ítems en la primera edició del programa, als que s'afegeixen 5 més en l'edició de 1996. Cadascun dels ítems del qüestionari d'informació pot considerar-se com una variable categòrica nominal dicotòmica a la qual el subjecte pot contestar "verdader", "fals" o "no ho sap". (Veure Taula 9)

**Valoració global del qüestionari d'informació sobre VIH/SIDA:** s'obté aquesta variable totsumant les puntuacions obtingudes en cadascun dels ítems, donant-li valor 1 a la resposta correcta i 0 a la incorrecta.

#### **D.8.- PERCEPCIÓ DE RISC.**

**Risc d'infectar-se pel vih utilitzant el preservatiu:** variable categòrica ordinal que recull la percepció que té el subjecte de la probabilitat d'infectar-se pel VIH utilitzant el preservatiu. Escala: 0. Nada probable; 1. Poco probable; 2. Algo probable; 3. Probable; 4. Bastante probable; 5. Muy probable.

**Risc d'infectar-se pel VIH sense utilitzar el preservatiu:** variable categòrica ordinal que recull la percepció que té el subjecte de la probabilitat d'infectar-se pel VIH sense utilitzar el preservatiu. Escala: 0. Nada probable; 1. Poco probable; 2. Algo probable; 3. Probable; 4. Bastante probable; 5. Muy probable.

**Risc de desenvolupar SIDA essent portador mantenint pràctiques de risc:** variable categòrica ordinal que recull la percepció que té el subjecte de la probabilitat de desenvolupar la SIDA essent portador del VIH si es mantenen

pràctiques de risc. Escala: 0. Nada probable; 1. Poco probable; 2. Algo probable; 3. Probable; 4. Bastante probable; 5. Muy probable. (\*\*)

**Tabla 9. Ítems del Qüestionari sobre Informació sobre VIH/SIDA.**

1. Una persona desarrolla SIDA, porque su sistema de defensa no funciona y no puede luchar contra algunas enfermedades. (1996)
2. Una persona infectada por el virus del SIDA pero que no tiene síntomas de la enfermedad, nunca puede transmitir la infección. (1996)
3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas. (1996)
4. Si una mujer infectada por el virus del SIDA queda embarazada, su hijo puede nacer infectado.
5. El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual y tanto hombres como mujeres pueden transmitirla.
6. Para evitar infectarse por el virus del SIDA, los toxicómanos deberían usar preservativos y no compartir jeringas ni agujas. (1996)
7. Utilizar correctamente el preservativo o condón es la mejor manera de prevenir la infección por el VIH a través de las relaciones sexuales.
8. Cualquier método anticonceptivo (píldora, preservativo, diafragma...) es eficaz para prevenir la infección por el VIH durante las relaciones sexuales. (1996)
9. Si se mantienen relaciones sexuales sólo con una pareja, no se puede contraer el virus.
10. Limpiar las jeringuillas con agua es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.
11. Si ya tienes anticuerpos del virus ya no es necesario usar preservativo ni utilizar jeringuillas de uso personal.
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.
13. Si los dos son portadores del virus del SIDA al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos.
14. Si se realiza sexo por boca sin eyaculación no hay ningún riesgo de contagio.
15. El SIDA se puede contraer al masturbar a la pareja.
16. El virus del SIDA se puede contraer al compartir jeringuillas y agujas utilizadas por otra persona.
17. El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de preparar las "chutas".
18. Si estoy infectado ya da igual que comparta jeringuillas con otros compañeros que también lo están.

(1996) = Ítems que s'afegiren al qüestionari de 1996.

#### **D.9.- PERCEPCIÓ DE GRAVETAT.**

**Percepció de la gravetat d'infectar-se del virus del SIDA en aquests moments:** variable categòrica ordinal que recull la percepció que té el subjecte de la gravetat d'infectar-se del virus del SIDA en aquests moments. Escala: 0. Nada grave; 1. Poco grave; 2. Algo grave; 3. Grave; 4. Bastante grave; 5. Muy grave.

**Percepció de la gravetat de reinfectar-se pel VIH:** variable categòrica ordinal que recull la percepció de la gravetat que té el subjecte si essent ja portador de VIH es reinfecta en posteriors ocasions. Escala: 0. Nada grave; 1. Poco grave; 2. Algo grave; 3. Grave; 4. Bastante grave; 5. Muy grave. (\*\*)

#### **D.10.- NORMA SUBJECTIVA.**

**Número de amics/gues del mòdul que utilitzen preservatiu:** variable categòrica ordinal que registra el número de amics/gues del mòdul de la presó que el subjecte refereix com usuaris del preservatiu. Escala: 0; 1; 2; 3; 4; 5; 6; más de 6; No sé.

**Opinió dels amics/gues del mòdul sobre el preservatiu:** variable categòrica ordinal que valora allò que el subjecte pensa al voltant de l'opinió dels seus amics/gues del mòdul sobre l'ús del preservatiu. Escala: 1. Totalmente desfavorable; 2. Bastante desfavorable; 3. Desfavorable; 4. Favorable; 5. Bastante favorable; 6. Totalmente favorable; 0. No sé.

**Grau d'importància de l'opinió dels amics/gues:** variable categòrica ordinal que valora el grau d'importància que el subjecte dóna a l'opinió dels seus amics/gues del mòdul sobre el preservatiu. Escala: 1. Nada importante; 2. Poco importante; 3. Algo importante; 4. Importante; 5. Bastante importante; 6. Muy importante

**Opinió de la parella sobre l'ús del preservatiu en les relacions sexuals:** variable categòrica ordinal que valora allò que el subjecte pensa referent a l'opinió de la parella amb qui manté comunicacions “vis à vis” pel que fa a l'utilització del preservatiu en les seues relacions sexuals. Escala: 1. Totalmente desfavorable; 2. Bastante desfavorable; 3. Desfavorable; 4. Favorable; 5. Bastante favorable; 6. Totalmente favorable; 0. No sé.

**Grau d'importància de l'opinió de la parella:** variable categòrica ordinal que valora el grau de importància que el subjecte dóna a l'opinió de la parella amb qui comunica “vis à vis” en aquestos moments. Escala: 1. Nada importante; 2. Poco importante; 3. Algo importante; 4. Importante; 5. Bastante importante; 6. Muy importante.

**D.11.- ESCALA DE CONEIXEMENTS DE L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

Es valoren 8 ítems. Cadascun d'ells pot considerar-se com una variable categòrica nominal dicotòmica a la qual el subjecte pot contestar “verdader”, “fals” o “no ho se”. (Ver Tabla 10)

**Tabla 10. Ítems del qüestionari sobre coneixements de l'ús del preservatiu.**

<b>Para usar bien el preservativo es necesario:</b>
1.- Colocar lo antes de la erección
2.- Colocar lo cuando el pene está en erección
3.- Colocar lo justo en el momento de la eyaculación
4.- Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado.
5.- Mirar la fecha de caducidad
6.- No “manosearlo” hasta su colocación
7.- Sujetar el condón por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación
8.- Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el condón sujetándolo por los bordes.

**Valoració global del qüestionari de coneixements sobre l'ús del preservatiu:** sumant les puntuacions obtingudes en cadascun dels ítems, donant-li valor 1 a la resposta correcta i 0 a la incorrecta, es calcula la puntuació total obtinguda.

#### **D.12.- PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT/DA SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

Variable categòrica nominal que registra la percepció d'estar o no ben informat pel que fa a contraure la infecció pel VIH/SIDA en el moment d'emplenar el qüestionari. Escala: 1. SI; 2. NO.

Nota.- (\*) Variables sols considerades en l'edició de 1995. (\*\*) Ídem sols en la de 1996. Sense arterisc, variables considerades en les ambdues edicions.

#### **E.- EINES UTILITZADES**

---

L'avaluació del programa s'ha realitzat per mitjà d'un qüestionari autoadministrat (encara que en persones amb dificultats s'oferia ajuda per part dels educadors dels tallers), pretest, previ a la intervenció i el mateix qüestionari, post-test, al mes de finalitzar la intervenció.

El qüestionari utilitzat s'ha obtingut adaptant al medi penitenciari l'utilitzat per Ubillos . A l'edició de 1995 s'utilitzà un qüestionari més extens, en aquest s'inclouen a més dels ítems de 1996: l'apartat de pràctiques sexuals i ús del preservatiu del qüestionari utilitzat en els Centres d'Informació i Prevenció de la SIDA de la Comunitat Valenciana, l'Escala de costs i beneficis del preservatiu (Insúa P. et al.) i l'Escala Contraceptive Serf-Efficacy (Levinson) . Aquestos tres apartats no s'han utilitzat en el qüestionari de l'edició de 1996, ja que, atés que havia de ser aplicat de forma autoadministrada, es va entendre necessari reduir la seua extensió i limitar el nombre d'ítems per incloure sols els imprescindibles per a avaluar la intervenció. El qüestionari

que apareix en l'Anexe VI és el que s'utilitzà en l'edició de 1996 però conté a més aquelles preguntes que formaren part del qüestionari de 1995 i que s'han considerat en el present estudi.

El qüestionari es compon de diverses parts (Veure Anexe VI):

- 1.- Dades sociopenitenciàries
- 2.- Pràctiques sexuals, seropositivitat al VIH i ús referit del preservatiu
- 3.- Qüestionari sobre coneixements sobre la infecció per VIH
- 4.- Escala de percepció de risc i gravetat
- 5.- Escala de norma subjectiva
- 6.- Qüestionari sobre coneixements en relació a l'ús del preservatiu

## **F.- ANÀLISI ESTADÍSTICA**

---

Per a poder realitzar aquesta anàlisi es confeccionà una base de dades amb els programes DBASE III+ en l'edició de 1995 i Excel en la de 1996. Les dades han sigut analitzades utilitzant el paquet estadístic SPSS.

### **F.1.- ESTUDI DESCRIPTIU DE LES PERSONES PERTANYENTS AL GRUP DE PÈRDUES I COMPARACIÓ AMB EL GRUP QUE FORMA LA MOSTRA DE L'ESTUDI PRE-POST.**

S'han comparat les respostes al qüestionari pretest d'ambdues poblacions en relació a les següents variables de l'estudi.

#### **1.- VARIABLES SOCIOPENITENCIÀRIES:**

- Gènere
- Edat
- Estat civil
- Primer ingrés a la presó
- Temps efectiu que han passat a la presó
- Temps que pensen els queda per passar a la presó

Per a aquesta finalitat s'ha utilitzat el test Ji quadrat<sup>93</sup> i el T-test<sup>93</sup> en la variable 'grups d'edat' i 'temps que pensen que els queda per passar en presó'.

## **2.- PRÀCTIQUES SEXUALS I ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU:**

- Nombre de relacions sexuals que han mantingut en els últims tres mesos
- Temps que porten comunicant "vis à vis" amb la seua parella actual
- Ús referit del preservatiu

S'ha utilitzat el T-test<sup>93</sup> per a les dos primeres proves i la prova de Ji-quadrat<sup>93</sup> en la variable 'ús referit del preservatiu'.

## **3.- ÚS COMPARTIT DE MATERIAL D'INJECCIÓ INTRAVENOSA**

- Compartir xeringues abans de l'ingrés a presó

S'ha utilitzat el test Ji-quadrat<sup>93</sup>.

## **4.- SEROPOSITIVITAT AL VIH I TIPUS DE PARELLA EN RELACIÓ AL VIH.**

- Seropositivitat al VIH
- Parella portadora de VIH

S'ha utilitzat el test Ji-quadrat<sup>93</sup>.

## **5.- INCONVENIENTS A L'HORA D'USAR PRESERVATIU.**

- Inconvenients per part de la mateixa persona l'hora d'usar preservatiu
- Inconvenients per part de la parella a l'hora d'usar preservatiu

S'ha utilitzat el test Ji-quadrat<sup>93</sup>.

## **7.- INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

- Valoració global del qüestionari d'informació sobre VIH/SIDA

S'han utilitzat les proves T-test, Mann-Whitney i Wilcoxon<sup>93</sup>.

#### **8.- PERCEPCIÓ DE RISC.**

- Risc d'infectar-se pel VIH utilitzant el preservatiu
- Risc d'infectar-se pel VIH sense utilitzar el preservatiu
- Risc de desenvolupar SIDA essent portador mantenint pràctiques de risc (\*\*)

S'ha utilitzat el test Ji-quadrat<sup>93</sup>.

#### **9.- PERCEPCIÓ DE GRAVETAT.**

- Percepció de la gravetat d'infectar-se del virus de la SIDA en aquestos moments
- Percepció de la gravetat de reinfectar-se pel VIH (\*\*)

S'ha utilitzat el test Ji-quadrat<sup>93</sup>.

#### **11.- ESCALA DE CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

- Valoració Global del Qüestionari de Coneixements sobre Ús del Preservatiu

S'ha utilitzat les proves T-test, Mann-Whitney i Wilcoxon<sup>93</sup> (Daniels).

#### **12.- PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT/DA SOBRE COM INFECTAR-SE PER VIH/SIDA.**

S'ha utilitzat el test Ji-quadrat<sup>93</sup>.

#### **F.2.- ESTUDI PRE-POST.**

S'han considerat sols els subjectes dels que hom tenia informació previa a la intervenció i posterior a aquesta. S'ha realitzat una anàlisi descriptiva amb les freqüències i percentatges de les respostes possibles a cadascuna de les variables recollides en els qüestionaris pre i post. En aquelles variables quantitatives s'han calculat les mesures de tendència central i de dispersió: mitja, mitjana, moda, valors mínims i màxims i desviació estàndar.

A més s'han aplicat els tests de McNemar<sup>94</sup> (a), T-Test i Wilcoxon<sup>93</sup> (b) per a detectar canvis estadísticament significatius entre les respostes dels qüestionaris pre i



post respecte a: coneixements referents a la infecció per VIH/SIDA, percepció de risc i gravetat, norma subjectiva, coneixements sobre l'ús del preservatiu, percepció d'estar ben informat sobre com infectar-se de la SIDA, inconvenients a l'hora d'usar preservatiu (respecte a un mateix i a la parella), comunicació amb la parella sobre l'ús del preservatiu i ús referit del preservatiu. S'ha aplicat també per a detectar diferències significatives entre els grups de subjectes en funció de l'any d'edició del programa, gènere, edat, temps efectiu passat a la presó, ser portador de VIH, tindre parella portadora de VIH i tipus de parella en funció de l'estat de seropositivitat d'ambdós.

El test de McNemar s'utilitza per detectar canvis en les proporcions per a mostres relacionades. S'utilitza amb freqüència en els dissenys experimentals "abans després" quan la variable dependent és dicotòmica. En utilitzar la prova de McNemar s'analitzen els canvis per a veure si és igualment probable la variació en els dos sentits. És a dir, en aquest cas s'ha utilitzat la prova de McNemar per aclarir si s'han produït canvis en les contestacions a les preguntes tipus "verdader o fals": coneixements sobre la infecció per VIH/SIDA, coneixements sobre l'ús del preservatiu, percepció d'estar ben informats sobre com infectar-se per VIH, comunicació amb la parella sobre l'ús del preservatiu i ús del preservatiu (classificades les respostes en dues categories, 1. Sempre, més de la meitat o sobre la meitat de les vegades; 2. Menys de la meitat de les vegades o Mai.).

El T-Test aparellat contrasta la hipòtesi nul·la que les dades constitueixen una mostra d'una població on les mitjanes de dos variables són iguals. Ambdós variables poden resultar, per exemple, d'un experiment on s'observa a la mateixa persona abans i després d'una intervenció. En aquest cas el que hem fet és comparar els valors de variables que s'obtenien com a resultat d'obtenir el nombre d'encerts en preguntes del tipus "verdader o fals", és a dir en les variables suma d'encerts pel que fa als coneixements sobre la infecció per VIH/SIDA i suma d'encerts sobre coneixements quant a l'ús del preservatiu. La prova de Wilcoxon s'utilitza per a comparar la distribució de dues variables relacionades. És l'alternativa no paramètrica al t-test aparellat més potent. El que analitza és el canvi que s'ha produït en una escala ordinal. En aquest cas hem analitzat una escala entre 1 i 6, observant si es produeixen diferències significatives en les contestacions de les escales. S'ha aplicat en les variables: percepció de risc i gravetat, norma subjectiva i inconvenients a l'hora d'usar el preservatiu.

# Resultats

## 4.- RESULTATS

### 4.1.- Estudi de Necessitats: el coneixement ¿què? ¿quant? ¿per què?

- A. Percepció de salut i els seus problemes: Audició, el que preocupa a les dones respecte a la salut en el medi penitenciari
- B. Identificació de Coneixements, Actituds i Pràctiques de Risc respecte a la infecció per VIH/SIDA en les Dones Penades d'un Centre Penitenciari

### 4.2.- Disseny del Programa: l'acció ¿què fer? ¿com?

- A. Fòrum Comunitari: com lluitar contra la SIDA des del medi penitenciari
- B. Opinió de professionals, experts i interns/es pel que fa al programa
- C. Descripció del Programa: antecedents, objectius, continguts i recursos

### 4.3.- Avaluació del Procés.

- A. Cobertura del programa
- B. Activitats Realitzades
- C. Satisfacció i Opinió dels Participants
- D. Opinió dels Professionals
  - Sobre els Recursos i Materials Utilitzats
  - Sobre Canvis a Introduir en el Programa

### 4.4.- Avaluació dels Resultats.

- A. Comparació resultats pretest entre la mostra de l'anàlisi pre-post i les pèrdues
- B. Estudi Pre-Post
  - B.1.- Descriptiu
  - B.2.- Estratificat

#### **4.1.- ESTUDI DE NECESSITATS: EL CONEIXEMENT ¿QUÈ? ¿QUANT? ¿PER QUÈ?**

##### **A. PERCEPCIÓ DE SALUT I ELS SEUS PROBLEMES: AUDICIÓ, EL QUE PREOCUPA A LES DONES REFERENT A LA SALUT EN EL MEDI PENITENCIARI.**

De 108 internes que hi havien en el mòdul es col·loquiaren a 42: 4 testics privilegiats i les 38 que formen la població d'estudi.

Una vegada recollides totes les dades i iniciat el procés d'anàlisi, s'aprecià que en els col·loquis sorgien dos temes distints als inicialment plantejats en el guió previ. Aquests dos temes foren "relacions interpersonals en el mòdul" i "higiene del medi" i s'afegiren al guió inicial.

L'exposició dels resultats de l'audició es divideix en quatre parts: dades sociodemogràfiques de les 38 internes, comentaris agrupats per temes, propostes d'accions per a cadascun dels temes, observacions de les respostes per grups i finalment les conclusions generals en relació al tema de la infecció per VIH/SIDA.

S'indica el número d'internes que repeteixen els mateixos comentaris per a poder així determinar el grau de coincidència respecte als temes tractats. El text dels comentaris s'expressa en lletra cursiva i entre cometes, respectant-se els termes i expressions originals tal com foren formulades per les internes.

#### **1.- DADES SOCIODEMOGRÀFIQUES.**

El perfil socio-penitenciari de les dones col·loquiades, coincidint amb el perfil que presenten en general les dones en presó, respón a les següents característiques:

- Edats compreses entre els 21 i 46 anys. La major part d'elles menors de 30 anys (61'9%). S'entrevistaren a 11 internes gitanes (28,9% de la mostra) entre

les que hi havia tant consumidores de drogues com no consumidores; i 27 de raça blanca (71,1% de la mostra), tant consumidores com no consumidores de drogues

- Predominen les dones solteres i entre les que estan casades existeix una majoria de separades
- La mitja de fills és de dos per dona, tenint en compte que en el cas de les dones gitanes augmenta a cinc
- La majoria d'elles tenen estudis primaris o graduat escolar, excepte dos amb estudis universitaris. Les dones gitanes tenen un nivell educatiu molt baix, són analfabetes
- El treball que solen realitzar abans del seu ingrés en presó es caracteritza per la gran precarietat i temporalitat (venda ambulat, ajudant de cuina, treballadores de la llar, treballs en el camp, atenció a gent major, etc.). Algunes declaren dedicar-se a la prostitució. Les gitanes solen dedicar-se a la venda ambulat. Les gitanes més majors es dedicaven al tràfec de drogues
- La mitja de temps complit en presó és de tres anys i quatre mesos, oscilant entre la que ha complit sols dos mesos i la que porta ja dinou anys
- No totes han començat a complir la pena en aquesta presó, ja que hi ha algunes que porten realitzats varis trasllats
- La mitja de temps que els queda per complir és de tres anys i huit mesos, oscilant entre la que li queden tres setmanes i la que encara li queden setze anys
- Les gitanes majors no realitzen cap activitat, en canvi la resta, llevat d'excepcions, treballen en algun taller (esmalts, abraçaderes...), estudien (alfabetització, graduat, BUP, estudis universitaris), i participen en alguna activitat cultural o esportiva i destins ('office', bugaderia, infermeria, àrea sociocultural...)

## 2.-RESULTAT DELS COL·LOQUIS: COMENTARIS AGRUPATS PER TEMES.

### ALIMENTACIÓ.

En el tema de la 'alimentació s'aprecia una coincidència en senyalar aspectes negatius. Així, 26 internes de les 38 col·loquiades, expressen llur preocupació perquè pensen que la dieta és poc equilibrada i variada, molt grasa, amb mala preparació i presentació, i a més amb presència de pels i insectes.

*“La comida es muy mala, no tiene vitaminas ni alimento, y hace falta no solo para las que están malas, sino para todas.”*

*“Te puedo decir que la mayoría de los días la comida que ponen no se puede comer. Aparte de que no es buena, es a base de grasas, sobre todo dulces, cosas que engordan. Yo por ejemplo desde que estoy aquí tengo anemia y muchas están igual que yo.”*

*“He visto de todo, que te encuentres un bicho en la ensalada pasa, porque en tu casa si no limpias bien la lechuga puede pasar, pero encontrar una cucaracha en el arroz o un gusano cocinado y todo en los macarrones ya no pasa.”*

*“Normalmente siempre es la misma dieta, sopa con colorante y patatas, cebolla y zanahoria.”*

Set internes fan menció a la insuficiència de llet en la dieta, com una qüestió específica que els preocupa.

*“Por ejemplo, no se da prácticamente leche en todo el día, antes sí se daba para merendar y la gente pasaba bien, pero ahora solamente se da un perolo grande hasta la mitad para todo el módulo para que la gente coja y no es suficiente.”*

S'observa en 11 de les entrevistades, una preocupació per la carència d'aportació alimentícia suplementària per a les persones malaltes de SIDA i les majors.

*“Tendría que haber dietas especiales para las mujeres mayores que tienen problemas de osteoporosis por falta de calcio y sobre todo a las enfermas del SIDA y con anticuerpos, alimentos con más proteínas y leche.”*

*“No dan suplementos a nadie ni a los que están sin defensas.”*

Set internes manifesten que les que tenen diners, compren aliments de l'economat com recurs alternatiu al menú que els donen.

*“La alimentación es un asco, aquí la mayoría de días no se puede comer. Si vieras la cantidad de comida que se tira aquí, es de escándalo. Lo que haces es coger la fruta y todo lo demás lo tiras porque no se puede comer. Prefieres coger el pan y comprar una lata en el economato y te apañas con eso.”*

10 de les internes col·loquiades senyalen la necessitat d'una bona alimentació per a mantenir un bon estat de salut. A més a més especifiquen que les carències alimentícies que pateixen afecten directament a la seua salut.

*“La alimentación es otro de los problemas que afectan porque es necesaria una alimentación suficiente para tener todo lo que el cuerpo necesita.”*

*“La alimentación es fundamental para que el organismo funcione bien.”*

*“Luego ves como afecta en el pelo, la boca...”*

*“La carencia de leche afecta a los dientes que se estropean por falta de calcio.”*

*“Te puedo decir que la mayoría de los días la comida que ponen no se puede comer. Aparte de que no es buena es a base de grasas sobre todo dulces, cosas que engordan. Yo por ejemplo desde que estoy aquí tengo anemia, lo noto mucho en los dientes.”*

Quatre plantegen la ineficàcia dels controls d'alimentació, al mateix temps que la seua por a reclamar les deficiències observades.

*“Yo se que en Preventivos, de la comida llenan unos cacharritos que los meten en el frigorífico o el mismo médico los prueba. Pero aquí nada, tendría que venir un médico de fuera y mirar lo que comemos aquí.”*

*“Los encargados del office de cocina se reúnen cada cierto tiempo con el supervisor para hablar de los alimentos, la dieta,..., pero parece que no sirve de nada.”*

*“He estado año y medio luchando para que mejorara, pero como el resto pasa y se lo come y el encargado solo hace que amenazarte al final lo dejé. Un día me harté y tiré la bandeja a la basura, me metieron parte y perdí la posibilidad de salir de permiso.”*

*“Aquí siempre nos quejamos las mismas, pero como no sacamos nada en claro, al final acabamos por no decir nada.”*

Per últim i encara que és una qüestió que sols dos han manifestat, es compara l'alimentació que se'ls dóna en Compliment amb la rebuda en Preventius.

*“En Preventivos se comía muchísimo mejor. Además el economato también está peor que en Preventivos.”*

### **ESTILS DE VIDA.**

Quan es parla sobre els estils personals de vida, 13 internes coincideixen en senyalar la manca d'hàbits d'higiene del conjunt de recluses:

*“Hay que se cuidan, pero hay que tienen poca higiene personal. Piensan que por estar aquí dentro no tienes porqué cuidarte, pasas de todo.”*

*“Hay muchas internas que no tienen una higiene personal adecuada: sólo se duchan una vez por semana, no se limpian los dientes,...”*

*“Yo no me lavo los dientes.”*

*“Hay algunas que se lavan de vez en cuando y otras casi nunca.”*

*“En mi planta siempre somos las mismas cinco las que nos encontramos en la ducha. Al resto no se las ve nunca, sólo cuando tienen un vis a vis o sus rollos.”*

El tema de l'autocura també el trobem present en una participant:

*“La gente que tiene anticuerpos no se acaba de cuidar. Yo voy tomando mis precauciones. No tantas como debería, pero voy haciendo. Hay que les da lo mismo. Por ejemplo, están bebiendo café y te lo piden, y les avisas que tienes una infección en la boca, y hay que entonces no beben, pero otras te dicen que da lo mismo, que no pasa nada, y si que pasa.”*

### **HIGIENE DEL MEDI.**

Prenent com a referent la higiene en el mòdul existeixen unes percepcions generals contradictòries entre les que afirmen que:

*“El módulo está bastante limpio.”*



*“Siempre hay de todo, pero en general este módulo es más aseado que los otros. Los chabolos los ves que están limpios y aseados.”*

*“En general bien. Siempre hay casos.”*

I, per contra, les que afirmen que:

*“Existe poca higiene.”*

*“Hay mucha guarrería en el módulo.”*

*“Hay poca higiene en el módulo, especialmente en los pisos de arriba.”*

Aquesta manca d'higiene en el mòdul per a 12 de les participants, ve associada moltes vegades amb la manca dels necessaris hàbits que comporta la convivència en un espai limitat amb un centenar de persones més, i on són necessàries unes mínimes normes per a mantenir la higiene, com elles mateixes senyalen:

*“ Aunque los chabolos se tengan limpios la gente es muy guarra cuando se trata de espacios comunes; pueden acabarse el café y en vez de tirar el vaso a la papelera que está al lado, lo tiran al suelo. Aunque a los diez minutos limpien las de la brigada, como dice mi madre, no es más limpia quien más limpia, sino quien menos ensucia.”*

*“ Algunas internas tiran las bolsas de basura por las ventanas, caen al patio y a los tejados del invernadero. Toda esa porquería la recoge la brigada de limpieza al día siguiente.”*

*“ Limpio la sala de estar y la gente tira los papeles al suelo, cuando se ponen devuelven en cualquier sitio, tiran gapos al suelo.”*

*“ Una chica en el office sirve los alimentos sin la más mínima higiene (sin bata, ni gorro, ni guantes, el pelo suelto,...).”*

*“ La gente que está en el office mete las manos en la comida.”*

*“ En el comedor el suelo y los asientos suelen estar llenos de colillas.”*

Existeix una continua alusió a dificultats per a mantenir la pròpia higiene personal i la del mòdul en general responsabilitzant a la institució penitenciària. Els temes que es citen són la brigada de neteja, la revisió per part de les funcionàries, la insuficiència dels lots, la brutessa de les bandejes de menjars, els horaris de dutxa, les condicions higièniques del furgó policial i el servei de bugaderia.

- Funcionaries i brigada de neteja (7 internes)

*“ La basura y todo tipo de suciedad se tira al patio. A la mañana siguiente la brigada de limpieza se encarga de limpiarlo, pero es un foco de infección, según la brigada y la supervisión que hagan las funcionarias dependerá la higiene del módulo. ”*

*“ Los cuartos de baño están muy sucios porque la brigada los limpia a última hora del día. ”*

*“ Es imposible que mantengan un módulo limpio con un cubo de agua con un poco de lejía, dan una pasada y poco más. ”*

*“ Aquí todo funciona por enchufe, mira, la chica que sirve las comidas tiene herpes y heridas en las manos, además no tiene carnet de manipuladora, y, sin embargo, nos sirve la comida sin que ninguna funcionaria haga nada. ”*

*“ Muchas veces las duchas no se limpian a fondo, con lejía (no las supervisan las funcionarias) lo que provoca que se produzcan contagios de herpes, hongos,... ”*

- Insuficiència del lot mensual (13 internes):

*“ El lote mensual es insuficiente para mantener una higiene personal y de limpieza del chabolo. ”*

*“ El lote mensual suele llegar tarde. Faltan preservativos y maquinillas de afeitar. Pocas compresas y papel higiénico (4 paquetes por persona/mes). Hay que pedirlo al economato. Una botella de lejía no es suficiente para garantizar una higiene digna. ”*

*“ Te tienes tú que comprar productos del economato, si puedes y tienes algún dinero porque trabajas. Dan una botella de líquido verde de ese para el suelo y una de lejía para todo el mes y eso no llega para nada. Si quieres lavarte algo de ropa tienes hasta que utilizar el gel que compras para ti. ”*

*“ Los cepillos de dientes, igual te dan uno cuando entras y ya está. ”*

*“ Sólo dan un tubo de pasta de dientes al mes, lo cual a algunas le resulta escaso. ”*

*“ Sólo tienes un juego de sábanas y como las laves y ese día llueva o haga mal y no se sequen ¿qué haces? ¿No duermes? ¿Qué pasa? ¿Qué no puedes lavar las sábanas? ”*

- Manca d'higiene en el menjador i en les bandejes de menjar (9 internes):

*“Falta higiene en el comedor del módulo: hay ratas y suciedad en los suelos.”*

*“Las bandejas de la comida están muy sucias y puede provocar infecciones. A veces se dejan jabón porque no las han lavado bien.”*

*“Las bandejas de la comida no son higiénicas.”*

- Dutexes (7 internes):

*“En las duchas es muy fácil el contagio porque no son duchas individuales, sino colectivas, donde los virus pululan con toda libertad.”*

*“Te tienes que duchar con todas. Yo he tenido un problema gordo y hasta he ido a una junta, porque me sacaron de la ducha desnuda y a la fuerza, porque me había duchado después de trabajar, cuando no tocaba, que es lo más normal si vienes cansada y sucia y necesitas relajarte.”*

*“La higiene es fundamental y aquí no existe la mínima necesaria para asearte lo mínimo, lavarte, cuando te encuentras sucia o cansada del trabajo. Tienes un rato al día y ya está.”*

*“En las duchas no tienes tiempo. Ahora con el taller de abrazaderas abren un cuarto de hora antes y puedes ducharte, pero después, el resto del día, aunque estés en el patio ya no puedes.”*

- Condiciones del furgó policial (3 internes)

*“Tuve que permanecer casi 4 horas esposada dentro del furgón policial en espera de que me sacaran para ver al ginecólogo. Como había bebido 4 litros de agua para las pruebas médicas, tenía necesidad urgente de orinar. Pero no me dejaron salir a orinar y no tuve más remedio que hacerlo dentro de aquel sucio y maloliente furgón. ¡Fue humillante! Cuando volví al centro penitenciario se me diagnosticó una infección de orina, probablemente causada por las condiciones de higiene de aquel furgón.”*

- Servei de bugaderia (2 internes):

*“Me preocupa el contagio, per ejemplo, no está nada claro que toda la ropa se meta en la misma lavadora.”*

*“La lavadora funciona una vegada cada 15 días, tiempo demasiado largo para tener la ropa, como pantalones y otras prendas sucias, en el chabolo.”*

## RELACIONES INTERPERSONALS.

Malgrat que el contacte entre les internes és permanent, 9 participants consideren que en les seues relacions moltes vegades manca el respecte i la responsabilitat mútua necessàries per a una bona convivència.

*“ El otro día tuvimos que coger a una compañera que decía que tenía el mono y no podía ducharse y la metimos en la ducha. Cuando viva sola y salga, que haga lo que le de la gana, pero estando aquí tiene que convivir con mucha más gente, y en el chabolo tiene otra compañera y hay que respetar.”*

*“La gente cuando tiene un vis a vis y no quiere ir con los pelos en las piernas piden una maquinilla a las que tengan y hay enfermas del SIDA que se lo callan y si te haces un corte te contagias los virus.”*

*“Poca responsabilidad de la gente. Se callan si tienen una enfermedad. Pueden haber 3 duchándose que tengan sarna y eso se pega, pero no te dicen nada. Se lo dicen al médico, pero el médico no te lo puede decir a ti. Hay que tienen cándida, pero cuando les pides tabaco o café no te lo dicen, y eso se pega, la gente pasa mucho.”*

*“La gente comparte todo tipo de cosas sin preocuparse lo más mínimo (ropa interior). No se molestan si utilizan ropa de otra persona, incluso si la han utilizado cuatro o cinco. Esto produce que se contagien enfermedades.”*

*“Aquí cuando un día estás mal el resto de internas de aquí ni te prestan atención. Se rien de ti. Necesitas a alguien que te quiera y te apoye cuando estás mal.”*

*“Hay muchas toxicómanas que se lo dejan todo por el suelo (chutas). Estas siempre se van buscando la vida por el patio creando mal ambiente. Se chutan delante de todas sin ningún respeto.”*

Però al mateix temps quatre internes també senyalen l'existència de grups menuts on els vincles personals són més propers, càlids, que els serveixen d'ajuda.

*“Cuando estás deprimida lo que vale es el grupo con el que estás, que son las que te apoyan. Hay muchos grupos y no sé cómo serán los demás. Pero con tu grupo eres una piña, y cuando estás mal enseguida te preguntan qué te pasa y te apoyan. El resto pasan o se rien de ti, hay muy poco compañerismo.”*

*“A la gente con SIDA y pocas defensas deberían llevarlas a la enfermería, también a los que están bastante enfermas. A mi compañera*

*incluso le tengo que dar la comida en la boca. Y por la noche tenía dolores.”*

En la relació amb les funcionaries del mòdul, cinc de les col·loquiades troben dificultats de relació i convivència.

*“Hay días en que la prisión te anula y te deprimas. Esto también ocurre con las funcionarias, que si tienen un día malo lo pagan contigo.”*

*“Necesitaba desahogarme y hablar con alguien y pedí que viniera la psicóloga. Han pasado 3 días y aún estoy esperando. Es que aquí no te saben tratar, no saben diferenciar cuando vas a ellas (funcionarias) para dar la lata o pedir algo de cuando necesitas que te escuchen o te den apoyo, les da lo mismo y pasan de todo.”*

Un grup diferenciat de la resta el constitueixen les gitanes de més edat (dos internes) per la seua relació amb altres internes malaltes, evitant tot contacte de manera que no es pugui produir cap tipus de contagi.

*“De eso de higiene no hay. Yo si una que tiene de eso me da un cigarrillo yo no lo cojo por eso. A mi no me gusta juntarme así con la gente. Yo estoy siempre con mi prima.”*

*“Aquí lo mejor es estar aislada de la gente que tiene algo.”*

*“Lo mejor que puedes hacer, que hacen algunas gitanas mayores, es apartarse, no relacionarse con ellas.”*

Per últim, tres internes veuen un element positiu el contacte amb gent de l'exterior, tant familiars i coneguts com voluntaris que es dediquen a estar amb elles:

*“Estaría bien que viniese más gente de fuera, porque así abres un poco la mente, piensas en otras cosas, te distraes y se te pasa antes el día, así te evitas comerte la cabeza. Yo cuando tengo depresiones no voy al psicólogo, sino que en 20 días se te pasa. Hace falta que te cuenten cosas de fuera y entonces se te abre la mente. Aquí tenemos vis a vis una vez al mes y comunicación todos los sábados por la mañana. Aunque sea poco tiempo si llega a no estar nos volveríamos locas.”*

*“Vienen dos chicos y una chica de fuera algunas veces a hacer talleres de pulseritas o actividades y como son jóvenes y ves que tienen interés y, a veces, te traen caramelos, pues cuando vienen ya estás con ellos, porque te sientes bien. Sientes que te apoyan. Es de las pocas cosas que están bien aquí dentro.”*

## MALALTIES.

Entre les malalties esmentades durant els col·loquis, tenint en compte que la SIDA serà tractada de forma específica més endavant, destaquem les següents: tuberculosi, sarna, herpes, fongs, gonorrea, hepatitis, constipats, grip, neumònies, problemes dentals.

La preocupació major es troba per a 23 de les 38 internes col·loquiades, en la por al contagi per manca d'higiene i per manca d'un diagnòstic o tractament oportú i adequat. També es senyala la necessitat que els malalts rebesquen un tracte especial i es millore les seues condicions de vida.

*“Hay algunas que están enfermas de tuberculosis, sarna, herpes, con las que se tendría que tener un trato especial en cuanto a darles más higiene y de alguna manera una atención especial con sus utensilios para evitar el contagio con otras internas”.*

*“Hay riesgo de infecciones debido a la falta de higiene”.*

*“Ha habido casos de tuberculosis, candiditis y neumonías”.*

*“Una chica estuvo casi toda una semana acostada en el patio sin poder moverse debido a una tuberculosis, sin que nadie la atendiera”.*

*“Aquí las enfermedades se cogen corriendo, con mucha más facilidad. Hongos, gonorrea, venéreas, aquí se transmiten más rápidamente”.*

*“Otro problema que parece una tontería, pero que aquí en prisión es muy importante, porque todo el mundo lo coge es el constipado o la gripe”.*

*“Con los constipados pasa que no se te acaban de ir con el jarabe que te dan”.*

*“Hace meses hubo un sarpullido, una infección de la piel que me parece se llama caviosis. El caso es que lo cogieron dos y el médico las trató y al cabo de un tiempo les dio el alta sin acabar de estar curadas y lo cogió la gente”.*

*“Es muy normal coger hepatitis”.*

Una de les internes explica la importància de detectar a temps els paràsits per que no s'extenguen:

*“Hay muchas internas con piojos y otros parásitos que después se extienden por el módulo, eso por no hablar de las ladillas... El centro niega eso, pero es verdad, incluso puedes verlas en el patio quitándose los piojos.”*

Una de les gitanes de major edat destaca un altra malaltia de gran relevància:

*“Aquí hay mucha enfermedad. El SIDA y el cáncer son de las enfermedades más importantes”. Hay muchas chicas que tienen así.. pupitas en la cara y yo no me acerco.”*

Destaquem les expressions en les quals es recull que fa uns mesos va haver un brot de sarna que afectà a vàries recluses i la preocupació que produí l'extensió de la malaltia.

*“Hace poco hubo un caso de sarna que se extendió poco a poco a más internas, debido a que no se tomaron medidas de prevención, como poner toda la ropa junta en la misma lavadora o las bandejas de la comida...”*

*“Ha habido sarna y es un problema porque en estos temas no hay nada de prevención y la gente se ducha en las mismas duchas que las que no están enfermas.”*

*“Aquí ha habido hace unos cinco meses sarna y cuando se dieron cuenta ya había seis mujeres infectadas y es que no se tiene el cuidado que se debería de tener”.*

*“También han existido algunos casos de sarna y ha sido un problema porque las compañeras del chabolo lo han cogido también, no se tiene en cuenta que a esas personas habría que aislarlas. En la enfermería, allí tienen habitaciones suficientemente grandes para estar bien. En cambio, de esta manera te expones a contagiarte de nada que te acerques o te roces, ya que se producen heridas cuando se rascan y de ahí se contagia sobre todo a las que están más cercanas o tienes más relación. Otra cosa que hacen y que no sirve de nada es ducharlas antes a ellas y después las demás, pero es una tontería que se duchen antes o después.”*

\* Nota: amb aquest tipus d'expressions hi ha 8 comentaris més.

Quatre de les dones col·loquiades presenten malalties molt particulars, i algunes d'elles s'han presentat durant la seua estància en presó: parkinson, faringitis crònica, malalties del renyó, molesties en l'esquena.

*“No tenía ninguna enfermedad cuando llegué aquí. Aquí he cogido el Parkinson que es lo único que tengo. Aquí hay muchas enfermedades, pero yo no me meto en eso, me dan lástima pero es su problema, no el mío. A mí no me preocupa.”*

*“Me duele la espalda de estar todo el día en el taller de abrazaderas. Estoy cansada de estar ahí.”*

*“Yo, sólo a veces tengo problemas de infección del riñón, me dan unos cólicos, con unos dolores que me retuerzo.”*

*“Tengo faringitis crónica y hasta ahora no me habían cambiado a otro chabolo, antes lo tenía en la zona donde hay más humedad y siempre estaba con las manos frías.”*

Quatre dones consideren que algunes de les malalties que procedeixen de l'exterior són difícilment detectables si no es declaren obertament, això fa que s'extenguin més fàcilment al ignorar la seua presència.

*“Se debería hacer un chequeo completo sólo al llegar a ingresos, ya que, si alguien tiene alguna cosa contagiosa después lo extenderá por el módulo, como ocurrió con la sarna, o las ladillas, que se extienden muy rápidas. Cuando ingresas te preguntan si tienes algo, pero no lo verifican. Muchas internas no dicen la verdad y es un riesgo de contagio.”*

*“Se debería de hacer una revisión más a fondo de todo cuando ingresan, pues a mí misma cuando ingresé no me hicieron ninguna revisión a fondo. Si te da vergüenza o reparo decir que tienes ladillas, anticuerpos, u otra cosa, te callas y ellos no se enteran, simplemente te preguntan ¿tienes algo? Y depende de ti el decirselo o no.”*

## **MEDICACIÓ.**

Respecte a la medicació administrada pels metges, 20 de les internes participants la considera poc adequada en relació a la malaltia o els símptomes que es pateixen i és quasi sempre la mateixa, quedant moltes de les seues demandes insadísfetes. A la vegada, hi ha una valoració negativa dels tractaments degut al gran retràs en la seua administració.

*“De las demás me llegan quejas de los medicamentos, porque les dan para cosas que no tienen o tardan en darles la medicación.”*

*“Si dices que te den algo más fuerte que el jarabe te dan pastillas y lo que pides es penicilina para que se te vaya de una vez.”*



*“Te dan medicamentos, pastillas iguales para todo. No debería ser lo mismo para el dolor de cabeza o para el estómago, pero aquí te dan las mismas pastillas.”*

*“Veo a las demás como van por ahí. Todo eso es de la medicación. Eso no debería hacerlo. A mí me da pena verlas. Menos pastillas y más otras cosas que ayuden. Eso no ayuda.”*

*“Veo un problema la cantidad de medicación fuerte que se da para los problemas psicológicos, deberían dar medicación mucho más suave y hacer más terapias.”*

En el que es refereix a la medicació especial per a combatre la SIDA, tres dones donen opinions diferents en quan a la seua conveniència i efectes:

*“No hay atención especial para los enfermos de SIDA. Si toman Retrovit y no les va bien, no se les da otra alternativa. Si tu dices que eso no te va bien, ellos te dicen: ¿quién es el médico aquí? y tienes que tomar la medicación o tirarla a la basura o esconderla..”*

*“Todas las enfermas del SIDA toman Retrovit, que es un medicamento que está muy bien para subir las defensas y que no cojas cualquier cosa.”*

*“Algunas enfermas del SIDA (o con anticuerpos) pasan de tomársela porque dicen que es lo mismo, pero la SIDA es una enfermedad mortal.”*

En ocasions es trafica amb les pastilles que s'administren per al tractament d'alguns problemes psicològics o psiquiàtrics.

*“Algunas de las que son tratadas por problemas psicológicos o psiquiátricos trapichean con las pastillas, y es por eso, que algunas internas están enganchadas a la medicación de otras.”*

## **ALTERACIONES EMOCIONALES I PROBLEMES PSICOLÒGICS.**

En 15 internes existeix l'opinió de considerar els trastorns i problemes psicològics-emocionals que pateixen durant la seua estància en presó com un dels principals problemes de salut. Aquestos problemes venen donats segons elles per la prolongada estància, 'injustícies', denegació de permisos, inactivitat, absència de familiars o parelles i esdeveniments personals variis.

*“Lo peor de todo es el tiempo libre sin ocupar, eso es lo que más nos afecta a nuestro estado, se deberían hacer talleres o actividades que nos ayudasen a llevar mejor nuestra estancia.”*

*“Mucha angustia por estar en prisión. La prisión te cambia la vida, es una experiencia que se te clava en el alma y ya jamás puedes olvidarla.”*

*“La gente que está continuamente en el patio comiéndose la bola es porque no quiere hacer nada más, talleres para todas hay de sobra y quien quiere hacer algo lo hace.”*

*“Padeces depresiones debido a que los profesionales te deniegan los permisos aun cuando ya has cumplido los 3/4 partes de la condena. Cuando vas a comunicarte con tu hija tienes la impotencia de tener derecho a permiso y no tenerlo.”*

*“Aquí hay muchos problemas psicológicos y depresiones. Cuando estas sin hacer nada, en el patio, solo haces que comerte la cabeza, pensando en todos los problemas y rollos que tienes fuerza.”*

*“Te comes la bola por cosas que pasan aquí dentro o por las cosas que pasan fuera...tus hijos..”*

La depressió es un tema senyalat (11 internes) com una de les malalties o problemes que més les afecta.

*“Muchas internas no pueden soportar la experiencia de la prisión y cogen grandes depresiones.”*

*“En el tiempo que he estado en prisión he tenido 2 depresiones, porque también piensas en la situación de tu familia en la calle. Cuando estas trabajando y haciendo algo se te pasa el tiempo rápido y no piensas en nada, pero cuando estas sola en el patio sólo haces que darle vueltas a la cabeza.”*

*“Hay muchas que cogen depresión. Yo también estos días estoy con un poco. Estoy de bajón...A veces me veo y si estuviera mejor lucharía, pero me veo tan floja...”*

*“Hay días en que la prisión te anula y te deprimes. Esto también ocurre con las funcionarias que si tienen un día malo lo pagan contigo.”*

*“A algunas las depresiones les han llevado a pensar en el suicidio.”*

*“Aquí hay mucha gente con depresión y uno cuando está deprimido puede pensar hasta en quitarse la vida. A mí me pasó.”*

*“Estoy muy quemada y afrontada, he pasado una depresión muy gorda.”*

*“Hay muchos casos de depresión entre nosotras, cuando la tienes no quieres hablar con nadie y te pasas el día patio arriba y abajo.”*

Per a cinc dones, certes internes tenen greus problemes psicològics i necessiten d'una atenció especialitzada.

*“Hay algunas enfermas del SIDA que llevan muy mal el estar muriéndose en la prisión. Algunas no pueden soportarlo y se chinan, como una chica que hace poco se chinó en la ducha y con la sangre se la restregó por toda la cara. Esta chica tiene graves problemas psicológicos.”*

*“Aquí hay 6 o 7 que deberían estar en el psiquiátrico, porque están muy ralladas. Las tienen en tratamiento con pastillas, que solo hace que estén todo el día con el tembleque.”*

*“Una interna por consumir coca se volvió medio loca y se mató pegándose cabezazos contra la pared del chabolo. Nadie hizo nada por ayudarla solo el funcionario de turno entró en el chabolo y le dijo que de hacer más ruido le haría un parte. Al día siguiente se la encontraron muerta y todo el chabolo salpicado de sangre.”*

*“Hay gente que está muy mal. Incluso hay una chiquita que se autolesiona y se ha intentado suicidar varias veces cortándose las venas.”*

Sis consideren que l'atenció dels professionals respecte als problemes psíquics o de depressió no són tractats adequadament.

*“Hay mucha necesidad de un psicólogo o terapeuta para así poder dar salida a la ansiedad.”*

*“Necesidad de un profesional que pueda ayudar y orientar frente a ciertos problemas psicológicos. Poder contar con alguien de confianza para desahogarse.”*

*“Enseguida que vas al médico y dices lo que te pasa te mandan al psicólogo o psiquiatra y éste te da pastillas que lo único que hacen es dejarte todo el día zombi. Te dejan colgada y no te enteras de nada en todo el día.”*

*“Cuando he ido al psicólogo me he recetado pastillas. No me he sentido a gusto con él, desconfío de él, no le veo con ganas de ayudar.”*

*“Sólo hay un psiquiatra para toda la prisión, además el psicólogo no nos visita mucho, receta siempre pastillas.”*

## **SEXUALITAT.**

Set dones creuen que existeix una manca d'informació respecte a la reinfecció del VIH per mitjà de les relacions sexuals que provoca que algunes dones no prenguen mesures i precaucions per a evitar el contagi.

*“Yo coloco los preservativos en los locutorios, en los vis a vis, y hay gente que los usa y quien no, haya ellos.”*

*“La gente con SIDA debería tomar precauciones y ser responsables, hay que ni se lo dicen a su pareja cuando están en el vis a vis , lo menos sería hacerlo con el preservativo, pero hay que ni se preocupan por tomar esa precaución.”*

*“La gente no los utiliza , se piensan que como ya tienen anticuerpos no pasa nada y eso no es así.”*

*“Hay que toman precauciones y hay otras que lo hacen con 2,3 o 4 sin tomarlas porque tienen ya el SIDA y pasan de todo , sin preocuparse por la reinfección.”*

*“Yo estoy concienciada en utilizar el preservativo para evitar contagios , pero otras no porque dicen que si ya tienen los anticuerpos de nada sirve utilizarlo.”*

Segons quatre internes, les peculiars característiques del medi penitenciari amb activitats mixtes favoreixen tot tipus de relacions; la prostitució encoberta també és un factor de risc de contagi de la SIDA.

*“Algunas internas mantienen relaciones sexuales con otros internos en el polideportivo, aseos, etc., de una manera sin control e irresponsable, no utilizando preservativos en muchos casos debido a la urgencia del momento.”*

*“Hay casos de prostitución encubierta en los vis a vis, chicos o chicas se prostituyen a cambio de dinero u otros beneficios.”*

Quatre participants mencionen les relacions homosexuals entre les internes del mòdul.

*“Aquí hay mucha tortillera, a mi eso no me gusta, me cae fatal.”*

*“Algunas internas mantienen relaciones sexuales entre ellas.”*

*“Hay un grupo de mujeres que mantienen relaciones sexuales entre ellas. Sus guarrerías las hacen delante de otras internas, en el comedor, rincones del patio,... y eso molesta a otras internas, especialmente a las gitanas más mayores. No tienen respeto por nadie.”*

Huit dones están concienciades del risc de contagi del VIH per mitjà de les relacions sexuals si no prenen mesures de prevenció.

*“Yo no sería capaz de tener relaciones sin decirlo, menudo cargo de conciencia después si infectas a una mujer.”*

*“No quiero mantener relaciones sexuales con mi pareja porque el está terminal del SIDA y no quiere utilizar preservativo.”*

*“A la gente que le pasa es porque no se ponen el globo ese que hay que ponerse.”*

*“Tengo muy claro utilizar el preservativo.”*

*“Además del vis a vis hay otras ocasiones en que se aprovecha para mantener relaciones sexuales sin ningún tipo de precauciones.”*

La inclusió de preservatius masculins o femenins en el lot mensual de les dones és una demanda sol·licitada per 3 dones per evitar contagis i reinfeccions.

*“No hay preservativos en el lote mensual.”*

*“Deberían de dar en el lote de las mujeres preservativos también, igual que en el de los hombres ¿por qué no lo hacen?”*

## **ENTORN I HABITABILITAT.**

La percepció que tenen 7 dones del mòdul és d'un lloc massa estret, excessivament reduït, amb un ambient fred i poc acollidor.

*“Esto es un pozo. Miras y sólo ves paredes blancas. En Meco había cespèd y daba mucha vida. Tampoco habían esas puertas automáticas que hay aquí. Estaba una puerta al entrar al módulo y era normal, de las que abres con llave. Había otro ambiente. También en Algeciras porque era más pequeña, éramos unas cincuenta.”*

*“En Meco el chabolo estaba mejor, era más grande. Yo estaba en una de una persona. Lo pedías y te lo daban. Tenías incluso tu ducha dentro. Aquí cuando llegué me dieron un chabolo deprimente. Entrabas y se te caía el alma a los pies.”*

En general les queixes mencionades per les internes sobre les deficiències de l'entorn són les següents:

*“Hay 3 plantas y 4 duchas por planta para 110 mujeres, es un problema grande de higiene.”*

*“La temperatura del agua de las duchas no tiene término medio: o es agua caliente o es agua fría.”*

*“Falta la calefacción.”*

*“En las habitaciones del vis a vis se carece de intimidad, no hay cortinas para poder mantener relaciones sexuales con tu pareja de una forma privada e íntima, tienes que estar observable por si algún funcionario le da por asomarse.”*

*“Las duchas de los módulos también carecen de cortinas y hay que utilizar plásticos. En los chabolos tampoco hay cortinas que nos reserven un poco de intimidad cuando nos cambiamos”.*

*“Hay masificación en el módulo, lo cual ocasiona conflictos en el comedor, con peleas por una silla o un sitio en una mesa...”*

*“Los chabolos deberían ser individuales según la ley penitenciaria, pero eso no se da porque normalmente hay 2 por chabolo.”*

*“La enfermería carece de instrumentos y máquinas necesarias. No hay medios materiales para tener una buena atención sanitaria.”*

*“La cama no tiene somier, sino que se apoya sobre una plataforma de piedra.”*

*“Hay ratoncitos en el comedor y en algunos chabolos. Estando comiendo me pasó uno entre los pies y da mucho asco.”*

## **INFORMACIÓ RESPECTE A LA SALUT.**

Sis de les internes col·loquiades es consideren estar en general informades, en comparació a 7 que consideren que hi ha manca d'informació respecte a temes específics.

*“Falta información por ejemplo sobre la Candida, nos dicen que no nos preocupemos, pero si tu te das un morreo con tu pareja puedes infectarte y no te lo dicen. Aquí hay mucha Candida.”*

*“De información hay suficiente y los médicos la dan. Han venido una o dos veces a dar alguna charla.”*

*“Información hay mucha sobre cualquier enfermedad.”*

*“Si que hay información, pero muchas internas no la aplican.”*

*“Hay una falta de información sobre higiene y el tema de la reinfección del VIH que hace que muchas internas no se cuiden como deberían, ni utilicen preservativos o chutas limpias.”*

*“Hay poca información sobre salud, enfermedades y higiene entre la mayoría de nosotras.”*

El principal problema per a 5 dones és la inconsciència ("pasotisme"), doncs no s'utilitza la informació. També es senyala com a raó la poca capacitat d'algunes internes per a comprendre les coses.

*“Información hay, pero después depende ya de las personas, las que sean analfabetas ni se enteran o ni quieren enterarse de nada.”*

*“Si la gente no previene es porque no quiere.”*

*“Muchos problemas vienen de la inconsciencia y la ignorancia de la gente.”*

*“Información hay, no es problema de que no haya o no llegue, sino de que la gente no haga caso. Pero de donde no hay no se puede sacar, hay que son muy cortas...”*

*“La gente pasa de la información. El otro día en la charla sobre el SIDA yo fui y vi entrar a varias con anticuerpos y al cabo de un rato vi como salían todas, cuando debería ser a ellas a las que les preocupase más.”*

Tres dones consideren que el Taller de Salut és un recurs útil per transmetre-les informació.

*“El Taller de Salud ha hecho mucho para informar sobre el uso del preservativo. También ha sido muy interesante el taller sobre relaciones sexuales que realizó la médico Rosa.”*

*“El Taller de Salud ha hecho muchas cosas positivas para informar.”*

*"Faltaría más información sobre higiene y estilos de vida saludables a nivel personal y colectivo, o sea como respetar la higiene del módulo. Creo que esta faena debería de llevarla a cabo el Taller de Salud".*

## **MATERNITAT.**

El col·lectiu de dones consumidores de drogues de major edat de la mostra (majors de 30 anys) expresa per una part, una preocupació pels fills en quan a la seua educació, informació i el distançament en la seua relació amb ells, i d'altra banda la deficiència en l'atenció mèdica especialitzada. En açò últim també coincideix el col·lectiu de no consumidores de substàncies addictives.

*"Además de mujer, soy madre...y me preocupo por mis hijos. Sobre todo que la familia esté bien informada de los temas es importante, pero ellos están bien."*

*"Sé que a mi hijo le he hecho mucho daño, pero no soy yo también la sociedad tiene culpa. No somos solo nosotros culpables. Aquí hay mucha injusticia. Por un error que hayas cometido estás pagándolo con demasiado. Estos años tan bonitos y perdidos..."*

*"Cuando veo a mi hija en las comunicaciones en esa ventanilla, se me rompe el corazón. Por eso solo la veo ahora en los vis a vis. En la calle está con mis padres."*

*"Una interna con anticuerpos estaba preñada, pero el médico no se lo dijo hasta pasar casi 6 meses. Ella le decía al médico que no le bajaba la regla, pero éste le decía que era debido a que había dejado de pincharse. No le dieron importancia."*

## **DROGUES.**

11 dones consideren que la droga és el problema més important, origen d'un gran número de malalties, influint de tal manera la seua presència en el mòdul que condiciona el seu estil de vida.

*"Lo más importante es que si sigue habiendo droga seguirán habiendo enfermedades."*

*"La droga hay mucha. Te tropiezas con ella o la buscas. Yo no me la puedo quitar de la cabeza."*

*"Hay un 80% de la gente que se droga y aproximadamente un 60% que son seropositivas."*



*"Estás tan pendiente de meterte, ansiosa, que sólo vives pensando en eso, te da igual que la chuta tenga sangre o no, o se meten siete seguidas."*

La utilització de les xeringues és pràctica habitual. El problema que es detecta és manca d'higiene en l'ús i de responsabilitat, ja que es comparteixen amb asiduitat (8 dones):

*"Hay toxicómanas que no limpian y ni utilizan chutas limpias o nuevas porque dicen que si ya tienen el VIH les da igual..."*

*"Se pasan las chutas sin ningún tipo de precaución; algunas chutas se construyen con antenas u otras cosas. Las agujas de tan gastadas te hacen un agujero en el brazo; mucha falta de higiene."*

*"La gente está mal y aunque sepa que no es bueno, sólo piensan en que necesitan ponerse y cogen la chuta de cualquiera, aunque no la conozcan de nada. Yo no, y menos aquí con las condiciones que se dan."*

Per la preocupació que crea el contagi del VIH quan la via d'administració de la droga és intravenosa, es tendeix a modificar les seues formes de consum.

*"Si te pinchas puedes coger anticuerpos, pero si te lo fumas también puedes coger otras enfermedades."*

*"Mucha gente consume por vía intravenosa, cuando hay otras vías de administración menos perjudiciales y peligrosas para la salud."*

*"Aquí hay de todo. Desde las que se pinchan, las que se lo fuman o se lo meten por la nariz. Que esnifen no he visto muchas, hay más bien pocas."*

Hi ha dos internes que consideren que el consum per via intravenosa no és una pràctica habitual.

*"Desde que estoy aquí no he visto ninguna jeringuilla. La gente se lo mete por la nariz o en plata, porque droga hay muchísima. Si hubiera alguna jeringuilla, no veas, con las que somos aquí haríamos cola por chutarnos. Pero como no hay es más higiénico, no sé."*

*"Aquí de insulinas nada. No sé como se drogan, si se lo fuman, o con plata, pero lo de las insulinas es mal rollo, porque se lo tienes que pedir"*

*al médico y es él el que te tiene que pinchar, porque si te llevas la insulina ya sabe para qué es."*

Segons alguns comentaris, l'existència de droga en el mòdul és una realitat que el centre sembla obviar i no voler assumir.

*"Se deberían dar jeringuillas aquí dentro. Pero es un problema de intereses. La droga está y está porque los de arriba quieren, lo que podrían hacer es repartir jeringuillas."*

*"Todo el problema que aquí hay es por la drogadicción. No hay que cerrar los ojos ante la realidad, aunque el centro pueda no reconocerlo, sabes que existe."*

Una de les internes es queixa que es donen permisos a gent toxicòmana, ja que, és pràctica corrent introduir droga en el mòdul a la tornada.

*"De droga aquí hay. Esta mal que gente que ha dado positivo, porque eso por la orina se sabe, o la ven que están drogadas les den permisos. Después éstas salen y cuando vuelven meten más droga dentro."*

Hi ha opinions diverses respecte al consum de drogues i al tractament amb metadona.

*"Yo consumía mucha cocaína, pero aquí no puedes, te rallarías, te volverías loco, todo el día con los nervios... ¡Con lo nerviosa que soy yo! Aquí se consume más heroína, que te deja más tranquila, pero a mi no me gusta, nunca me he puesto. Los porros tampoco me gustan y aquí tampoco es bueno..."*

*"A mi me parece bien que se droguen, porque si están endrogadas se les pasa más rápido y es un día menos, no se dan cuenta de nada."*

*"Veo importante lo de la metadona, aunque hay gente que sigue consumiendo con ella también, pero estoy contenta de que exista."*

L'ingrés en presó és una etapa on degut a les limitacions i a la major dificultat en aconseguir droga algunes han deixat de consumir, encara que altres en canvi s'han iniciat en el consum.

*"Cuando ingresé lo pensé y decidí dejarme la droga. Ahora paso de eso."*

*"En el tema de las drogas cuando estás dentro, aunque hay droga, no*

*tienes la posibilidad de conseguirla todos los días y te desenganchas físicamente, y podría haber una ayuda psicológica para desengancharse totalmente."*

*"Yo empecé a consumir al entrar en prisión, antes no consumía."*

## **LA SIDA.**

El principal problema de salut per a el 13 de les internes és la SIDA o tindre els anticossos front al VIH.

*"El problema más grande que hay es el SIDA."*

*"Pienso que el problema más importante de salud en prisión es el SIDA, sin ninguna duda."*

*"La principal enfermedad son los anticuerpos."*

*"Hay un alto porcentaje de internas con anticuerpos sobre todo entre las más jóvenes."*

S'aprecia una preocupació pel contagi i desenvolupament de la SIDA, trobant-se diferents comentaris sobre aquesta infecció.

*"A mí me preocupa si una amiga tiene eso que se apega porque entonces eso a mí me lo puede pegar y eso no..."*

*"De las maquinillas para depilarse también se dejan, aquí dentro hay de todo, pero dicen que si te esperas un día ya no hay ninguna posibilidad de contagio."*

*"La gente se reinfecta porque cree que eso no agrava la enfermedad. El agravamiento y bajada de defensas viene dado en gran parte por comerse la cabeza y no estar animada."*

*"El bicho está en el ambiente..."*

*"El virus del SIDA lo poseemos todos en nuestro cuerpo y solo a algunos se les despierta el virus. Si estas siempre pensando y preocupada por los anticuerpos padeces más riesgo de que el virus despierte."*

Set internes reclamen millor tracte i atenció a les malaltes i portadores del VIH, per part dels professionals, així com una millora en la seua dieta alimentícia.

*“Hay poca asistencia a los enfermos terminales de SIDA.”*

*“No se les da la debida atención, ni los alimentos necesarios. Deberían tomar condimentos alimenticios más fuertes.”*

*“A las que tienen anticuerpos les haría falta más cariño y atención para que ya que les faltan globulos de esos que no les bajasen más las defensas, pero como no se les presta atención, pues cada vez están peor.”*

*“Aquí se necesita más apoyo, sobre todo para esta gente.”*

*“A las enfermas se las debería de tratar mejor con más atención médica y sobre todo mejores alimentos para prolongarles la vida y mejorar su calidad de vida.”*

*“La comida es muy mala, sin vitaminas, sin los aportes necesarios para que las enfermas de SIDA recuperen sus defensas.”*

*“La gente con SIDA y anticuerpos deberían estar en enfermería.”*

La marginació i discriminació als malalts i portadors del VIH resulta per a 4 de les col·loquiades una actitud i comportament habitual, el qual agreuja, segons elles, l'estat en el que es troben.

*“Aquí hay mucha gente con SIDA. Yo enseguida me doy cuenta por la cara quien es y quien no es, ya que la gente no lo dice y la mayoría lo son. Hay que se lo callan y no lo dicen porque sino la gente dice: ésta tiene anticuerpos. A mí me es lo mismo y lo digo, no tengo ningún problema.”*

*“Hay marginación hacia las enfermas del SIDA, sobre todo de las mujeres que no se quieren acercar a ellas y las tienen como aisladas del resto de la gente.”*

*“Aquí de 109 mujeres, seguro que por lo menos 70 tienen anticuerpos y casi todas de 30 para abajo. Y si no se dice yo veo muy mal que no se diga. A mí no me importa decirlo, aunque por eso luego me discriminan más, pero yo no sería capaz de tener relaciones sin decirlo.”*

*“Hay enfermos del SIDA que padecen discriminación por parte de otras internas.”*

Nou dones denuncien una mala o nula aplicació de l'article 60 del reglament penitenciari per a les malaltes en fase terminal, algunes de les quals són ingresades en l'Hospital Penitenciari.

*"No se aplica el art. 60."*

*"El principal problema en prisión es el SIDA, ya que mata a la gente y quizás ellos no lo llegan a ver, pero es porque los sacan de allí antes de que se mueran. La gente va bajando de defensas y comienzan a tener enfermedades hasta que pillan una gorda. Es algo palpable que afecta a muchos de los que están aquí. La gente se muere."*

*"El art. 60 no se lleva a cabo en la mayoría de los casos."*

*"El art. 60 no se aplica bien, se da en el último momento. Si una persona que tiene el bicho y se levanta todos los días aún estando mal, es que quiere vivir y quiere luchar y que se le debería apoyar y no pasar de él, ...,hay mucho mamoneo."*

*"La utilización del art. 60 es la pena de muerte solapada de la manera como se utiliza."*

*"No veo bien lo del art. 60, a la gente la deberían dejar salir antes para que viva lo que le queda con su familia y pueda disfrutarlo."*

*"Yo tengo un amigo que se murió hace poco en el hospital del SIDA, ¿Por qué dejan a esas personas que estén aquí?"*

*"Esto es un cementerio de vivos ¿Por qué no se dan art.60? Esta gente que se esta muriendo...esto no es vida ni es nada..."*

*"Hay mucha dificultad de acceder al art.60 para poder ir a alguna residencia o a sus casas."*

## **ATENCIÓ MÈDICA**

Existeixen opinions divergents respecte a l'atenció i tracte dels metges. Dos internes els consideren bons i adequats, coincidint amb dones que segueixen tractament especial (epilepsia...), front a un 18 que es queixen de la deficiència en l'atenció i tracte poc humà.

*"Siempre he estado bien atendida por los médicos. Así como otras se quejan de que no les dan tratamiento, a mi eso nunca me ha pasado, siempre me han cuidado bien."*

*"Buen trato con el médico."*

*"Sólo he acudido una vez al médico y me trato muy bien, los especialistas no los conozco."*

*"Los médicos deberían de ser más competentes y preocuparse más."*

*"No acaban de prestar la atención que deberían a las internas."*

*"No es bueno estar con un dolor de barriga por la mañana y que no vengan a verte hasta la tarde y mientras tanto ahí estás retorciéndote. El módulo 8 es el peor atendido está y la culpa la tienen ellas."*

*"La atención médica aquí es una catástrofe."*

*"Los médicos deberían de tener un respeto y un trato diferente con los enfermos de SIDA. Se les trata como uno más, cuando necesitan más cuidados. Los médicos ni te tocan y siempre te recetan lo mismo. Mucho mangoneo. Tuve un cólico de riñón y hasta los ocho días no me enviaron al hospital. Somos conejillos de indias de los estudiantes, no te toman en serio."*

*"Aquí vas al médico por un dolor de pie, o tienes unas ronchas, o te duelen los ojos el médico te dice que no te pasa nada, que es normal, que es cosa de los anticuerpos."*

*"En tres años que estoy aquí el médico ni me ha escuchado. El médico ni te toca, ni te hace una exploración, te diagnostica a distancia."*

*"Dicen que los médicos que hay son buenos profesionales, pero si no ejercen no lo sabes. El médico visita lunes, miércoles y viernes y los martes y jueves con visitas concertadas. Los días que visita, viene se está un rato tomando café y leyendo el periódico en el despacho, y cotilleando con las funcionarias hasta que se hacen las doce. De doce a una, que es cuando nos cierran en el "chabolo", tiene que visitar a 100 internas. Tal vez no tantas, porque no todas están enfermas siempre, tal vez 60 o 70. Ya me dirás si en sólo una hora puede hacer tal cantidad de visitas, ni a una por minuto."*

*"Paso de ir al médico, porque veo a la gente cómo está, y pienso cómo he entrado y cómo saldré, sobre todo cuando tienes una condena larga. El médico no te informa, no te dice qué tratamiento te hace seguir, te pone una inyección o te da una pastilla y tampoco te dice qué te ha dado. A mi me da mucha paranoia tomarme algo que no sé lo que es. Hay más gente como yo, pero hay otras que, por salir, se meten la pastilla o la inyección."*

*"El médico, cuando has ido porque tienes algo que te duele te dice ¿qué te has puesto? y eso crea un sentimiento de menosprecio hacia tu persona."*

*"No te tratan como a una persona humana."*

10 internes senyalen el retràs existent en el tractament, atenció i tràmits que el metge realitza i també respecte al retràs en les eixides a l'hospital.

*"Las analíticas tardan bastante en darlas a conocer."*

*"La cita para el ginecólogo y el dentista se da normalmente al cabo de un mes o mes y medio."*

*"Yo padezco de la garganta, tenía unos quistes cancerosos y me dijeron que tenía que operarme, porque era importante, tarde dos años. Estuve continuamente insistiéndole al médico, que me decía que el hospital no había dicho nada. Mi madre fue al hospital y resultó que ya habían dado aviso al centro, y a mi no me habían dicho nada. Ahora tengo que volver a operarme, pero ahora tengo que continuar dándole el palo al médico e insistiéndole para que lo tenga en cuenta. Aquí si quieres algo tienes que estar continuamente insistiendo."*

*"Tardan bastante en que te lleven al hospital por alguna consulta."*

*"Aquí va todo por instancias, tanto para ver al dentista como al trabajador social. Para cualquier cosa se lo piensan mucho, si estás enferma antes te envían al jefe de sección que al médico."*

*"Yo pedí unas vitaminas al médico por flojedad y llevo cuatro meses esperándolas."*

També la manca d'especialistes és motiu de queixa (8 internes), preocupació manifestada sobre tot per les dones no consumidores.

*"Considero que el problema más grande que tengo es el no tener revisiones periódicas del ginecólogo."*

*"Antes iba a revisión del ginecólogo cada 6-8 meses, aquí sólo he salido una vez al hospital."*

*"Se supone que hay una ginecóloga que viene una vez al mes, pero yo ya hace tres meses que no la he visto, estando apuntada."*

*"El problema es del equipo médico, que no atienden, en general, hay algunos que sí. Por la experiencia que he tenido, también en otros centros, el problema principal es la falta de especialistas."*

L'atenció del dentista és insuficient, per a dues dones, senyalant-se la massificació en la consulta com a raó, degut a la gran quantitat de demandes en aquest tema.

*"El dentista atiende a demasiada gente, está muy masificado, y por eso sólo viene por el módulo el lunes y atiende a cuatro o cinco internas, esto es muy problemático para las todas, porque la mayoría tenemos problemas de dientes y caries."*

La revisió mèdica que es realitza al ingressar en la presó és incompleta i superficial, considerant-se com perjudicial per a la salut de les recluses (2 internes).

*"No hay una revisión completa de tu estado de salud cuando ingresas."*

*"Se debería hacer un chequeo completo solo llegar a ingresos, ya que si alguien tiene alguna cosa contagiosa lo extenderá por el módulo."*

Una de les recluses afirma que no es manté la confidencialitat dels informes metges de les internes.

*"Algunos internos en enfermería manejan informes médicos de otros internos/as. A mi me dijeron cosas de mi salud que yo sólo se lo había comentado al médico."*

Hi ha dos dones que relacionen la inadequació de l'atenció mèdica amb la categoria professional.

*"En el módulo no hay médicos, son ATS"*

### **3.- PROPOSTES**

#### **ALIMENTACIÓ.**

Les propostes en aquest tema es centren en millorar tant la qualitat com la quantitat de la alimentació, augmentant el presupost per a aquest fi, donant-se situacions específiques que requereixen més aport i augment del control de qualitat. També es suggereix que siguin els propis interns/es els que realitzin aquesta supervisió.

*"Mejorar la calidad de los alimentos (9 respuestas):*

*"...más vitaminas y proteínas; menos grasas y dulces".*

*"Que den más alimento en la comida".*

*"Que se aumente el presupuesto para tener mejor alimentación".*

*"Que hubiese algún tipo de control de la comida".*



*"Que los alimentos sean supervisados por los internos".*

*"Leche y dietas especiales para las que tengan necesidad".*

### **ESTILS DE VIDA.**

Es sugereix el canvi de comportaments i de les persones que estan en presó:

*"Que haya más higiene".*

*"Intentar cambiar el comportamiento de la gente".*

### **HIGIENE DEL MEDI.**

En general les propostes s'adrecen a canvis o millores en infraestructura com la construcció de més dutxes, augment de medis per a la higiene individual en els lots que distribueix el centre (incluint la inclusió de més maquinetes d'afeitar, lleixiu, preservatius) i incorporar els preservatius en el lot d'higiene femenina, i també distribuir xeringues estèrils. Finalment hi ha propostes de mantenir més netes, fumigades i desratitzades les instal·lacions generals.

*"Dar en el lote mensual más papel higiénico, jabón y lejía, y guillettes de afeitar".*

*"Hacer más duchas".*

*"Lavar la ropa de los enfermos con riesgo de contagio en otra lavadora y no mezclarla con el resto".*

*"La prevención, que den más higiene, más lejía".*

*"Sería necesaria más higiene".*

*"Dar en el lote maquinillas y preservativos"*

*"Que el centro de jeringuillas y preservativos en el lote mensual"*

*"Repartir preservativos en el lote a las mujeres".*

*"Repartir chutas en los lotes".*

*"Un lote cada dos semanas, en vez de que sea mensual".*

*"Hacer algo por solucionar el problema de las chutas en mal estado, ya que provocan muchas infecciones. Que den en el lote de limpieza chutas".*

*"Una botella de lejía como mínimo una vez por semana para mantener con higiene el chabolo y evitar contagios y propagación del virus".*

*"Tener platos y cubiertos propios que ellas mismas pudiesen limpiarlos en el chabolo y poder cambiarlos cada cierto tiempo (esto se hace en Palma). Si no dejarles, al menos, las bandejas para cada una que se las pueda lavar en el chabolo".*

*"Fumigar contra las ratas, y otros insectos y parásitos".*

*"Más limpieza".*

## **RELACIONES INTERPERSONALS.**

Les propostes es plantegen per a millorar la relació entre les pròpies internes (major responsabilitat personal) i entre elles i les funcionaries o treballadores/rs del centre (més respecte). També hi ha suggerències respecte a la forma de classificació interior i en quan a criteris per a assignar llocs de treball als tallers. S'expressa una necessitat de més recolzament psicològic i afectiu.

*"Aquí lo que debían de cambiar es el trato con las funcionarias"*

*"La preocupación, el trato humano es lo que yo cambiaría".*

*"Pero lo que se debía hacer es juntar a la gente que es humilde, buena, que es castiza, sea gitana o paya en el mismo "Chabolo" y no que estemos tan mezcladas da lo mismo que seas buena o mala, que te drogues o no".*

*"La gente lo que necesita es también, igual que fuera, cariño, apoyo, sentirse atendida porque si no se seguirá tirando a la droga".*

*"Que haya más trato, según lo que se necesita. Tiene que haber mayor atención psicológica y afectiva".*

*"Que la gente sea más responsable personalmente y en la relación con los demás"*

*"Que se clasifique a las internas. Como módulo de mujeres sólo está éste. Aquí viene a parar todo, tanto la gente que quiere currar con talleres y con ganas como las que pasan de todo. Entonces se crea muy*

*mal ambiente. Harian falta dos módulos y separar a la gente, como pasa con los hombres".*

*"Que en los destinos se tenga preferencia por aquellas que no tengan dinero, y así podrían cobrar algo de dinero; y no que los destinos se den por enchufe a gente que no tiene tanta necesidad económica".*

*"Que cojan en los talleres a las indigentes que no tienen peculio, al menos cobrarían dos o tres mil ptas.".*

*"Que haya mayor respeto entre funcionarias e internas".*

*"Que se las trate como personas y no como a un número".*

*"...Mientras no tengan en cuenta a la persona en lo que es y no se la trate como a un número...".*

*"Que no pusieran a toda la gente junta, las que estan enfermas las llevaran a otro sitio...".*

*"Menos recuentos que ocasionan que entre semana se duerma todo"*

*"Mejor atención por parte de las funcionarias y profesionales. Que te traten como a una persona".*

## **MALALTIES.**

No es formulà cap proposta.

## **MEDICACIÓ.**

*"Más vitaminas para las enfermas de SIDA".*

## **ALTERACIONS EMOCIONALS I PROBLEMES PSICOLÒGICS.**

S'expressa la necessitat de fer més activitats fora del mòdul, comptar amb més incentius i motivacions, així com tenir a professionals especialitzats en ajudar i recolzar psicològicament. Es senyala la realització de tallers o grups on coneixer's millor i preparar-se per a l'eixida en llibertat.

*"Salir más del módulo".*

*"Trabajar toda la gente, en el campo por ejemplo".*

*"Darle a la gente un incentivo, algo por lo que vale la pena levantarse cada día con otro ánimo".*

*"Que hallan profesionales especialistas para la ayuda psicológica".*

*"Apoyo y atención de cara a poder afrontar mejor su estancia en prisión y prepararlas para la calle".*

*"Talleres o grupos terapéuticos que les puedan ayudar a conocerse, apoyarse y dar salida al estrés y la depresión".*

### **SEXUALITAT.**

*"Que den preservativos también a las mujeres".*

### **ENTORN-HABITABILITAT.**

En general es proposa millorar les instal·lacions i el seu manteniment i decoració.

Hi ha una proposta que cada cel·la siga ocupada per una sola persona.

*"Mejores condiciones en las instalaciones".*

*"Pinturas para los chabolos".*

*"Quitar el videt, o en su defecto hacerlo servir como tal".*

*"Cortinas para los vis a vis, duchas y el chabolo".*

*"Arreglar las tazas water y cisternas rotas".*

*"Chabolos para sólo una persona y no para dos personas, así se evitarían muchos contagios".*

### **INFORMACIÓ SOBRE SALUT.**

No solament es fan propostes de donar més informació, sinò també de "conscienciar" als interns i internes per que no caiguen en l'actitut de "ponerse una venda en los ojos". També hi ha una proposta que aquestos temes es plantegen en forma de tallers.

*"Hacer consciente a la gente. Charlas, coloquios sobre esos temas...".*

*"Es importante hacerles conscientes de lo que les pasa, que no se pongan una venda en los ojos".*

*"Dar más información, los médicos, para que tomen conciencia de la enfermedad y no la oculten".*

*"Taller y actividades para ayudarlas a conocerse a sí mismas, autoayuda, etc. Así les ayudarían para una mayor reinserción".*

## **MATERNITAT.**

No es formularen propostes.

## **DROGUES.**

Les propostes es situen en impedir l'entrada de droga al centre, en el compliment de penes en centres de deshabituació, i en la distribució de xeringues estèrils.

*"Es muy dificil porque mientras haya droga..."*

*"La posibilidad de aplicar más el art. 57.1 para ingresar en centros de desintoxicación".*

*"Que haya más control de la droga para que no entre".*

*"A las toxicómanas las deberían tratar de otra manera, puede ser ingresándolas en centros de desintoxicación."*

*"Se deberían poner al alcance de las internas chutas nuevas para evitar el intercambio de las ya utilizadas."*

## **ATENCIÓ MEDICA.**

Es proposa una millora en la qualitat de l'atenció mèdica que es reb i la necessitat de comptar amb més especialistes.

*"Que los médicos se preocupen más".*

*"Que los médicos realicen bien su trabajo: horario de atención, trato con los pacientes, exploraciones,..."*

*"Mejor atención médica. Más tiempo para verlas y poder saber de verdad qué les pasa y no dar siempre la misma pastilla".*

*"Un ginecòlego en el mòdulo; mejor atención del dentista".*

*"Más especialistas (ginecòlego, terapeutas, dentista...)"*

*"Sería necesario que hubieran especialista".*

*"A las enfermas deberían llevarlas a los hospitales".*

*"Mejor atención médica".*

#### **SIDA.**

Les propostes es centren en el repartiment de xeringues estèrils i en oferir la llibertat a les internes/ns malaltes/ts.

*"Que den chutas".*

*"La posibilidad de aplicar más el art. 60, para los enfermos terminales".*

*"Una interna se ofrece para experimentar con alguna nueva vacuna contra el VIH".*

*"Mayor flexibilidad y disponibilidad en la aplicación del art. 60".*

*"Que dieran más art. 60 que no los dan, para la gente que está peor"..*

*"Crear Granjas y Centros en el campo donde poder enviar a las enfermas".*

#### **VARIS.**

*"Se necesitaría que la gente tuviera una iniciativa, una oportunidad".*

#### **4.- TIPUS DE REPOSTES SEGONS ELS DISTINTS GRUPS DE LA MOSTRA: GITANES, NO GITANES, CONSUMIDORES DE DROGUES, NO CONSUMIDORES.**

No es percebeixen grans diferències en el tipus de respostes en funció dels grups en els que ha sigut dividida la mostra. Encara que les gitanes més majors constitueixen un grup especial. Per l'escassa informació oferida en la majoria dels temes i per les relacions que mantenen amb la resta d'internes en el mòdul, es mostren com un grup més homogeni i tancat.

En el grup de dones teòricament consumidores de drogues (segons la informació de la treballadora social i les testics privilegiades) escasament realitzen referències al tema de les drogues, evitant qualsevol comentari respecte de la seua existència o consum, aplegant alguna d'elles a negar l'existència de xeringues en el mòdul.

Entre les dones que consumeixen substàncies addictives, solament les de major edat han fet referència a la seua maternitat.

En general, totes les dones han col·laborat en el desenvolupament dels col·loquis i s'ha mantingut un ambient positiu i de confiança, sense tensions. Sols en algun cas i per circumstàncies molt particulars han tingut problemes en comentar les seues opinions, per por a la posterior utilització de la informació o per la seua poca capacitat d'expressió

#### **4.- CONCLUSIONS.**

##### **A NIVELL GENERAL**

Encara que la interpretació de les xifres en aquest tipus d'estudis s'ha de pendre amb certes precaucions ja que no totes les internes han opinat sobre els mateixos ítems, sinò sobre els que elles mateixes han suggerit, les quantitats poden donar una orientació del major o menor pes de les seues opinions.

Una vegada recollida la informació dels col·loquis realitzats, es pot constatar que els temes que preocupen principalment a les dones en presó són: la infecció pel VIH/SIDA (senyalat per 1 de cada 3 de les col·loquiades) i les drogues (una quarta part les mencionen). Respecte a la SIDA hi ha que indicar que es parla indistintament d'anticosos o de SIDA, ficant especial referència en la seua preocupació per l'elevada mortalitat que comporta, reiterant-se l'escasa o nula aplicació de l'article 60 (una de cada cinc), i també la manca d'atenció i recolzament a les portadores del VIH. En referència a les drogues, les internes reconeixen el seu consum habitual i el que aquestes condicionen la seua vida i relacions dins del mòdul, així com el risc adicional per ésser via de transmissió de moltes malalties. Fonamentalment és la manca d'higiene en l'ús de

xeringues i la seua freqüent re-utilització el que porta els majors problemes en la seua salut (una de cada cinc ho pensa).

Malgrat que aquestos són els principals problemes, hi ha que mencionar altres temes que per l'elevat número de comentaris es dedueix que els suposen preocupació:

- # Les alteracions emocionals i problemes psicològics, provocats per les condicions i limitacions de l'entorn en el que viuen.
- # La deficiència percebuda en la qualitat de l'alimentació i en la dieta; s'assenyala especialment la carència de suplementos i aportacions d'aliments en les persones malaltes i de major edat, i la necessitat d'una bona alimentació per a mantenir la salut.
- # L'elevat número de malalties com la sarna (per haver-la patit varies dones en el mòdul recentment) i d'altres patologies infeccioses.
- # Queixes referides tant a l'administració d'un mateix tractament independentment de les malalties, com del retràs en l'administració de la medicació. Així com una deficient atenció i tracte poc humà per part dels professionals metges que apareix en quasi la meitat de les entrevistades.
- # Una tercera part de la mostra senyala una deficiència en els hàbits d'higiene personal de les internes.
- # Respecte a l'entorn apareixen com més senyalats, la dificultat de mantenir uns comportaments higiènics adequats en les relacions entre les internes, degut a l'espai tan limitat per viure, i la insuficiència en el lot mensual de desinfectants, detergents,...etc. per a mantenir la neteja del mòdul (una tercera part ho refereix).



## **EN RELACIÓ A LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA**

En relació a la infecció per VIH/SIDA es pot concloure:

- # És el principal problema de salut percebut per les dones en presó en aquest centre, segons les col·loquiades.
- # Dels comentaris efectuats per les internes es desprén la preocupació i la por a la transmissió, l'interés per què s'agilitze l'aplicació de l'article 60, i la demanda d'un millor tracte i atenció (tant a nivell mèdic com de recolzament psicològic) per a les afectades de la infecció.
- # Finalment es senyala l'existència de rebuig i marginació en el mòdul de dones.

A banda d'allò que s'acabava d'esmentar, en la majoria dels temes comentats en els col·loquis apareixen comentaris en relació directa o indirecta amb la infecció per VIH/SIDA. Aquestos comentaris s'expressen en aquesta taula resum. En la tercera columna s'afegeixen les propostes que poden ser tingudes en compte alhora de dissenyar futures intervencions.

A partir de la informació que es desprén de tots aquests comentaris, es podria concloure que alhora de dissenyar una intervenció front al VIH/SIDA en les dones del centre de compliment s'hauria de tindre en compte aquests aspectes:

1. És un problema sentit com important per la població diana
2. S'haurien d'abordar tant aspectes preventius, com de tractament mèdic i de recolzament psicològic, així com d'implicació institucional per a promoure determinats canvis (intervenció en drogodependències, ús de xeringues estèrils, ús de preservatius)

Taula 11A: Comentaris i propostes sobre la SIDA

TEMES	COMENTARIS SOBRE LA SIDA	PROPOSTES
<b>Alimentació</b>	<p>S'observa en 11 de les entrevistes, una preocupació per la carència d'aportacions alimentícies suplementaries per a les persones malaltes de SIDA i les majors.</p> <p>"Tendria que haber dietas especiales para las mujeres mayores que tienen problemas de osteoporosis por falta de calcio y sobre todo a las enfermas del SIDA y con anticuerpos alimentos con más proteínas y leche."</p> <p>"No dan suplementos a nadie ni a los que están sin defensas."</p>	
<b>Estils de vida Autocura</b>	<p>"La gente que tiene anticuerpos no se acaba de cuidar. Yo voy tomando mis precauciones. No tantas como debería, pero voy haciendo. Hay que les da lo mismo. Por ejemplo, están bebiendo café y te lo piden, y les avisas que tienes una infección en la boca, y hay que entonces no beben, pero otras te dicen que da lo mismo, que no pasa nada, y si que pasa."</p>	<p>"Intentar cambiar el comportamiento de la gente".</p>
<b>Entorn</b>		<p>"Repartir chutas en los lotes de higiene" (5)</p>
<b>Relacions Interpersonals</b>	<p>"La gente cuando tiene un vis a vis y no quiere ir con los pelos en las piernas piden una maquinilla a las que tengan y hay enfermas del SIDA que se lo callan y si te haces un corte te contagias los virus."</p> <p>"Poca responsabilidad de la gente. Se callan si tienen una enfermedad. Pueden haber 3 duchándose que tengan sarna y eso se pega, pero no te dicen nada. Se lo dicen al médico, pero el médico no te lo puede decir a ti. Hay que tienen candida, pero cuando les pides tabaco o café no te lo dicen, y eso se pega, la gente pasa mucho."</p>	<p>"La gente lo que necesita es también, igual que fuera, cariño, apoyo, sentirse atendida porque si no se seguirá tirando a la droga".</p> <p>"Que haya más trato, según lo que se necesita. Tiene que haber mayor atención psicológica y afectiva".</p> <p>"Que la gente sea más responsable personalmente y en la relación con los demás"</p>
<b>Medicació</b>	<p>En allò que es refereix a la medicació especial per a combatre la SIDA, tres dones donen opinions diferents en quan a la seua conveniència i efectes:</p> <p>"No hay atención especial para los enfermos de SIDA. Si toman Retrovit y no les va bien, no se les da otra alternativa. Si tu dices que eso no te va bien, ellos te dicen: ¿quién es el médico aquí? Y tienes que tomar la medicación o tirarla a la basura o esconderla."</p> <p>"Todas las enfermas del SIDA toman Retrovit, que es un medicamento que está muy bien para subir las defensas y que no cojas cualquier cosa."</p> <p>"Algunas enfermas del SIDA (o con anticuerpos) pasan de tomarsela porque dicen que es lo mismo, pero la SIDA es una enfermedad mortal."</p>	<p>"Más vitaminas para las enfermas de SIDA".</p>
<b>Alteracions emocionals i Problemes Psic.</b>	<p>"Hay algunas enfermas del SIDA que llevan muy mal el estar muriéndose en la prisión. Algunas no pueden soportarlo y se chinan, como una chica que hace poco se chinó en la ducha y con la sangre se la restregó por toda la cara. Esta chica tiene graves problemas psicológicos."</p>	<p>"Lo peor de todo es el tiempo libre sin ocupar, eso es lo que más nos afecta a nuestro estado, se deberían hacer talleres o actividades que nos ayudasen a llevar mejor nuestra estancia."</p> <p>"Salir más del módulo".</p> <p>"Trabajar toda la gente, en el campo por ejemplo".</p> <p>"Darle a la gente un incentivo, algo por lo que vale la pena levantarse cada día con otro ánimo".</p> <p>"Que hallan profesionales especialistas para la ayuda psicológica".</p> <p>"Apoyo y atención de cara a poder afrontar mejor su estancia en prisión y prepararlas para la calle".</p> <p>"Talleres o grupos terapéuticos que les puedan ayudar a conocerse, apoyarse y dar salida al estrés y la depresión".</p>

Taula 11B: Comentaris i propostes sobre la SIDA

TEMES	COMENTARIS SOBRE LA SIDA	PROPOSTES
<b>Sexualitat</b>	<p>Set dones creuen que existeix una manca d'informació respecte a la reinfecció del VIH via relacions sexuals que provoca que algunes dones no prenguen mesures i precaucions per a evitar el contagi.</p> <p>"Yo coloco los preservativos en los locutorios, en los vis a vis, y hay gente que los usa y quien no, haya ellos."</p> <p>"La gente con SIDA debería tomar precauciones y ser responsables, hay que ni se lo dicen a su pareja cuando están en el vis a vis, lo menos sería hacerlo con el preservativo, pero hay que ni se preocupan por tomar esa precaución."</p> <p>"La gente no los utiliza, se piensan que como ya tienen anticuerpos no pasa nada y eso no es así."</p> <p>"Hay que toman precauciones y hay otras que lo hacen con 2,3 o 4 sin tomarlas porque tienen ya el SIDA y pasan de todo, sin preocuparse por la reinfección."</p> <p>"Yo estoy concienciada en utilizar el preservativo para evitar contagios, pero otras no porque dicen que si ya tienen los anticuerpos de nada sirve utilizarlo."</p> <p><b>Según cuatro internas, las peculiares características del medio penitenciario con actividades mixtas favorecen todo tipo de relaciones, así también la prostitución encubierta son factores de riesgo de contagio del SIDA.</b></p> <p>"Algunas internas mantienen relaciones sexuales con otros internos en el polideportivo, aseos, etc., de una manera sin control e irresponsable, no utilizando preservativos en muchos casos debido a la urgencia del momento."</p> <p>"Hay casos de prostitución encubierta en los vis a vis, chicos o chicas se prostituyen a cambio de dinero u otros beneficios."</p> <p><b>8 mujeres están concienciadas del riesgo de contagio del VIH a través de las relaciones sexuales si no se toman medidas de prevención.</b></p> <p>"Yo no sería capaz de tener relaciones sin decirlo, menudo cargo de conciencia después si infectas a una mujer."</p> <p>"No quiero mantener relaciones sexuales con mi pareja porque el está terminal del SIDA y no quiere utilizar preservativo."</p> <p>"A la gente que le pasa es porque no se ponen el globo ese que hay que ponerse."</p> <p>"Tengo muy claro utilizar el preservativo."</p> <p>"Además del vis a vis hay otras ocasiones en que se aprovecha para mantener relaciones sexuales sin ningún tipo de precauciones."</p>	<p>La inclusió de preservatius masculins o femenins en el lot mensual de les dones és una demanda sol·licitada per 3 dones per a evitar contagis i reinfeccions.</p> <p>"No hay preservativos en el lote mensual."</p> <p>"Deberían de dar en el lote de las mujeres preservativos también, igual que en el de los hombres ¿por qué no lo hacen?"</p> <p>"Repartir preservativos en los lotes de higiene de las mujeres" (5)</p>
<b>Entorn i habitabilitat</b>		<p>"En las habitaciones del vis a vis se carece de intimidad, no hay cortinas para poder mantener relaciones sexuales con tu pareja de una forma privada e íntima, tienes que estar observable por si algun funcionario de da por asomarse."</p>
<b>Informació sobre Salut</b>	<p>"Si que hay información, pero muchas internas no la aplican."</p> <p>"Hay una falta de información sobre higiene y el tema de la reinfección del VIH que hace que muchas internas no se cuiden como deberían, ni utilicen preservativos o chutas limpias."</p> <p>"Hay poca información sobre salud, enfermedades y higiene entre la mayoría de nosotras"</p> <p><b>El principal problema para el 5 mujeres es la inconsciencia (pasotismo), pues no se utiliza la información. También se señala como causa la poca capacidad de algunas internas para comprender las cosas.</b></p> <p>"Información hay, pero después depende ya de las personas, las que sean analfabetas ni se enteran o ni quieren enterarse de nada."</p> <p>"Si la gente no previene es porque no quiere."</p> <p>"Muchos problemas vienen de la inconsciencia y la ignorancia de la gente."</p> <p>"Información hay, no es problema de que no haya o no llegue, sino de que la gente no haga caso. Pero de donde no hay no se puede sacar, hay que son muy cortas..."</p> <p>"La gente pasa de la información. El otro día en la charla sobre el SIDA yo fui y vi entrar a varias con anticuerpos y al cabo de un rato vi como salían todas, cuando debería ser a ellas a las que les preocupase más."</p>	<p>"Hacer consciente a la gente. Charlas, coloquios sobre esos temas..."</p> <p>"Es importante hacerles conscientes de lo que les pasa, que no se pongan una venda en los ojos"</p> <p>"Dar más información, los médicos, para que tomen conciencia de la enfermedad y no la oculten"</p> <p>"Taller y actividades para ayudarlas a conocerse a si mismas, autoayuda, etc. Así les ayudarían para una mayor reinserción"</p>

Taula 11C: Comentaris i propostes sobre la SIDA

TEMES	COMENTARIS SOBRE LA SIDA	PROPOSTES
<b>Drogues</b>	<p>"Hay un 80% de la gente que se droga y aproximadamente un 60% que son seropositivas."</p> <p>"Estás tan pendiente de meterte, ansiosa, que sólo vives pensando en eso, te da igual que la chuta tenga sangre o no, o se meten siete seguidas."</p> <p><b>La utilización de las jeringas es práctica habitual. El problema que se detecta es de falta de higiene en su uso y de responsabilidad, ya que se comparten con asiduidad (8 mujeres):</b></p> <p>"Hay toxicómanas que no limpian y ni utilizan chutas limpias o nuevas porque dicen que si ya tienen el VIH les da igual..."</p> <p>"Se pasan las chutas sin ningún tipo de precaución; algunas chutas se construyen con antenas u otras cosas. Las agujas de tan gastadas te hacen un agujero en el brazo, mucha falta de higiene."</p> <p>"La gente está mal y aunque sepa que no es bueno, sólo piensan en que necesitan ponerse y cogen la chuta de cualquiera, aunque no la conozcan de nada. Yo no, y menos aquí con las condiciones que se dan."</p> <p><b>Por la preocupación que crea el contagio del VIH cuando la vía de administración de la droga es intravenosa, se tiende a modificar sus formas de consumo.</b></p> <p>"Si te pinchas puedes coger anticuerpos, pero si te lo fumas también puedes coger otras enfermedades."</p> <p>"Mucha gente consume por vía intravenosa, cuando hay otras vías de administración menos perjudiciales y peligrosas para la salud."</p> <p>"Aquí hay de todo. Desde las que se pinchan, las que se lo fuman o se lo meten por la nariz. Que emifen no he visto muchas, hay más bien pocas."</p> <p><b>Hay dos internas que consideran que el consumo por vía intravenosa no es una práctica habitual.</b></p> <p>"Desde que estoy aquí no he visto ninguna jeringuilla. La gente se lo mete por la nariz o en plata, porque droga hay muchísima. Si hubiera alguna jeringuilla, no veas, con las que somos aquí haríamos cola por chutarnos. Pero como no hay es más higiénico, no sé."</p> <p>"Aquí de insulinas nada. No sé como se drogan, si se lo fuman, o con plata, pero lo de las insulinas es mal rollo, porque se lo tienes que pedir al médico y es el que te tiene que pinchar, porque si te llevas la insulina ya sabe para qué es."</p>	<p>Segons alguns comentaris, l'existència de droga en el mòdul és una realitat que el centre pareix obviar i no voler assumir.</p> <p>"Se deberían dar jeringuillas aquí dentro. Pero es un problema de intereses. La droga está y está porque los de arriba quieren, lo que podrían hacer es repartir jeringuillas."</p> <p>"Todo el problema que aquí hay es por la drogadicción. No hay que cerrar los ojos ante la realidad, aunque el centro pueda no reconocerlo, sabes que existe."</p> <p>"Es muy difícil porque mientras haya droga..."</p> <p>"La posibilidad de aplicar más el art. 57.1 para ingresar en centros de desintoxicación."</p> <p>"Que haya más control de la droga para que no entre."</p> <p>"A las toxicómanas las deberían tratar de otra manera, puede ser ingresándolas en centros de desintoxicación."</p> <p>"Se deberían poner al alcance de las internas chutas nuevas para evitar el intercambio de las ya utilizadas."</p>
<b>Atenció Mèdica</b>	<p>"Los médicos deberían de tener un respeto y un trato diferente con los enfermos de SIDA. Se les trata como uno más, cuando necesitan más cuidados. Los médicos ni te tocan y siempre te recetan lo mismo. Mucho mangoneo. Tuve un cólico de riñón y hasta los ocho días no me enviaron al hospital. Somos conejillos de indias de los estudiantes, no te toman en serio."</p>	

- Si es realitzara una intervenció educativa preventiva, aquesta hauria d'anar dirigida a augmentar la informació sobre tot allò referit a la infecció per VIH/SIDA per a corregir els conceptes i creències equivocades que alguna de les col·loquiades presenta; però també hauria d'anar orientada a aconseguir unes actituds favorables respecte a l'adopció de pràctiques preventives i l'acceptació i no marginació de les persones afectades; i finalment també dirigir-se a l'adquisició d'habilitats per a la realització de les esmentades pràctiques preventives

---

## **B.- IDENTIFICACIÓ DE CONEIXEMENTS, ACTITUTS I PRÀCTIQUES DE RISC RESPECTE A LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA EN LES DONES PENADES D'UN CENTRE PENITENCIARI.**

---

A continuació s'ofereixen els resultats de l'estudi de 'Coneixements, Actituds i Pràctiques de Risc respecte a la SIDA', realitzat mitjançant un qüestionari complimentat a través d'entrevistes individuals a 38 internes penades del Centre de Compliment de l'Establiment Penitenciari de València. Aquest estudi està realitzat en un temps distint a l'Audició anterior, per la qual cosa la mostra és diferent. Encara que pot haver-hi algunes dones que han pogut participar en ambdós estudis, aquesta qüestió no influeix en els resultats ja que persegueixen objectius distints. A hores d'ara es pretén identificar i quantificar en la mesura de les possibilitats, els aspectes assenyalats en l'Audició sobre el VIH/SIDA que fan referència als coneixements, actituds i pràctiques sexuals de risc de les dones penades del centre.

### **1.- VARIABLES SOCIODEMOGRÀFIQUES.**

El resum dels resultats ve en la Taula 1.

**Edat:** La mitja d'edat de les 38 dones enquestades és de 24.5 anys, amb una desviació de 5.2 anys.

**Estat civil:** el 50% són solteres, el 24% casades i el 18% separades.

**Situació laboral abans d'ésser ingressades i font d'ingressos principal:** la gran majoria de les entrevistades, un 71%, no treballava: referia estar en l'atur, ser mestressa o dedicar-se a d'altres activitats. La font d'ingressos principal d'un 50% de les enquestades, era el propi treball o el subsidi de desocupació; un 32% considerava les activitats il.legals com a principal font d'ingressos.

**Taula 12. Estat civil, situació laboral, font principal d'ingressos, nivell d'instrucció, temps efectiu passat a la presó i temps previsibles d'estar a la presó de les dones entrevistades.**

VARIABLE	N*	%
<b>Estat civil:</b>		
Solteres	19	50
Casades	9	24
Divorciades	7	18
Vídues	3	8
<b>Situació laboral abans de l'ingrés a la presó</b>		
Treballant	11	29
Atur, mestressa, altres	27	71
<b>Font principal d'ingressos abans de l'ingrés a la presó</b>		
Treball o subsidi	19	50
Activitats il·legals	12	32
Aportacions familiars	7	18
<b>Nivell d'instrucció</b>		
Bàsics incomplets	14	37
Bàsics complets o F.P.	19	39
Batxiller o universitat	5	9
<b>Temps efectiu passat a la presó</b>		
< 1 any	12	30
De 1 a 3 anys	16	43
> 3 anys	10	27
<b>Temps previsible d'estar a la presó:</b>		
< 6 mesos	24	63
De 6 a 12 mesos	6	16
> 12 mesos	8	21

Edat mitja 25.5 anys

\*N=38

**Nivell d'instrucció:** Un 37% havia cursat estudis bàsics incomplets, un 39% referia haver-els finalitzat o haver cursat estudis de Formació Professional; i un 9% afirmava tindre estudis de Batxillerat o Universitaris.

**Ingrés a centres penitenciaris:** més de la meitat de les dones, un 55%, afirmava que aquest era el seu primer ingrés en presó. Un 50% van ingressar per primera vegada quan tenien menys de 25 anys. Un 16%, 6 dones, quan tenien entre 16 a 19.

**Temps d'estar als centres:** El temps efectiu d'estar a la presó (comptant totes les estades) era de menys d'un any per al 30% de les enquestades; d'un a tres anys per al 43%; i més de 3 anys per al 27% del total de les dones. La majoria, un 63%, pensava que en el moment de realitzar l'enquesta, els quedaven menys de 6 mesos per eixir en llibertat (Veure Taula 2).

**Taula 13. Freqüència de respostes encertades referides als coneiximents que les dones entrevistades tenen sobre la SIDA**

VARIABLE	N*	%
Compartir agulles i xeringues pot contagiar la SIDA	31	82
El preservatiu evita el contagi	35	92
La mare portadora pot contagiar al xiquet que va a nàixer	37	97
Diferencien entre portador i malalt	20	53
L'aigua no desinfecta les xeringues	33	87
El lleixiu desinfecta agulles i xeringues	14	37
El sexe oral pot contagiar	25	66
Evitar l'ejaculació en el sexe oral no evita el contagi	18	47

\*N=38

## 2.- INFORMACIÓ I CONEIXEMENTS SOBRE LA SIDA.

**Fonts d'informació sobre la SIDA** (Veure Taula 3): en el darrer mes, partint de la data de l'enquesta, un 87% de les dones havien rebut alguna informació sobre la SIDA mitjançant la televisió; un 63% l'havien rebuda per la premsa; un 57% per la seua companya de cel.la; i un 42%, a través del metge del centre penitenciari. Tan sols 6 persones referien haver-ser informat per altres professionals del centre diferents al metge.

**Coneixements sobre la SIDA** (Taula IV): un 53% diferenciaven entre ésser portador i tindre la SIDA, la resta, un 47% confonien els termes o no ho sabien segur i no contestaven.

La majoria de les entrevistades coneixia ben bé els mecanismes de transmissió de la infecció i les formes de prevenció: un 82% coneixien el risc de contagi per compartir

agulles o xeringes, i també a través de l'aigua de les "xutes" (xeringues). Un 92% identificaven l'ús del preservatiu com una forma d'evitar el contagi; un 97% també sabien que una mare infectada pot transmetre el virus al xiquet que va a nàixer.

**Taula 14. Nombre de parelles sexuals des que ingressaren al centre i freqüència de relacions sexuals de les dones entrevistades en els darrers tres mesos**

VARIABLE	N*	%
<b>Nombre de parelles sexuals des que estan en el centre</b>		
0	6	16
1	26	68
2	3	8
DE 3 A 6	3	8
<b>Nombre de relacions sexuals en els darrers tres mesos</b>		
0	6	16
1	6	16
2	20	53
>=3	2	5
NS/NC	4	10

\*N=38

Però mentre sabien que l'aigua no pot desinfectar les xeringues i agulles (un 87% ho tenien clar); menys de la meitat, un 37%, reconeixia el lleixiu com un medi eficaç per desinfectar els objectes possiblement contaminats amb el virus.

En quan al sexe oral, una tercera part de les entrevistades no l'identificava com a un mecanisme de transmissió, i un 53% opinaven equivocadament que al sexe oral evitant l'ejaculació, també s'evita el contagi.

### 3.- PRÀCTIQUES DE RISC I SEROPOSITIVITAT AL VIH.

**Nombre de parelles sexuals:** (Veure Taula V) 26 dones de les entrevistades, un 68%, dien haver tingut una sola parella sexual des que havien entrat al centre. 6 internes haver mantingut relacions amb dues parelles i finalment tres dones, amb més de tres parelles diferents.

**Nombre de relacions sexuals en els darrers tres mesos:** (Veure Taula V) 20 internes, un 53%, contestaven que havien tingut 2 relacions; un 25% referia haver



mantingut tres o més contactes. Finalment 6 internes, un 16%, un contacte. La resta o no referien cap contacte sexual, o no contestaren a la pregunta.

**Freqüència d'ús del preservatiu:** Tan sols 4 dones de les 25 que referien tindre habitualment relacions sexuals amb un sol home, un 16% manifestaven haver utilitzat sempre preservatiu en les tres darreres relacions. 17 dones, és a dir, un 68% no l'havia utilitzat mai i un 16% alguna vegada (Veure Taula VI).

**Taula 15: Freqüència d'ús del preservatiu i pràctiques sexuals de risc en les dones amb una sola parella home, referit als 3 últims contactes sexuals.**

VARIABLE	N	%
<b>Freqüència ús del preservatiu</b>		
Cap vegada	17	68
1 ó 2 vegades	4	16
Les tres vegades	4	16

**Seropositivitat al VIH i parelles portadores:** 21 dones, un 55% referia ser seropositiva; 16, un 42%, no tenia anticossos i tan sols una dona manifestava no estar segura de ser portadora o no de VIH. Per una altra banda 12 de les dones, un 31%, sabien segur que mantenien relacions amb parelles amb anticossos de la SIDA; 3 no ho sabien segur; i 6, un 16% coneixien ben bé que les seues parelles eren portadores. Un 45% no van contestar (Veure Taula VII).

**Taula 16: Coneixement de seropositivitat entre les dones i entre les seues parelles.**

	Freqüència vih entre les dones entrevistades (n=38)		Freqüència vih entre les seues parelles (n=38)	
	N	%	N	%
VIH +	21	55	12	31
VIH -	16	42	6	16
Dubten	1	3	3	8
Ns/nc	0	0	17	45

**Consum de drogues abans d'ingressar al centre penitenciari:** Un 68%, és a dir 26 de les 38 dones, manifestaren ser consumidores, tant d'heroïna com de cocaïna, abans d'entrar a la presó. En els tres mesos previs a entrar al centre, un

26% del total havia compartit xeringues amb algun company mentre que un 47% no ho havia fet en cap ocasió.

**Accés als preservatius en presó:** un 75% contesta que és fàcil d'aconseguir, mentre que un 8% diu que és difícil. En quan a la comoditat del condó: mentre un 47% manifesta que és incòmode, un 31% pensa en canvi que és còmode i un 32% es defineix en el terme mig entre incomoditat i comoditat.

#### **4.-EFICÀCIA, INTENCIÓ I CONSEQÜÈNCIES DE REALITZAR COMPORTAMENTS PREVENTIUS DE LA SIDA.**

**Eficàcia o Capacitat de realitzar comportaments preventius:** la gran majoria de les dones entrevistades, el 76% es veuen capaces d'utilitzar el preservatiu encara que la seua parella ho considere ridícul o els manifeste que es perd plaer (74%). Un 79% també se sent capaç de demanar-li a la seua parella que es fique un condó, i de preguntar-li si és portador d'anticossos de la SIDA (87% de respostes afirmatives). El percentatge és d'un 68% respecte a qui es creuen capaces d'utilitzar sempre preservatiu.

Un 55% pensen que podrien renunciar a la penetració si no pogueren emprar un preservatiu; 21% no es defineixen d'una manera clara i un 18,5% es veuen poc capaces. Referent a si 'renunciarien a tota la relació sexual per no tindre preservatiu, encara que la parella insistira en continuar'; el percentatge de qui no es veuen capaces és d'un 24%. Així mateix, un 74% considera que podria evitar les relacions sexuals amb persones desconegudes.

El 90% considera que si els altres utilitzen el preservatiu evitaran el contagi de la SIDA.

**Intenció:** Un 30% pensa que mai utilitzarà el preservatiu, mentre que un 43% pensa que sí que l'utilitzarà. Un 58% diuen que no reduiran la penetració vaginal. Un 53% diu que "sí" reduirà el sexe oral. La gran majoria, un 84% diu que no deixarà de mantenir relacions sexuals. Un 63% evitarà quedarse embarassada. A

la pregunta de si “duràs sempre un preservatiu”; un 42% diu que no ho farà i un 24% que sí que el durà.

A la pregunta de si “et mantindràs tota la vida sense consumir heroïna”, tan sols un 6% diu que “no”, mentre un 31% pensa que “sí”; un 63% no es defineix tot quedant-se en posicions intermitges. Un 43% manifesta que reduirà les relacions sexuals amb consumidors de drogues per via parenteral, mentre un 10% diu que no ho farà.

**Conseqüències:** el 71% de les entrevistades pensa que és poc o gens probable que faça el ridícul per utilitzar un preservatiu. Un 62% no pensa que el preservatiu pugui dificultar l'erecció. Un 52% pensa que si utilitza el preservatiu no és probable que la parella pense que té la infecció per VIH. Un 26% pensen que és molt probable que utilitzar preservatiu els llevarà plaer sexual, un 39% no ho consideren gens probable, i un 23% es queden en valoracions intermitges.

Hí ha un 26% que pensa que pot espatllar la situació. Un 26% diu que “si pensa en les pràctiques de risc no pot disfrutar”; un 30% diu que “el preservatiu l'impideix deixar-se dur”; un 29% pensa que “el preservatiu condiona la seua llibertat” i un 24% que “lleva encant a la situació”.

Un 45% pensa que si utilitza preservatiu evitarà infectar-se de la SIDA mentre que un 21% pensa que no és probable que això passe. Un 42% pensa que amb el condó evitarà infectar a la seua parella, un 27% no ho veu probable. El 71% considera que utilitzant el preservatiu evitaria un embaràs.

**Inconsistència entre informació i actituds, comportament i intenció en l'ús del preservatiu (Veure Taula VIII):** en aquesta Taula es mostren algunes inconsistències detectades en les respostes de les internes. Inconsistències referides a una bona informació sobre el condó com a mètode per evitar la SIDA i una alta capacitat percebuda respecte al seu ús, i també un fàcil accés en el medi penitenciari; que contrasten amb l'utilització real dels profilàctics i amb la intenció d'emprar-los en el futur.

**Taula 17: Inconsistència entre informació, accés, capacitat percebuda; i el comportament i la intenció respecte a l'ús del preservatiu.**

<b>Informació:</b>	
"El preservatiu evita el contagi de la SIDA" (percentage d'encerts).....	92%
<b>Accés:</b>	
"El preservatiu és fàcil o molt fàcil d'aconseguir al centre penitenciari" (estan d'acord) .....	75%
<b>Eficàcia:</b>	
"dones que es veuen capaces d'utilitzar-lo en diverses situacions" .....	73%
<b>Intenció d'utilitzar-lo sempre en el futur</b> .....	43%
<b>Intenció de dur sempre un condó</b> .....	24%
<b>Usen sempre condó (en les 3 darreres relacions sexuals)</b> .....	16%

## 5.- CONCLUSIONS.

1. La majoria de les dones penades menors de 45 anys del Centre de Compliment de València coneixen els mecanismes de transmissió del VIH: un 82% saben que es pot transmetre per compartir agulles i xeringues; un 97% saben que la mare infectada embarassada pot contagiar el virus a qui va a nàixer
2. Encara que saben, amb un percentatge del 92%, que el preservatiu pot evitar el contagi de la SIDA; sols un 37% reconeix el lleixiu com a un bon desinfectant d'objectes contaminats pel virus
3. Un 55% de les entrevistades manifestava ésser portadora del virus de la SIDA; i una tercera part del total referia tindre relacions sexuals amb parelles seropositives
4. Encara que un 75% de la mostra considerava que es fàcil aconseguir preservatius a la presó, únicament un 16% de les dones que manifestaven haver tingut rela-

cions sexuals dins del centre penitenciari, havien utilitzat sempre el preservatiu en els tres darrers encontres, un 68% no l'havia usat en cap dels tres moments

5. La majoria de les entrevistades se senten capaces de realitzar mètodes de reducció de risc en les pràctiques sexuals (per exemple ús del preservatiu) encara que la parella pose objeccions. Així mateix, més de la meitat de les dones entrevistades pensa que no existeixen conseqüències negatives que es deriven d'utilitzar el preservatiu
6. Un 43% manifesta la intenció d'utilitzar en el futur el preservatiu i un 24% refereix que el durà sempre

#### **4.2.- DISSENY DEL PROGRAMA: LA ACCIÓ ¿QUÈ FER? ¿COM?**

##### **A.- FÒRUM COMUNITARI: COM LLUITAR CONTRA LA SIDA DES DEL MEDI PENITENCIARI.**

###### **1.- RESULTATS DE L'AVALUACIÓ DEL PROCÉS**

En les reunions participaren un total de 347 interns/es d'un total d'aproximadament 1300. L'avaluació sobre com s'havia desenvolupat el Fòrum, fou realitzada pels membres del Taller de Salut, ací s'ofereixen llurs comentaris de manera textual:

###### **A) Com s'havien sentit els membres del Taller:**

###### **Aspectes negatius:**

- *Necesidad de plantearse unos objetivos más concretos y adaptar la actividad a estos objetivos asi como al grupo ya que cada módulo ha sido bastante distinto*
- *Hubiera salido mejor si se hibiese trabajado en grupos mas pequeños, aunque esto exige más trabajo y dedicación*
- *Falta de preparación*

- *Hablar en la mesa, entre nosotros*
- *Falta de concienciación de lo que estamos haciendo*

**Aspectes positius:**

- *En ocasiones nos hemos sentido "entre la espada y la pared", siendo internos pero dando mensajes en positivo*
- *Ha aumentado nuestra credibilidad e identidad como grupo que puede hacer cosas*

**B) Participació dels assistents:**

- *Participación desigual, en algunos módulos unos pocos monopolizaban la discusión*

**C) Metodologia, Fòrum Comunitari:**

**Aspectes negatius**

- *Se presta al boicot, al lucimiento personal, protagonismo, puede existir falta de representatividad*
- *Se han detectado actitudes de huida, no afrontar el problema*

**Aspectes positius**

- *Se ha dado información práctica*
- *Han aparecido los temas de concienciación, prevención y reinfección*
- *En algunos casos se aceptaba la responsabilidad*
- *Se ha innovado con este tipo de actividad*

**2.- AVALUACIÓ DE RESULTATS**

Les propostes sobre "Com lluitar contra la SIDA des de la presó..." s'agruparen en funció del públic a qui anaven dirigides (els propis interns/es, l'administració i els professionals) i posteriorment es classificaren per temes. Aquesta classificació -en funció del tema i cap a qui es dirigien les propostes- es realitzà per consens entre els professionals i els interns/es del Taller de Salut, és doncs arbitrària i podria modificar-se

en funció de qui i com s'analitzen les propostes. Entre parèntesi apareix el número de vegades que una mateixa suggerència ha sigut esmentada durant el Fòrum.

Taula n°18: Fòrum comunitari ¿cóm lluitar contra la SIDA des de la presó. Propostes dirigides a...

TIPUS DE PROPOSTES	ALS PROPIS INTERNS	L'ADMINISTRACIÓ	ALS PROFESSIONALS
Conscienciació, informació, educació per a la salut	×	×	×
Consum de drogues, ús de xeringues, distribució de lleixiu	×	×	—
Ús de preservatius	×	×	—
Atenció professional, tractaments	×	—	×
Alimentació	×	×	—
Excarcelació	—	×	—
Programes manteniment de metadona	—	×	—
Exercici físic	×	—	—
Altres	×	×	×

Per finalitzar s'afegeixen les propostes generals i un apartat de propostes no classificables:

#### Propostes Generals

- Un problema de tots que desitgem solucionar tots (3)
- Un problema de tots
- Ficar precaucions
- Aconseguir esperança de vida
- Necessari (dibuix d'un pene ejaculant)
- Vida (3)
- Viure millor encara que no visques més
- Prevenir
- Salut
- La lluita és important

- Ficar precaucions
- Ment sana, un cos sà = qualitat de vida
- Allargar la vida
- Lluitar amb amor
- Dibuix d'una espiral amb les paraules: prohibició, presó i mort
- No agafar els anticossos de la SIDA
- Salvar a la gent que està sana

### **Propostes no classificables**

- Escolta nena ací et fique el meu telèfon, crida'm
- Quan la patà en els ous és inevitable, relaxat i passau-ho bé
- Res mentre hom segueixca intentant influir a la resta
- No s'entenen els tractaments amb Metadona: no es sap amb quina finalitat es dona, s'abusa d'ella, controlar la prescripció
- No a la metadona de manteniment
- Manca de sentiment dels pacients
- Encara que hi hagués xeringues es seguiria amb la mateixa pràctica

### **3.- CONCLUSIONS.**

Les propostes formulades coincideixen, segons els interns/es del Taller de Salut, amb qui es comenta de manera informal en els patis del centre. Es consideren que les propostes més rellevants han sigut:

**Referides a ú mateix:** la necessitat d'una major conscienciació sobre la necessitat de cuidar-se (alhora de consumir drogues per vena, alhora de les relacions sexuals, en la presa de tractaments i medicació) i també la necessitat de "cuidar" la resta d'interns (que no es deixen xeringues sense desinfectar, que no es tinguen relacions sexuals sense preservatius si n'hi ha risc d'infecció).

**Respecte a l'administració:** es destaca que augmente la distribució de preservatius (que s'incorporen al lot d'higiene femenina, que no falten en les habitacions de les comunicacions), maquinetes d'afaitar, lleixiu, i que hom



comence a distribuir xeringues estèrils. També es proposa l'excarcelació de les persones malaltes i la creació de centres d'acollida, la potenciació dels programes de manteniment amb metadona i aconseguir una major quantitat i qualitat en l'alimentació. Per últim hi ha propostes per a sensibilitzar i informar als funcionaris sobre el problema.

**Respecte als professionals:** es demana una major informació, més xerrades. S'expressa la necessitat de recolzament psicològic professional i una major atenció mèdica (explicar tractaments, controls analítics, seguiment de la malaltia).

L'activitat finalitzà amb la dinàmica de "El Joc del Més Enllà", per mitjà de la qual els interns i internes del Taller de Salut s'imaginaren un establiment penitenciari "ideal" i com hi s'abordaria el problema de la infecció per VIH/SIDA, es pretendria avaluar com s'havien assimilat totes les propostes recollides en el Fòrum Comunitari. (Veure Taula Resúm)

Nota.- Aquestes propostes i conclusions del Fòrum, es donaren a conèixer a tots els interns i internes durant la campanya del Dia Mundial de la SIDA de 1996, així com a la Direcció del centre i a la Subdirecció General de Sanidad Penitenciaria.

**Figura nº7: “El Joc del Més Enllà”**

**1.- Imáginate un talego ideal ¿cómo sería abordado el problema del sida en dicho talego ideal?**

**Sueña un poquito.**

*“Lo principal de mi sueño sería una pequeña enfermería bien equipada en el módulo, con profesionales competentes y con buen grado hacia nosotros y una alimentación adecuada”.*

*“Un módulo en el que médicamente hablando hubiese mucho más interés en el tratamiento de las personas enfermas y que nos trataran como personas que somos. Y un mayor control alimenticio tanto para las personas enfermas como para los demás”.*

*“Para empezar crearía una cárcel sin muros ni rejas, también podría a disposición de los enfermos de VIH el poder facilitarles todo tipo de medicaciones y tratamientos. Tampoco habría ningún tipo de discriminación parte de los que están sanos hacia los enfermos porque habría mucha información. También facilitaría el poder poner en manos de la familia a esos enfermos con los artículos 60 o si quieren tenernos aquí, bien cuidados con sus permisos para visitar a sus familias y sobretodo con una buena alimentación. O sea que no hubiera ningún tipo de perjuicio si ellos quisieran estar aquí. Desacartar la metadona”.*

*“Educación para la salud”.*

*“Sería una cárcel donde los mismos funcionarios fueran los primeros en estar concienciados del problema y los primeros en querer ayudarte”.*

*“Me parece que se educaría para la salud, habría una política verdaderamente eficaz en temas de prevención. Se administrarían las innovaciones en materia SIDA hacia los enfermos. Se daría un tratamiento psicológico adecuado a las necesidades del enfermo”.*

*“Sería un talego donde el trato humano entre funcionarios e internos sería la nota dominante, habría actividades para el mayor número de internos e internas y el consumo de drogas estaría legalizado con un orden. Cada día se repartiría un jeringuilla desechable con el fin de evitar la reinfección. Habría visitas médicas diarias y se dispondría de psicólogos y personal especializado para todo aquel que necesitara terapias y ayuda psicológica”.*

**2.- Si fueses director/a de ese talego ideal, ¿qué propuestas priorizarías para luchar contra el sida ahora mismo (pensando las que serían más urgentes y a la vez más fáciles de realizar)?**

*“Daría artículo 60 a todo interno/a que realmente lo necesitara y que tuviera cualquier enfermedad terminal (cáncer, sida, cirrosis, etc)”.*

*“Procuraría que hubiera una alimentación óptima y daría suplementos a las personas que lo necesitaran siempre que lo solicitaran y daría la lejía suficiente, maquinillas y preservativos en todos los lotes de higiene, tanto masculinos como femeninos. No soy partidaria de la metadona”.*

*“Pondría o procuraría medios en la calle para el tratamiento de los enfermos en contacto con la sociedad, educación para la salud y fácil acceso a ella. Alimentación adecuada y tratamiento médico. Cangeo de chuta nueva previa entrega de la vieja”.*

*“Me procuraría de que entrara la menos droga posible y como sería prácticamente imposible que no entrara nada por lo menos repartiría una jeringuilla diaria a cada toxicómano y así ya que no podría evitar que se drogasen si que evitaría que enfermasen cada vez más. En los lotes de higiene me aseguraría que hubiese lejía suficiente, maquinilla, preservativos, etc. Me ocuparía también de que tuviera una buena alimentación y ayuda psicológica para que la quisiera. Lo mismo con respecto a drogas que a la misma enfermedad (SIDA). La metadona la descartaría total.”*

*“Mejor alimentación”.*

*“Pondría una mayor información para todos, mucho más material de prevención para tal enfermedad. Un seguimiento más completo de cada persona según su situación. Y un intento, de más competencia en el personal, para una mejor convivencia entre todos.”*

*“Programas de concienciación a todo el personal, internos y funcionarios, y un buen control de analíticos para un buen seguimiento de cada situación”.*

## **B.- OPINIÓ DEL GRUP D'INTERNES I DELS PROFESSIONALS (PROFESSIONALS, DIRECTIUS I EXPERTS) RESPECTE DEL PROGRAMA.**

---

### **1.- OPINIÓ SOBRE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PROGRAMA I ELS CONTINGUTS D'AQUEST.**

Abans d'exposar els resultats, es recorda que els ítems de cadascun dels apartats s'ordenaven pels entrevistats de major a menor preferència i alhora de puntuar-los sols s'han valorat els ordenats en els quatre primers llocs, atorgant una puntuació de 4 al classificat en primer lloc, de 3 al classificat en segon lloc, 2 per al tercer i 1 per al quart. Finalment se suma tota la puntuació aconseguida per cadascun dels ítems en el grup de dones i en el grup de professionals, directius i experts, que s'anomenen genericament grup de professionals.

**Prefèrència sobre la persona que hauria de realitzar el programa:** el metge va estar el professional més puntuat per a realitzar el programa, el 67% de les dones li donava la màxima valoració que fou de 101 punts (d'un màxim possible de 152). La segona persona més valorada fou "una companyera entrenada", amb una puntuació total de 67. El següent professional preferit fou el personal d'infermeria, el qual va estar valorat amb 40 punts. Els professionals, directius i experts també li atorgaven la major puntuació al metge (47 punts d'un màxim de 76); seguit del personal d'infermeria, 39 punts, i el tercer lloc per a "una companyera entrenada" i el professor, ambdós amb 24 punts.

**Continguts a desenvolupar en el programa:** També s'observa coincidència en ambdós grups, els ítems més valorats han estat (Veure Taula):

- Saber com es contagia el virus de la SIDA i com es pot previndre la seua transmissió: 83 punts atorgats per les internes i 65 pels professionals
- Saber com actúa el virus en el cos i els efectes que produeix: 81 punts atorgats per les internes i 18 punts pels professionals
- Saber la diferència entre estar sa, ésser portador i estar malalt de SIDA: 68 punts per les internes i 42 pels professionals

**Taula 19. Continguts preferits en un futur programa. Puntuacions finals atorgades pel grup de dones i pel grup de professionals.**

ÍTEMS	DONES	PROFESSIONALS
	N=38 Puntuació màxima d'un ítem=152	N=19 Puntuació màxima d'un ítem=76
CONOCER COMO SE PUEDE CONTAGIAR Y COMO EVITAR CONTAGIARLO.	83	65
CONOCER LAS DIFERENCIAS ENTRE "NO TENER ANTICUERPOS DEL SIDA", "TENER ANTICUERPOS DEL SIDA" Y "TENER EL SIDA".	68	42
CONOCER COMO ACTUA EL VIRUS DEL SIDA EN NUESTRO CUERPO Y QUE EFECTOS PRODUCE.	81	18
CONOCER COMO PUEDE CUIDARSE UNA PERSONA CON ANTICUERPOS DEL SIDA.	60	28
CONOCER COMO UNA MUJER EMBARAZADA PUEDE PASAR EL VIRUS A SU FUTURO HIJO.	39	18
SABER QUE PASA CON LOS NIÑOS QUE HAN COGIDO EL SIDA.	25	3

**Habilitats a desenvolupar en un futur programa:** El que més desitjarien aprendre les internes fou com "poder desinfectar un objecte per a impedir la transmissió de la SIDA" (un 57% de les dones entrevistades ho considera prioritari, rep 84 punts). Després, amb 73 punts, els agradaria saber "com convèncer a la parella per utilitzar condó". En canvi els professionals puntuen en primer lloc aquest última capacitat amb 67 punts, 68% li atorguen la màxima puntuació; la segona més valorada ha estat "poder desinfectar un objecte per a impedir la transmissió de la SIDA" amb 61 punts.(Veure Taula)

**Taula 20. Habilitats preferides a desenvolupar en un futur programa. Puntuacions finals atorgades pel grup de dones i pel grup de professionals.**

ÍTEMS	DONES	PROFESSIONALS
	N=38 Puntuació Màxima d'un ítem=152	N=19 Puntuació Màxima d'un ítem=76
CONOCER COMO TENGO QUE DESINFECTAR UN OBJETO CORTANTE PARA ELIMINAR EL VIRUS DEL SIDA.	84	61
SABER COMO CONVENCER A MI PAREJA PARA QUE SE PONGA UN CONDÓN.	73	67
SABER COMO COLOCAR CON LA BOCA UN CONDÓN A MI PAREJA SIN QUE SE DE CUENTA.	52	28

**Forma de treball durant el programa (metodologia).** S'observa coincidència en ambdós grups, els ítems més valorats han estat:

- “Comunicar experiències personals en grup que m'ajuden a no contagiar-me i a no contagiar els altres”: 84 punts pel que fa a les internes (la més valorada) i 48 punts pel que fa als professionals (la segona més valorada)
- “Discutir en grup sobre les dificultats en practicar les coses que eviten la SIDA”: 76 punts per a les internes i 57 punts per als professionals (la més valorada per aquestos)
- “Rebre informació per escrit i amb dibuixos sobre la SIDA”: 75 punts per a les internes i 31 per als profesionas (ambdós grups la valoren en tercer lloc) (Veure Taula)

**Taula 21 . Forma de treball durant el programa (metodologia). Puntuacions finals atorgades pel grup de dones i pel grup de professionals.**

<b>ÍTEMS</b>	<b>DONES</b> N=38 Puntuació Màxima d'un ítem=152	<b>PROFESSIONALS</b> N=19 Puntuació Màxima d'un ítem=76
COMUNICAR EXPERIENCIAS PERSONALES EN GRUPO QUE ME AYUDEN A NO CONTAGIARME Y A NO CONTAGIAR A OTROS.	84	48
DISCUTIR EN GRUPO SOBRE LAS DIFICULTADES EN PRACTICAR LAS COSAS QUE EVITAN EL SIDA.	76	57
RECIBIR INFORMACIÓN POR ESCRITO Y CON DIBUJOS (FOLLETOS, LIBRITOS, POSTERS...) SOBRE EL SIDA.	75	31
VER ALGUNA PELICULA O LEER UNA NOTICIA SOBRE EL RECHAZO HACIA LAS PERSONAS CON SIDA Y COMENTARLO EN GRUPO.	61	21
HACER CARTELES O PROPAGANDA PARA DECIR A LA GENTE QUE ES Y COMO SE TRANSMITE EL SIDA.	58	23

## **2.-OPINIÓ DE PROFESSIONALS, DIRECTIUS I EXPERTS, RESPECTE LES CARACTERÍSTIQUES QUE HAURIA DE TENIR EL PROGRAMA.**

### **2.1. SOBRE L'EQUIP DE PROFESSIONALS QUE HAURIEN DE PORTAR A TERME EL PROGRAMA**

Entre les possibles persones que podrien dur a terme el programa, el'equip multidisciplinar fou el més puntuat, seguit d'aquell format per l'equip sanitari i els

professors. En l'apartat "altres" s'afegeixen els tres últims ítems que apareixen en la següent taula. D'aquests el referit al "Equipo Multidisciplinar más Internas" reb 8 punts.(Veure Taula)

**Taula 22 . Equip que ha d'executar el programa. Puntuacions finals atorgades pel grup de professionals. (N=19)**

<b>EQUIPS</b>	<b>PUNTUACIÓ</b> Puntuació Màxima d'un ítem=76
EQUIPO MULTIDISCIPLINAR (AREA SANITARIA, EDUCATIVA, DE TRATAMIENTO Y FUNCIONARIOS)	56 punts
PROFESIONALES DEL EQUIPO SANITARIO Y EDUCATIVO (PROFESORES).	45 punts
MEDICO, ATS Y PSICÓLOGO	37 punts
OTROS: EQUIPO MULTIDISCIPLINAR MÁS INTERNAS	8 punts
OTROS: INTERNAS EDUCADORAS	4 punts
OTROS: ANIMADOR/A DE GRUPO	1 punt

## **2.2. SOBRE LA FORMA D'IMPLANTACIÓ DEL PROGRAMA**

Respecte a la forma d'implantació del programa el ítem més valorat és "*favorecer al máximo la participación de los internos en todo el proceso de desarrollo del mismo*", seguit de la "*atención a la fase previa a la puesta en marcha del programa en el que se refiere a difusión del mismo entre la población diana y el entrenamiento y formación de los profesionales*". Per últim, s'ha puntuat en tercer lloc el "*tener en cuenta el horario de actividades de cada módulo para facilitar el acceso al programa*". (Veure Taula)

## **2.3 RESPECTE AL NOMBRE DE SESSIONS, DURACIÓ I PARTICIPANTS PER SESSIÓ**

El ítem més valorat és el que refereix que aquests aspectes es decidescuen en funció dels continguts i del grup a qui han d'anar dirigits; en segon i tercer lloc es valora també que es desenvolupe "en dos o tres sessions i amb grups de 15 a 20 internes", i que "en una primera part es plantegen les activitats en el grup gran i en una segona part en grups reduïts".(Veure Taula)

**Taula 23 . Forma d'implatació del programa. Puntuacions finals atorgades pel grup de professionals.(N=19)**

<b>ÍTEMS</b>	<b>PUNTUACIÓ</b> Puntuació Màxima d'un ítem=76
SE DEBERÍA FAVORECER AL MAXIMO LA PARTICIPACIÓN DE LOS INTERNOS EN TODO EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.	57 punts
ES NECESARIO CUIDAR LA FASE PREVIA A LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA, PARA TENER EN CUENTA ASPECTOS COMO LA PUBLICIDAD Y LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE VAN A INTERVENIR.	46 punts
HABRÍA QUE ADAPTARSE AL HORARIO DEL MODULO PARA FAVORECER LA ACCESIBILIDAD AL PROGRAMA.	41 punts
ES IMPORTANTE CONSIDERAR EN LA IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA LA ROTACIÓN DE LOS INTERNOS Y LA PERDIDA DE ESTOS POR CONDUCCIONES A OTROS CENTROS.	23 punts
EL PROGRAMA TENDRÍA UNA PRIMERA FASE DE ACCIÓN MAS DIRECTA SOBRE LAS INTERNAS Y UNA SEGUNDA FASE DE INCORPORACIÓN DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUT EN CADA AREA ESPECIFICA DEL CENTRO: SANITARIA, EDUCATIVA, DE TRATAMIENTO, FUNCIONARIADO, ETC.	22 punts

**Taula 24 . Nombre de sessions, duració i participants per sessió. Puntuacions finals atorgades pel grup de professionals.(N=19)**

<b>ÍTEMS</b>	<b>PUNTUACIÓ</b> Puntuació Màxima d'un ítem=76
EL NÚMERO DE SESIONES ESTARÁ EN FUNCIÓN DE LOS CONTENIDOS Y DEL GRUPO DE INTERNOS A QUIEN VAYA DIRIGIDO.	49 punts
EN 2-3 SESIONES DE GRUPOS PEQUEÑOS (DE 15-20 PERSONES COMO MÁXIMO).	34 punts
EN UNA PRIMERA PARTE EN GRAN GRUPO Y EN UNA SEGUNDA PARTE EN GRUPOS REDUCIDOS DE INTERNOS VOLUNTARIOS.	33 punts
CADA SESION DEBERÍA DURAR 45 MINUTOS MÁXIMO.	20 punts
SERÍA INTERESANTE QUE LAS SESIONES NO ESTUVIERAN EXCESIVAMENTE JUNTAS EN EL TIEMPO.	10 punts
EN VARIAS SESIONES (4 O 5), CON POCO TIEMPO.ENTRE ELLAS Y ABIERTAS A TODO EL MÓDULO.	8 punts
EN FUNCIÓN DE LO QUE DECIDA EL EQUIPO	4 punts

#### **2.4. SOBRE LA RELACIÓ DEL PROGRAMA AMB EL TREBALL HABITUAL DELS PROFESSIONALS DEL CENTRE.**

Respecte a la relació del futur programa amb el treball que els professionals realitzen habitualment en el centre, es valoren principalment els ítems que fan referència a incorporar a altres professionals de fora del medi per al seu engegament; que siguen els

professionals que els porten a terme qui decideixen que l'horari de realització del programa incentivant d'alguna manera les hores realitzades fora de l'horari habitual; i finalment també es valora la possibilitat que el programa es realitzi dins "horari habitual descarregant de tasques habituals als professionals que s'hi impliquen". (Veure Taula)

**Taula 25 . Relació del programa amb el treball habitual dels professionals del centre. Puntuacions finals atorgades pel grup de professionals.(N=19)**

<b>ÍTEMS</b>	<b>PUNTUACIÓ</b> Puntuació Màxima d'un ítem=76
SE PODRÍAN INCORPORAR OTROS PROFESIONALES DE FUERA DEL CENTRO.	47 punts
HABRÁ FLEXIBILIDAD HORARIA PARA LLEVARLO A CABO, DENTRO O FUERA DEL HORARIO HABITUAL. LO DECIDIRAN LOS PROFESIONALES QUE VAN A INTERVENIR. (SIEMPRE SE INCENTIVARIA SI SE HICIERAN HORAS FUERA DE LA JORNADA NORMAL)	42 punts
EL PROGRAMA SE DESARROLLARÁ DENTRO DEL HORARIO HABITUAL Y DESCARGANDO DE OTRAS TAREAS A LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPEN EN ÉL.	36 punts
LAS SESIONES DEBERÍAN HACERSE FUERA DEL HORARIO DE JORNADA LABORAL (DE 8 A 15.00 HS.), LOS PROFESIONALES RECIBIRÍAN ALGUN TIPO DE INCENTIVO (P.I. DIAS DE LIBRANZA).	19 punts
UN PROGRAMA DE ESTAS CARACTERISTICAS NO DEBERÍA SOBRECARGAR EXCESIVAMENTE EL TRABAJO HABITUAL COMO PROFESIONAL DEL CENTRO.	16 punts
FUERA DEL HORARIO LABORAL Y SIN INCENTIVAR	5 punts
ASUMIDO POR LOS PROFESIONALES DE LOS DISTINTOS EQUIPOS DEL CENTRO DENTRO DE SU TRABAJO HABITUAL	4 punts

## 2.5. OBSERVACIONS I SUGGERÈNCIES

Una metgessa qualifica l'enquesta de "tendenciosa", una altra diu que l'última pregunta (la que fa referència a la relació del programa amb el treball habitual) "sembla un poc manipuladora". Un metge suggereix que alguns aspectes de l'enquesta (no concreta quins) es discuteixquen en una reunió d'equip i finalment una altra professional creu que hi ha manca de preguntes respecte de l'avaluació del programa.

Un membre de la direcció informa de la impossibilitat d'incentivar econòmicament aquest tipus d'activitats per no existir fons específics en el centre per a aquestes intervencions.



Un dels experts insisteix que per garantir l'èxit del programa tots han d'estar implicats, des del director del centre fins a les internes, i que també tots han de prendre decisions respecte del disseny i desenvolupament del programa. La participació externa considera que sols ha d'ésser puntual.

Finalment una altra experta assenyala la importància que es produeixen canvis a nivell de formació dels professionals i d'estructura organitzativa del treball d'aquests per a que el programa pugui desenvolupar-se sense dificultats.

### **C.- DESCRIPCIÓ DEL PROGRAMA, L'ACCIÓ: ANTECEDENTS, OBJECTIUS, CONTINGUTS I RECURSOS.**

---

#### **ANTECEDENTS**

---

El programa s'ha construït a partir de les necessitats i propostes obtingudes després de la realització dels anteriors estudis.

#### **NECESSITATS**

Per mitjà de l'**Audició** es desprèn que la infecció per VIH/SIDA és un problema sentit com a important per les dones penades del Centre de Compliment de València i es conclou cara a futures intervencions:

1. Segons les demandes expressades per les pròpies internes, s'haurien d'abordar aspectes preventius, de tractament mèdic i de recolzament psicològic. Per una altra part es fa necessària una implicació institucional per a promoure determinats canvis en relació a la lluita contra la SIDA en el medi penitenciari: intervenció en drogodependències, facilitar xeringues estèrils, incorporació de preservatius en els lots d'higiene femenina, aplicació de l'excarcelació per l'article 60.
2. En el cas que es realitzara una intervenció educativa preventiva, hauria d'anar dirigida a augmentar la informació sobre tots aquells aspectes referits a la infecció per VIH/SIDA (per a corregir en la mesura possible els conceptes i

creències errònies que alguna de les col·loquiades presenta); i també amb activitats dirigides a l'adquisició d'actituds positives respecte a les pràctiques preventives (ús del preservatiu per exemple) i a l'acceptació i "no marginació" de les persones afectades; i finalment caldria que s'orientara a l'adopció d'habilitats per a incorporar les esmentades pràctiques preventives a la vida diària.

Per mitjà de l'**Estudi sobre Coneixements, Actituds i Pràctiques de Risc** s'objectiva que existeix en general un nivell alt d'informació en relació a la infecció, però una baixa freqüència en l'ús del preservatiu:

1. La majoria de les dones penades menors de 45 anys del Centre de Compliment de València coneixen els mecanismes de transmissió del VIH: un 82% saben que es pot transmetre per compartir agulles i xeringues; un 97% saben que la mare infectada embarassada pot contagiar el virus a qui va a nàixer; un percentatge del 92%, que el preservatiu pot evitar el contagi de la SIDA; i un 37% reconeix el lleixiu com a un bon desinfectant d'objectes contaminats per virus.
2. Un 55% de les entrevistades manifestava ésser portadora del virus de la SIDA; i una tercera part del total referia tindre relacions sexuals amb parelles seropositives. Únicament un 16% de les dones que manifestaven haver tingut relacions sexuals dins del centre penitenciari, havien utilitzat sempre el preservatiu en els tres darrers encontres; encara que un 75% considerava que són fàcils d'aconseguir condons a la presó. Un 68% no els havia usat en cap dels tres moments.

## **PROPOSTES**

Per mitjà del **Fòrum Comunitari** s'arreglen propostes de com lluitar contra la SIDA en el medi penitenciari. Les propostes s'adrecen als tres grups de persones implicades en dur-les a terme:

**Respecte a les pròpies/is internes/ns:** una major conscienciació sobre la necessitat de cuidar-se un mateix (alhora de consumir drogues per vena, alhora de les relacions sexuals, en la recepció de tractaments i medicació) i també cap a la resta (que no es presten xeringues sense desinfectar, que no es tinguen relacions sexuals sense preservatius si hi ha risc d'infecció).

**Respecte als professionals:** es demana que presten una major informació, més xerrades. S'expressa la necessitat de recolzament psicològic professional i una major atenció mèdica (explicar tractaments, controls analítics, seguiment de la malaltia...).

**Respecte a l'administració:** es destaca que augmente la distribució de preservatius (que s'incorporen al lot d'higiene femenina, que no falten en les habitacions de les comunicacions), maquinets d'afaitar, lleixiu i que hom comence a distribuir xeringues estèrils. També es proposa l'excarcelació de les persones malaltes i la creació de centres d'acollida, la potenciació dels programes de manteniment amb metadona i aconseguir una major quantitat i qualitat en l'alimentació. Per últim hi ha propostes per a sensibilitzar i informar als funcionaris sobre el problema.

Aquestes propostes coincideixen amb les que expresaren directament el grup de dones que va participar en l'**Audició:**

**Respecte a les pròpies/is internes/ns:**

- *"Intentar cambiar el comportamiento de la gente"*
- *"Que la gente sea más responsable personalmente y en la relación con los demás"*
- *"Hacer consciente a la gente. Charlas, coloquios sobre esos temas..."*
- *"Es importante hacerles conscientes de lo que les pasa, que no se pongan una venda en los ojos"*

**Respecte als professionals:**

- *"Dar más información, los médicos, para que tomen conciencia de la enfermedad y no la oculten"*  
*"Taller y actividades para ayudarlas a conocerse a sí mismas, autoayuda, etc. Así les ayudarían para una mayor reinserción"*
- *"La gente lo que necesita es también, igual que fuera, cariño, apoyo, sentirse atendida porque si no se seguirá tirando a la droga"*
- *"Que haya más trato, según lo que se necesita. Tiene que haber mayor atención psicológica y afectiva"*
- *"Lo peor de todo es el tiempo libre sin ocupar, eso es lo que más nos afecta a nuestro estado, se deberían hacer talleres o actividades que nos ayudasen a llevar mejor nuestra estancia"*
- *"Salir más del módulo"*
- *"Darle a la gente un incentivo, algo por lo que vale la pena levantarse cada día con otro ánimo"*
- *"Que hallan profesionales especialistas para la ayuda psicológica"*
- *"Apoyo y atención de cara a poder afrontar mejor su estancia en prisión y prepararlas para la calle"*
- *"Talleres o grupos terapéuticos que les puedan ayudar a conocerse, apoyarse y dar salida al estrés y la depresión"*

**Respecte a l'administració:**

- *"Deberían de dar en el lote de las mujeres preservativos también, igual que en el de los hombres ¿por qué no lo hacen?" (7)*
- *"En las habitaciones del vis a vis se carece de intimidad, no hay cortinas para poder mantener relaciones sexuales con tu pareja de una forma privada e íntima, tienes que estar observable por si algún funcionario de da por asomarse"*
- *"Repartir chutas en los lotes de higiene" (5)*
- *"Se deberían dar jeringuillas aquí dentro. Pero es un problema de intereses. La droga está y está porque los de arriba quieren, lo que podrían hacer es repartir jeringuillas"*
- *"Se deberían poner al alcance de las internas chutas nuevas para evitar el intercambio de las ya utilizadas"*

- *"Todo el problema que aquí hay es por la drogadicción. No hay que cerrar los ojos ante la realidad, aunque el centro pueda no reconocerlo, sabes que existe."*
- *"Es muy difícil porque mientras haya droga..."*
- *"La posibilidad de aplicar más el art. 57.1 para ingresar en centros de desintoxicación"*
- *"Que haya más control de la droga para que no entre"*
- *"A las toxicómanas las deberían tratar de otra manera, puede ser ingresándolas en centros de desintoxicación."*

### **¿PER QUÈ UNA INTERVENCIÓ EDUCATIVA?**

El resultat ideal des del punt de vista de la promoció de la salut, haguera sigut desenvolupar un programa que combinara diferents tipus d'accions (polítiques, entorn favorable, desenvolupament d'habilitats, acció comunitària, reorientació de serveis), (Libro de la OPS Antología de Promoción de la Salud) implicant als diversos actors (administració, professionals, comunitat, internes/ns) per a respondre de manera coordinada i integral al conjunt de necessitats i propostes plantejades en relació a la infecció per el VIH/SIDA en el medi penitenciari.

Però les limitacions trobades:

- absència de recolzament institucional (manca d'una política concreta de promoció, incentivació i continuïtat d'aquest tipus d'accions),
- impossibilitat de reorientar el treball professional (de l'investigador i de la resta de professionals del medi) cap a aquest tipus d'intervencions,
- i la dificultat per aconseguir modificacions immediates a l'entorn,

unides a la urgència d'intervindre, han determinat que el programa s'haja dirigit fonamentalment al desenvolupament d'habilitats personals i grupals, a capacitar a la població penitenciària per a evitar la transmissió i reinfecció del VIH/SIDA i a intentar implicar a la comunitat, a través d'una organització no governamental, en l'esmentada intervenció.

## **RECOMANACIONS**

A banda de considerar l'actuació sobre els determinants de la conducta i les recomanacions de la OMS alhora de dissenyar el programa s'ha intentat tenir en compte, les recomanacions suggerides per les internes, professionals, directius i experts, en allò que respecta a:

### **Continguts a desenvolupar:**

1. Saber com es contagia el virus de la SIDA i com es pot previndre la seua transmissió
2. Saber com actua el virus en el cos i els efectes que produeix
3. Saber la diferència entre estar sà, ser portador i estar malalt de SIDA

**Habilitats:** El que més desitjarien aprendre les internes seria com "poder desinfectar un objecte per a impedir la transmissió de la SIDA" i saber "com convèncer a la parella per a utilitzar condó".

**Metodologia:** aconseguir treballar els esmentats objectius a través de:

1. "Comunicar experiències personals en grup que m'ajuden a no contagiar-me i a no contagiar els altres"
2. "Discutir en grup sobre les dificultats en practicar les coses que eviten la SIDA"

**Equip de professionals que haurien de portar a terme el programa:** es recorda que un equip multidisciplinar fou el més puntuat, format per personal sanitari, professors, educadors, psicòlegs i inclús alguna companya entrenada a tal efecte. També incorporar a persones o professionals de fora del medi.

**Forma d'implantació del programa:** "afavorir al màxim la participació de les internes/ns en tot el procés de desenvolupament del programa" i tenir cura de "l'atenció a la fase prèvia a l'engament del mateix en el que es refereix la difusió d'aquest entre la població diana i l'entrenament i formació dels professionals". Finalment, "tindre en compte l'horari d'activitats en cada mòdul per a facilitar l'accés al programa".

**Nombre de sessions, duració i participants per sessió:** En funció dels continguts i del grup a qui anirà dirigit; seria convenient que es duguera a terme “en dues o tres sessions i amb grups de 15 a 20 internes”.

### **DEFINICIÓ DEL PROGRAMA I POBLACIÓ A LA QUE ES DIRIGEIX**

El programa (es denominà “Programa Lluna”), consisteix (es formula en present perquè el programa segueix en funcionament) en una oferta anual de “Tallers de Sexe Més Segur”, als que poden accedir de forma voluntària parelles d’interns/es que mantenen comunicacions íntimes en el mateix centre, i des de 1996 també poden accedir hòmens homosexuals i dones sense parella en el centre.



La intervenció es dirigí inicialment a parelles i no a dones soles perquè la majoria de dones penades, la població en principi objectiu d’aquest estudi, tenia parella en el centre i comunicava amb ella “vis à vis”; abordar l’adquisició de pràctiques sexuals més segures podria ser més fàcil i efectiu si estaven amb les seues parelles i a més a més la presència d’aquestes actuava d’estímul i motivació per a accedir al programa. Amb l’objectiu d’estendre l’oferta, en l’edició següent, la de 1996, la participació s’amplià a dones sense parella en el centre i a hòmens homosexuals, ja que ells mateixos demanaren poder participar.

## QUI PROMOU I REALITZA LA INTERVENCIÓ.

Al 1995, la intervenció és promoguda per l'investigador d'aquest estudi mitjançant l'equip educatiu del Taller de Salut, format per un professor, un educador, una mèdica i el propi investigador que també forma part de l'esmentat equip; en aquesta primera edició la intervenció té un caràcter pilot i es contacta amb una treballadora social experta en aquest tipus d'intervencions per què actue com a educadora voluntària, junt amb els membres de l'anterior equip.

A l'edició del 1996, s'implica a una organització no governamental de lluita contra la SIDA, AVACOS (Associació Valenciana Contra la SIDA). Partint dels resultats de l'avaluació de l'experiència del 1995, l'investigador d'aquest estudi junt amb membres de l'associació constitueixen l'Equip Lluna, i s'aconsegueix la continuïtat del programa per mitjà de la financiació parcial d'aquest per part del Plan Nacional del SIDA del Ministerio de Sanidad, incorporant-se com educadors, dos membres de l'associació AVACOS. En aquesta edició l'equip educatiu del Taller de Salut deixa de tenir una implicació directa en el programa.





Tant a l'edició del 1995 com a la del 1996, el programa es realitza fora de l'horari laboral habitual, i els professionals del centre que intervingueren, no perceberen cap remuneració, ni devolució d'hores, ni incentivació alguna.

Al 1996 i 1997 s'aconseguí per mitjà de l'Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, finançar parcialment una investigació per a avaluar i millorar el programa.

## **OBJECTIUS DE LA INTERVENCIÓ.**

---

### **OBJECTIUS GENERALS**

- \* Augmentar els coneixements respecte a la infecció per VIH/SIDA, els seus mecanismes de transmissió i prevenció
- \* Generar actituds positives cara al preservatiu i la seua utilització
- \* Adquirir habilitats que faciliten el seu ús en les relacions sexuals

### **OBJECTIUS ESPECÍFICS**

- \* Saber com actua el virus en el cos, els efectes que produeix i la diferència entre no tindre anticossos del VIH, ésser portador i estar malalt de la SIDA
- \* Adquirir la informació suficient i correcta de les vies per què pot produir-se la infecció, i també dels comportaments més segurs i de risc. Conèixer i entendre el concepte de reinfecció per VIH
- \* Identificar les pràctiques sexuals de risc en relació a la infecció o reinfecció pel VIH/SIDA
- \* Augmentar la percepció de risc respecte a la reinfecció com a factor afavoridor de l'evolució de portador a malalt de SIDA
- \* Identificar el preservatiu com forma d'evitar la infecció o reinfecció pel VIH en les pràctiques sexuals amb penetració
- \* Analitzar els inconvenients i avantatges de l'ús del preservatiu en les relacions sexuals front a la infecció per VIH/SIDA
- \* Entrenament específic en les pràctiques segures:
  - sexe més segur
  - consum de drogues més segur

- \* Entrenament en habilitats de comunicació amb la parella o amb el grup d'iguals: negociació del sexe més segur i resistència a les pressions de grup
- \* Procedir a la revisió i correcció de les dificultats en realitzar pràctiques més segures que es plantegen per mitjà de les experiències dels participants

## **ACTIVITATS I RECURSOS DE LA INTERVENCIÓ**

---

Els Tallers realitzats al 1995 se realitzaren en dues sessions perquè l'avaluació es feia fora d'aquestos. Al 1996 es decidí ampliar la duració a tres sessions per comptar amb més temps pel desenvolupament de les activitats i incorporar el temps dedicat a l'avaluació. La resta, els continguts i activitats són bàsicament idèntics. Cada Taller tingué una duració mitja de nou hores, que es distribuïen en tres sessions de tres hores cadascuna.

### **ACTIVITATS DELS TALLERS DE SEXE MÉS SEGUR 1995**

#### **Selecció dels participants.**

Es convocà a una reunió al total de dones que havia mantingut comunicacions íntimes "vis à vis" durant el mes de desembre del 1994, convidant-les a participar en un Taller de Sexe Més Segur amb les seues parelles. S'anotaren en un llistat les que voluntàriament volien assistir. A aqueix llistat s'afegiren altres dones que anaven a començar a tindre comunicacions íntimes al gener de 1995 i també volien participar. Totes elles convidaren a les seues parelles al Taller. El conjunt de participants es dividí en tres grups tenint en compte les seues afinitats personals i el seu nivell socioeducatiu.

#### **Activitats.**

Es realitzaren tres Tallers, cadascun d'ells constà de dues sessions:

#### **PRIMERA SESSIÓ**

##### **1. Presentació**

2. Diccionari del SIDA: en grups de 4 persones defineixen els termes més importants en relació al SIDA
3. Informació sobre la SIDA. Visualització d'un vídeo informatiu
4. Aclaració de dubtes. El concepte de reinfecció
5. Desinfecció de xeringues amb lleixiu. Pràctica

## **SEGONA SESSIÓ**

1. Pluja de idees: identificar pràctiques sexuals de “no risc” i de “risc” en relació al VIH/SIDA. Identificació de formes de convertir les pràctiques de risc en més segures
2. Pràctica de com utilitzar el preservatiu amb maquetes
3. Pluja d'idees: avantatges i desavantatges de l'ús del preservatiu
4. Visualització d'un vídeo sobre habilitats de negociació de sexe segur amb la parella. Realització de joc de rols per parelles
5. Elaboració en grups menuts d'un cartell-mural resum d'allò après
6. Avaluació del taller, propostes de continuïtat, es demana que expressen les seues necessitats en relació als temes tractats. S'arreglen les aportacions amb gravadora

### **Recursos humans.**

- Realitzaren els Tallers: una educadora voluntària en tallers de sexe més segur i un o dos observadors de l'equip educatiu per a l'avaluació del desenvolupament de les activitats
- Equip educatiu: un educador, un professor i dos metges (tots professionals del centre)

### **Recursos materials.**

- Sala gran, amb 30 cadires
- Papelògraf, rotuladors
- Maquetes de penis i preservatius
- Xeringues i recipients amb aigua i lleixiu
- Cartolines i pintures de cera

- Reproductor de vídeo
- Vídeo “Jóvenes, SIDA y placer” (Equipo de Prevenció de Sida. Idea original i coordinació de Josep Lluís Bimbela)
- Gravadora

**Financiació.**

Cap

**Institucions Col·laboradores.**

Centre de Compliment del E.P. de València

Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública (IVESP)

**ACTIVITATS DELS TALLERS DE SEXE MÉS SEGUR 1996**

**Selecció dels participants.**

Es convocà a una reunió a les dones del mòdul 8 (mòdul de dones del centre) i se'ls oferí participar en els Tallers de Sexe Més Segur, bé amb les seues parelles o bé soles si no en tenien de parella o aquesta no es trobava interna al Centre. Elles mateixes s'inscrivieren i convidaren a les seues parelles. Al mateix temps es contactà, per mitjà d'un informador clau, amb hòmens homosexuals ingressats al centre i se'ls oferí igualment la participació en el Taller. La formació i distribució dels grups es realitzà en base al nivell socioeducatiu dels participants i fou portada a terme per una Treballadora Social de la institució. També es tingué en compte la compatibilitat entre els interns/es que fou supervisada pel Subdirector de Seguretat del centre.

**Activitats.**

Es realitzaren sis tallers: quatre tallers de parelles, un de dones i un altre d'hòmens homosexuals. Cada taller constà de tres sessions. Aquestes activitats venen detallades en l'Anexe VII.

**PRIMERA SESSIÓ**

1. Presentació dels monitors i participants. Explicació dels continguts i objectius del taller. Elaboració de cartells d'expectatives
2. Avaluació: complimentació individual dels qüestionaris previs a la intervenció
3. Informació bàsica sobre el VIH/SIDA: visualització d'un vídeo informatiu
4. Aclaració de dubtes. Demostració pràctica de desinfecció de xeringues i colocació correcta de preservatius. Joc
5. Identificació de comportaments de risc i no risc per via sanguínea. Pluja d'idees sobre pràctiques de risc per l'esmentada via i de com fer segur allò insegur. Construcció d'escales de risc/no risc, ordenades i amb alternatives

## SEGONA SESSIÓ

1. Pluja d'idees per a identificar pràctiques sexuals de risc i pràctiques sexuals segures
2. Pluja d'idees sobre com fer segur allò insegur. El preservatiu i altres mesures
3. Pluja d'idees sobre els avantatges i inconvenients del preservatiu. Alternatives als inconvenients. Demostracions per a la transformació de les idees errònies
4. Pràctiques de com utilitzar correctament el preservatiu amb maquetes. Rectificació d'errades
5. Visualització d'un vídeo sobre habilitats en la negociació del sexe més segur. Entrenament en les esmentades habilitats mitjançant assajos i jocs de rols

## TERCERA SESSIÓ

1. Revisió de les pràctiques, anàlisi de les dificultats trobades, aclaracions dels dubtes que queden mitjançant l'escenificació de les situacions dificultoses. Reforç dels canvis positius verbalitzats respecte als objectius plantejats

2. Avaluació posterior a la intervenció. Complimentació individual supervisada dels qüestionaris
3. Cloenda del taller. Revisió dels cartells d'expectatives del principi. Valoració del taller i dels monitors i lliurament de diplomes acreditatius d'haver realitzat el curs

**Recursos humans.**

- Dos educadors per a realitzar els Tallers: un Treballador social voluntari de AVACOS (Asociación Valenciana contra el SIDA) i una Psicòloga també voluntària de AVACOS
- Equip Lluna: els dos educadors esmentats, un metge del centre i un estadístic de l'Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública

**Recursos materials.**

Els mateixos que a l'edició passada.

**Institucions Col·laboradores.**

- AVACOS (Associació Valenciana Contra la SIDA)
- Centre de Compliment del E.P. de València
- IVESP

**Financiació.**

Subvenció del Plan Nacional del SIDA del Ministerio de Sanidad y Consumo atorgada a AVACOS.

<b>4.3. AVALUACIÓ DEL PROCÉS</b>
----------------------------------

- A. Cobertura del programa
- B. Activitats Realitzades
- C. Satisfacció i Opinió dels Participants
- D. Opinió dels Professionals

**A) COBERTURA DEL PROGRAMA**

**A.1) COBERTURA DELS TALLERS REALITZATS AL 1995.**

Nombre de Tallers realitzats: ..... 3

Tipus de població: ..... parelles heterosexuales

**Participació**

Participants possibles: ..... 58 parelles (116 persones)

\* Parelles que comunicaren “vis à vis” en desembre 1994: .....32

\* Parelles que començaren a comunicar el gener de 1995: .....26

Pèrdues (no volgueren participar): ..... 11 parelles

Parelles del llistat inicial (inscrites voluntàriament): ..... 47 parelles

Parelles que participaren realment:..... 44 (88 participants)

Nivell de participació: ..... 75’86%

**Participació per Tallers:**

Taller 1: ..... 13 parelles (26 participants)

Taller 2: ..... 14 parelles (28 participants)

Taller 3: ..... 17 parelles (34 participants)

**Absències i Motius**

Parelles que no acudiren als tallers: ..... 3

**Motius de les absències:**

- Una parella no acodí perquè la dona passà a secció oberta (1er grau penitenciari en règim de semi-llibertat)
- De les altres dues parelles es desconeix el motiu pel que no acodiren

Parelles de les quals sols acodí un dels membres: ..... 1

**Motius de les absències:**

- La parella havia trencat les seues relacions

Parelles que acodiren parcialment al taller: .....3

**Motius de les absències:**

- Les tres parelles eren de raça gitana i majors de 55 anys. No es sentien còmodes i deien que el Taller no estava dirigit a elles

## A.2) COBERTURA DELS TALLERS REALITZATS EL 1996.

Nombre de Tallers realitzats: .....6

Tipus de població i número de tallers:

4 tallers de parelles heterosexuales

1 taller de dones

1 taller d'hòmens homosexuals

### TALLER DE PARELLES HETEROSEXUALS

#### Participació

Participants possibles en els tallers de parelles: ..... 36 parelles (72 persones)

\* Parelles que comunicaven "vis à vis" el gener de 1996: ..... 36 parelles

Pèrdues (no volgueren participar): ..... 4 parelles

Parelles del llistat inicial (inscrites voluntariament): ..... 31 parelles

Parelles que participaren: ..... 26 (52 participants)

Nivell de participació: ..... 72'22%

Parelles que acudiren al 100% de les sessions: ..... 14 parelles

#### Participació per Tallers:

Taller 2: .....6 parelles (12 participants)

Taller 3: .....8 parelles (16 participants)

Taller 5: .....5 parelles (10 participants)

Taller 6: .....7 parelles (14 participants)

#### Absències i Motius

- Parelles de les que un dels membres acudí a la totalitat i l'altre parcialment: ..... 5
- Parelles que acudiren ambdós membres parcialment: ..... 6



- Parelles de les que acudí un dels membres parcialment i l'altre no acudí a cap sessió: ..... 1

**Motius de les absències:**

- # No volgueren acudir per no estar la parella: ..... 7 persones
- # No volgueren acudir a la primera sessió: ..... 2 persones
- # Estar disfrutant d'algún permís en alguna de les sessions: ..... 2 persones
- # Estar realitzant alguna tasca o destinació: ..... 2 persones
- # Estar realitzant un altre curs que coincideix: ..... 1 persona
- # Ingresat en infermeria (malaltia): ..... 1 persona
- # Estar en el CIS: ..... 1 persona
- # Estar ja en llibertat: ..... 3 persones

**TALLER DE DONES**

**Participació**

- No coneixem el nombre de participants possible en les dones
- Dones del llistat inicial (inscrites voluntàriament sense parella): ..... 10
- Participants reals: ..... 6 (60%)
- Dones que acudiren a la totalitat de les sessions: ..... 2

**Absències i Motius**

- Dones que acodiren parcialment: ..... 4
  - \* Acodiren sols a una sessió: ..... 2
  - \* Acodiren a dues sessions: ..... 2

**Motius de les absències:**

- # De quatre dones que s'havien inscrit i no acodiren: s'ignora
- # 1 faltà a la primera sessió per coincidir amb consulta del psiquiatra
- # 1 sols acodí a la primera sessió i no tornà, ignorant-se el motiu
- # 1 faltà a la última sessió per trobar-se ja en llibertat
- # 1 en el moment de l'última sessió havia tornat, després d'eixir, a ésser empresonada i es trobava en el Centre de Preventius

## TALLER D'HÒMENS HOMOSEXUALS

### Participació

No coneguem el nombre de participants possible en el Taller d'hòmens homosexuals.

- Participants inscrits voluntàriament: ..... 7 hòmens
- Participants reals: ..... 5 (71'43%)

### Absències i Motius

Pèrdues: ..... 2 persones

Motius de les pèrdues:

- 1 es trobava ja en llibertat en iniciar-se el taller
- 1 quebrantà la condemna (no tornà d'un permís)

### A.3) POSSIBLES CAUSES QUE EXPLIQUEN LES DIFERÈNCIES DE PARTICIPACIÓ (ASISTÈNCIA) A L'EDICIÓ DE 1996.

- # Entre la data de captació i les dates que es desenvoluparen els tallers transcorregueren entre dos mesos i mig i cinc mesos en alguns casos. Aquest fet és la causa d'algunes pèrdues de participació, doncs la situació sociopenitenciària dels interns havia canviat, havien passat a secció oberta i ja no estaven al centre.
- # Es valorà en principi que era important que transcorreguera un mes entre la primera i segona sessió respecte a la tercera, amb el fi que els participants tingueren oportunitat de practicar els comportaments preventius. Tanmateix, creiem que aquesta dil·lació facilità que alguns interns no pogueren participar en l'última sessió.
- # En el cas de les dones, el fet que no hi haguera hòmens, reduí l'interés o motivació. Algunes d'elles manifestaren el desig de repetir l'experiència però amb parella, ja que quan s'incrigueren encara no la hi tenien.

- # En el cas dels tallers de parelles, la participació d'un dels membres va estar en funció de la participació de l'altre. Així, quan un d'ells no acodia, pel motiu que fora, l'altre membre de la parella també solia faltar.

## **B) COMPLIMENT DE LES ACTIVITATS**

### **B.1) COMPLIMENT DE LES ACTIVITATS. EDICIÓ DE 1995.**

En els tallers de 1995 se realitzà una anàlisi per part de l'educadora i l'observador després de cada sessió i en funció de les observacions enregistrades en la fitxa de taller sobre:

- # Si cada activitat havia sigut adequada a l'objectiu que es volia assolir
- # El nivell d'acceptació per part dels participants
- # Si el temps fou l'adequat per a la seua realització
- # Oportunitat de suprimir o modificar alguna activitat per a tallers posteriors

### **B.2) COMPLIMENT DE LES ACTIVITATS. EDICIÓ 1996.**

El calendari previst inicialment en el projecte no va poder complir-se degut a la tardança en obtindre els permisos d'accés al Centre per als monitors que impartiren els tallers. Inicialment el calendari preveïa el desenvolupament de la primera sessió en novembre de 1995. Degut als retards soferts, la captació es va fer en gener de 1996 però no s'iniciaren els tallers fins a abril d'eixe mateix any.

Així mateix, es modificà la seqüència de les sessions, realitzant-se la primera i la segona d'allò més pròximes possibles en el temps, i la tercera aproximadament a un mes de distància. Aquestos canvis s'introduïren per què els participants tingueren l'oportunitat de tindre alguna comunicació íntima amb la parella abans de la última sessió i, d'aquest mode, puguen ficar en pràctica els coneixements i habilitats entrenades en les sessions 1 i 2.

Es realitzaren els 6 tallers previstos amb tres sessions per taller i amb la duració total de nou hores per taller.

Algunes de les dates previstes per a les sessions d'alguns dels tallers s'hagué de modificar per raons alienes als educadors. Les raons foren:

- # Activitat en el Centre que requeria la presència o participació de tots els interns
- # Quarentena en un dels mòduls per brot de varicel·la
- # Dificultats d'horari compatible amb les activitats laborals dels educadors
- # Coincidència de la data prevista per alguna de les sessions amb visites familiars o "vis à vis" d'una majoria dels participants al taller que impedia la seua assistència

Es compliren tots els continguts i activitats planificades encara que en alguns casos es modificà el temps assignat a l'activitat i l'ordre en el que fou realitzat. Motius dels canvis:

- # No disposar de la televisió o el vídeo o ambdues coses, per a poder visualitzar el vídeo informatiu o d'habilitats de negociació, en el moment que estava previst
- # Necessitat en dos dels tallers de canviar de sala i acudir a la sala de projeccions del Centre per a poder realitzar la visualització
- # La demora en aplegar els interns a l'aula, va fer que el temps disponible d'alguna de les sessions fora menor (encara que després es compensara en una altra de les sessions, doncs era necessari ajustar-nos als horaris i normes de funcionament del Centre

El temps assignat a l'entrenament d'habilitats de comunicació i negociació amb la parella fou en la majoria dels casos insuficient per la qual cosa es dedicà també més temps en la tercera sessió.

L'aula on es desenvoluparen els tallers fou variant, no podent-se aconseguir que fora sempre la mateixa. En aquelles sessions realitzades durant els mesos d'estiu i en l'aula que donava a la piscina, hagué moltes distraccions per part dels assistents.

### **C) OPINIÓ DELS PARTICIPANTS RESPECTE A LES ACTIVITATS REALITZADES.**

---

Entre parèntesi, nombre de persones que feren comentaris similars al presentat.

#### **C.1) EDICIÓ DE 1995**

##### **COMENTARIS NEGATIUS**

- # Manca de temps per a desenvolupar els continguts del taller (7)
- # Necessitat d'estendre els tallers a altres grups del Centre i de fora d'ell (4)
- # Manca de membres de l'Administració per atendre les demandes (3)
- # Introducció al taller massa ràpida (1)
- # No ens han donat un "vis à vis" extra per a practicar (1)
- # Necessitat d'una major participació per part dels assistents (1)
- # No ens va a servir de res (1)
- # Poc temps de descans (1)

##### **COMENTARIS POSITIUS**

- # Hem adquirit més informació sobre la SIDA (15)
- # Ha sigut una experiència agradable i positiva (13)
- # Per la participació dels assistents (1)
- # Per els jocs tan divertits (1)
- # Hauria que continuar amb l'experiència (10)
- # Ha ajudat a conscienciar-me més sobre la SIDA i les pràctiques de risc (7)
- # Ha ajudat a comunicar-me més fàcilment amb la meua parella (3)
- # Si açò s'haguera fet abans no estariem infectats (3)

## **C.2) EDICIÓ DE 1996.**

### **COMENTARIS NEGATIUS.**

- # Manca d'organització del Centre, coordinació (3)
- # Poques facilitats donades pel Centre (1)
- # Massa "machaque" sobre la SIDA (1)
- # Poc temps (7)
- # La manca d'escolta d'alguns companys (1)
- # En algunes cambres de "vis à vis" no fiquen preservatius (2)

### **COMENTARIS POSITIUS**

- # M'ha agradat tot o no n'hi ha hagut res negatiu (13)
- # La informació donada sobre prevenció o general (infecció, reinfecció) (11)
- # Amenitat, bon rotllo, divertiment (2)
- # Sobre els monitors, la claredat en la forma de parlar, empeny i esforç. Agradables i la forma de donar la informació (5)
- # Informació sobre el sexe i l'ús del condó (4)
- # L'entrenament en habilitats de negociació o persuassió del sexe segur amb la parella (1)
- # Resolució de les dubtes (1)
- # Poder estar amb la parella (8)
- # Compartir amb el grup positivament (2)

### **SUGERÈNCIES, DEMANDES.**

- # Fer-ho més vegades, més tallers, tornar, més reunions (13)
- # Incluir a les parelles homosexuals (1)
- # Abordar la problemàtica psicològica de les parelles (1)
- # Més informació (4)
- # Més temps (7)
- # Fer el taller tot l'any (1)

- # Tindrer un “vis à vis” extra per a practicar (4)
- # Més temps de contacte amb la meua parella (1)
- # Informació actualitzada sobre tractaments farmacològics (3)
- # Repetir el taller amb la parella (taller de dones soles) (4)
- # Millorar la cambra del “vis à vis”: llum, cortines, etc
- # Ficar també preservatius en la bossa d'arranjament a les dones (3)

## **D) OPINIÓ DELS PROFESSIONALS**

### **D.1) EDICIÓ DE 1995**

1. És important definir millor el grup diana i limitar el nombre de participants des d'un principi
2. Reduir el nombre de participants a un màxim de 10 parelles per taller
3. Necessitat d'introduir dinàmiques més participatives en la primera sessió
4. La participació ha sigut satisfactoria
5. Percepció que no s'han aconseguit grans canvis en quan a conducta. La intervenció no hauria de limitar-se a un únic taller, hauria de plantejar-se una continuïtat
6. S'hauria d'estendre l'oferta a parelles homosexuals i a persones sense parella (dones i hòmens)
7. Es preferible que el taller es realitze amb els mateixos professionals durant les dues sessions evitant els canvis
8. Seria indispensable disposar d'una sala no subjecta a interrupcions, a més de tot el material necessari disponible permanentment al llarg de les sessions

### **CANVIS A INTRODUIR EN ELS PRÒXIMS TALLERS**

Com a resultat de l'avaluació del procés dels tallers de 1995, es modificaren alguns aspectes i activitats amb el fi de millorar la intervenció. Per això s'introduïren els següents canvis

- # Ampliació del nombre de sessions a tres per disposar de més temps per desenvolupar els continguts
- # Ampliació de l'oferta de tallers a dones sense parella (o sense ella dins del Centre) i a hòmens homosexuals
- # Impartició dels tallers per monitors externs a la Institució per a facilitar la participació més confiada
- # Els mateixos educadors impartiran totes les sessions de tots els tallers
- # En la sessió primera que resultava inicialment molt teòrica, introduir, a més a més del vídeo i explicacions, un joc de participació per a fer la sessió més dinàmica
- # Reducció del nombre de participants per taller (màxim 16 persones per taller, 8 parelles)

## **D.2) EDICIÓ DE 1996.**

### **ASPECTES POSITIUS**

1. Les facilitats i recolzament, als monitors dels tallers, oferides tant per part de la Direcció del Centre com per l'equip sanitari
2. La magnífica col·laboració dels funcionaris que donaren tot tipus de facilitats per a poder portar a terme els tallers
3. La participació per part dels interns ha resultat bona en general i excel·lent en alguns casos

### **CANVIS A INTRODUIR EN ELS PRÒXIMS TALLERS.**

Venen reflexats en l'apartat següent de conclusions després de l'avaluació del procés.

### **CONCLUSIONS DESPRÉS DE L'AVALUACIÓ DEL PROCÉS.**

1. El nivell de participació en el programa fou elevat: un 75.9% en l'edició de 1995 i un 72.2% en la de 1996 (percentatges referits a parelles)



heterosexuals). Aquesta alta participació es considera elevada donat que fou una activitat de caràcter voluntari i sense cap incentiu especial afegit

2. Les principals causes que dificultaren o impediren la participació en el programa, foren els canvis en la situació regimental dels interns (ficada en llibertat, passar a tercer grau, trasllat a altres centres...); la coincidència de les activitats del programa amb altres del propi centre i per últim, l'excesiva distància entre les dates de realització dels Tallers i la fase de captació del programa
3. Es desenvoluparen tots els continguts previstos encara que hagué que modificar els temps assignats per a alguna de les activitats i l'ordre de les mateixes en alguns tallers
4. En general els interns/es valoraren molt positivament el programa i als educadors del mateix. Manifestaren interès en ampliar i continuar treballant els continguts plantejats en el Taller. Valoraren com molt positiu el haver compartit el Taller amb la parella i també l'intercanvi d'experiències en grup
5. Canvis a introduir després de l'edició de 1996:
  - 5.1. Ampliar la captació dels participants de manera que apleguen a estar informats més interns i millor per mitjà de diversos canals: cartells, boca a boca, reunió i informadors clau
  - 5.2. Realitzar els tallers el més pròxim possible al temps en el que es va fer la captació per a evitar les pèrdues de participants per canvis en la seua situació (excarcelació, permis, altres activitats, malaltia, etc.)
  - 5.3. Realitzar les tres sessions amb la major continuïtat possible en el temps per les raons abans exposades
  - 5.4. Disposar d'una sala fixa (sempre la mateixa) no subjecta a interrupcions, així com de tot el material necessari permanentement al llarg de les sessions, ja que en alguns tallers no es va poder utilitzar el video ni la televisió, ni disposar dels esmentats materials en moments distints als previstos
  - 5.5. L'avaluació prèvia i posterior als Tallers, seria convenient realitzar-les mitjançant entrevista individualitzada ja que milloraria la complimentació dels qüestionaris, evitaria biaixos i podria obtindre's més informació

- 5.6. Estendre l'oferta a parelles homosexuals i a persones sense parella, i també a altres col·lectius de l'àmbit penitenciari: preventius, joves, interns/es en programes d'atenció a drogodependències (programa lliure de drogues, programa de manteniment amb metadona...)
- 5.7. Comprovar si realment la modalitat de grups de parelles és més adequada per a assolir els objectius del programa que la modalitat sols hòmens o sols dones, o inclús incorporar una modalitat mixta: sessions per a parelles i sessions per a hòmens o dones per separat
- 5.8. Introduir canvis en la metodologia dels Tallers per a afavorir la participació i implicació dels participants. Buscar incentius que faciliten aquesta participació i implicació. Incorporar a interns i internes adequadament entrenats com a "educadors" durant el desenvolupament dels Tallers
- 5.9. Iniciar un procés de formació de voluntaris per a ampliar l'equip d'educadors i aquest pugui donar continuïtat i ampliar el cobriment del programa. Seria convenient l'elaboració d'una 'Guia d'Intervenció' per a facilitar tant la formació d'aquests educadors com la implementació del programa en altres centres penitenciaris

#### **4.4.- AVALUACIÓ DELS RESULTATS.**

##### **A.- ANÀLISI DESCRIPTIU DEL TOTAL DE LA MOSTRA (N=154)**

##### **1.- RESPECTE A LES VARIABLES SOCIOPENITENCIARIES**

**Sexe:** s'han analitzat un total de 154 qüestionaris: 94 de l'edició del programa de 1995, un 61 %, i 60 de l'edició de 1996, que corresponen a un 39%. En total s'han recollit dades de 78 dones i de 76 hòmens.

**Edat:** l'edat mitja fou de 31 anys, tant per a hòmens i dones de forma separada com considerant ambdós conjuntament. 6 (3.9%) persones tenien 21 anys o menys; 29 (18.8%) entre 22 i 25 anys; 72 (46.7%) entre 26 i 34 anys; i 35 anys o més, 36 persones (23.4%) de la mostra.

**Estat civil:** 78 dels enquestats, un 50.5 %, era fadrí/na; 37, un 24%, manifestà estar casat/da; i 21 (13.6%) estar separat/da o divorciat/da; la resta, un 11.6%, referí ésser vidu/ua o no contestà).

**Primer ingrés en presó:** per a 56 persones, un 36.4%, aquest era el seu primer ingrés en presó, i per a 88 (57.1%) no era la primera vegada que estaven en presó.

**Temps efectiu que han passat en presó:** la mitja de temps efectiu que els participants referien haver passat en presó era de 4.5 anys, existint una gran variabilitat, des d'aquell que acabava d'ingresar fins a aquell que portava empresonat 21 anys. Un 21.1% dels enquestats havia estat fins a 2 anys, un 29% entre dos i tres anys, i un 44.9% quatre o més de quatre anys.

**Temps que pensen els queda per passar en presó:** la mitja fou de quasi 2 anys (23.8 mesos), encara que també amb gran variabilitat (mínim 0 mesos, màxim 211 mesos o 17.5 anys). Un 56.4% pensava que li quedava menys de dos anys, un 30.1% entre dos i tres anys, i un 14%, quatre o més de quatre anys.

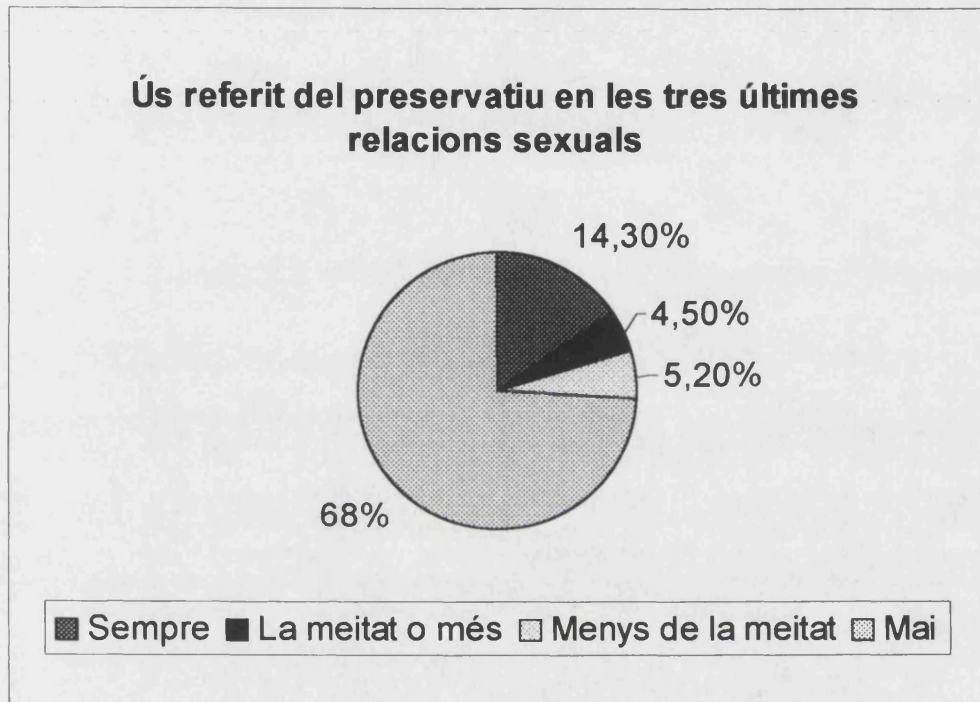
## **2.- RESPECTE A LES PRÀCTIQUES SEXUALS I ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU.**

---

**Nombre de relacions sexuals que han mantingut als últims tres mesos:** La mitja de relacions sexuals fou de 2.6, per una part estava qui no n'havia tingut cap i d'altra qui referia 15 contactes sexuals en els últims tres mesos. El 70.6% referia de 1 a 3 contactes sexuals en aquestos mesos, un 12.5 % no en referia cap, i un 18% referia 4 o més contactes sexuals.

**Temps que porten comunicant "Vis à Vis" amb la parella actual:** la mitja és de 11 mesos, encara que variant els temps d'un mínim de 0 mesos a un màxim de 5 anys.

**Ús referit del preservatiu:** 105 persones, un 68%, manifestaren no haver utilitzat mai el preservatiu en les tres últimes relacions sexuals; 22, un 14.3%, referiren haver-ho utilitzat sempre. Un 4.5% dels enquestats l'havien utilitzat sobre la meitat o més de la meitat de les vegades i un 5.2 % menys de la meitat de les ocasions.



**Figura 8: ús referit del preservatiu en les tres últimes relacions sexuals**

### **3.- RESPECTE A L'ÚS COMPARTIT DE MATERIAL D'INJECCIÓ INTRAVENOSA.**

**Compartir xeringues abans de l'ingrés en presó:** Un 63.6% contestà que mai havia compartit xeringues, un 30.5% si que ho havia fet, un 5.8% no contestà la pregunta.

### **4.- RESPECTE A LA SEROPOSITIVITAT AL VIH I TIPUS DE PARELLA EN RELACIÓ AL VIH.**

**Seropositivitat al VIH:** 87 dels enquestats/es eren portadors del virus de la SIDA (56.5%) mentre que 59 (38.3%) no ho eren; de 8 persones no es disposava de dades analítiques.

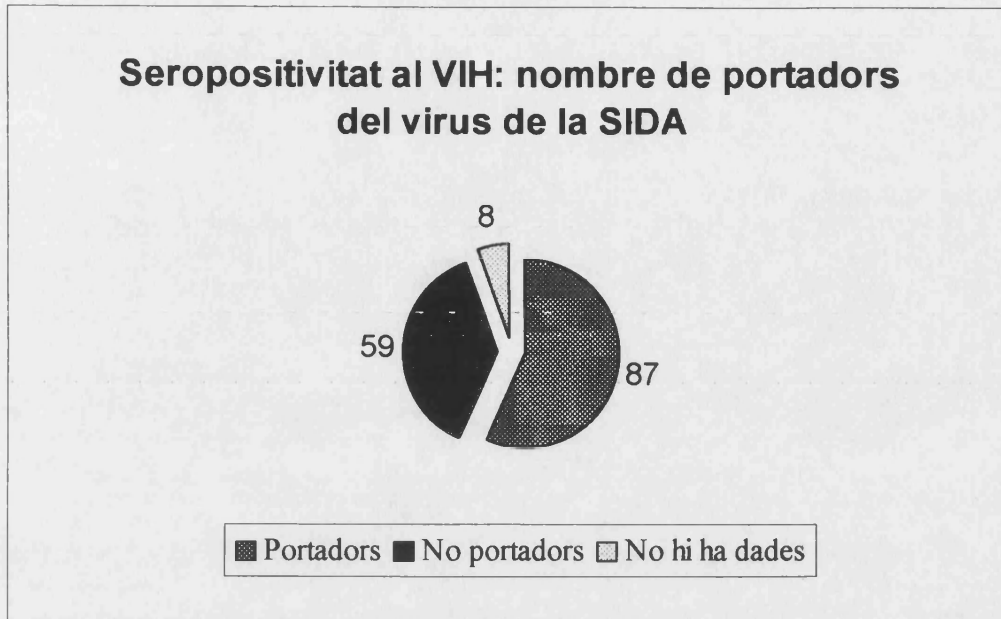


Figura nº 9: Seropositivitat al VIH: nombre de portadors del virus de la SIDA

**Parella portadora de VIH:** 69 dels participants, un 44.8%, manifestaren saber que la seua parella era seropositiva al virus de la SIDA; un 29.9% estaven segurs/es que les seues parelles no eren portadores del VIH; a més, un 25.3% no ho sabia o no contestaren a la pregunta.

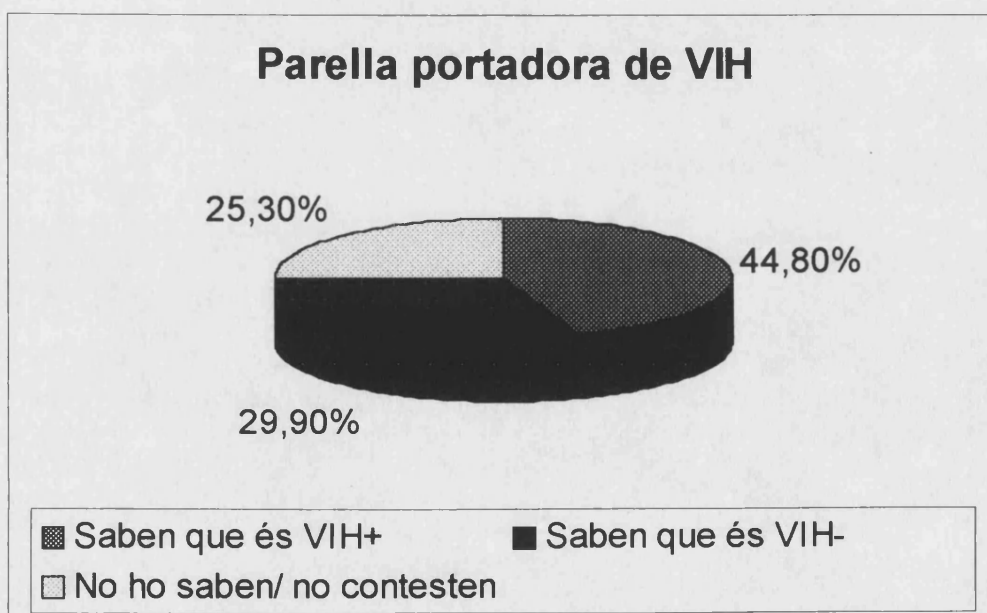


Figura nº 10: Parella portadora de VIH

## **5.- RESPECTE ALS INCONVENIENTS A L'HORA D'USAR PRESERVATIU.**

**Inconvenients per part d'un mateix alhora d'usar preservatiu:** 86 persones, un 55.8%, manifestaren no tindre cap inconvenient, 35 (22.7%) referiren tindre pocs o alguns i 25 (16.2%) molts o bastants inconvenients alhora d'utilitzar-ho.

**Inconvenients per part de la parella alhora d'usar preservatiu:** 77 persones, un 50%, contestaren que no tendria cap inconvenient, 35 (22.7%) manifestaren que tendrien alguns o pocs i 24 (16.9%) bastants o molts inconvenients.

## **6.- RESPECTE A LA INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

**Valoració global del qüestionari d'informació sobre VIH/SIDA:** Sumant les puntuacions obtingudes en els 13 ítems que es repeteixen en les dos edicions del programa, (donant-li valor 1 a la resposta correcta i 0 a la incorrecta) trobem una valoració total mitja de 10.311, amb una desviació estàndar de 1.931, una puntuació mínima de 3 i una màxima de 13. Un 5.3% dels participants hauria puntuat igual o menys de 7; un 40.9% entre 8 i 10; i 54.8% haurien contestat correctament entre 11 i 13 ítems.

## **7.- RESPECTE A LA PERCEPCIÓ DE RISC.**

**Risc d'infectar-se pel VIH utilitzant el preservatiu:** la majoria, un 77.9%, tenen una baixa percepció que existesca risc (0 i 1 en l'escala), un 9.1% percebeixen quelcom de risc (2 i 3 en l'escala) i finalment per a un 7.1% existeix màxim risc d'infecció (5 en l'escala).

**Risc d'infectarse per el VIH sense utilitzar el preservatiu:** la majoria, 77.3% tenen una alta percepció que existeix risc (4 i 5 de l'escala), un 10.3% percebeixen quelcom de risc (2 i 3 en l'escala) i finalment per a un 5.2% (0 i 1 en l'escala) no existeix apenes risc d'infectar-se sense utilitzar el profilàctic.

**Risc de desenvolupar SIDA essent portador mantenint pràctiques de risc:** més de la meitat, un 56.7%, perceben risc de desenvolupar la malaltia (4 i 5 en l'escala), 23.3% percebeixen quelcom de risc (2 i 3 en l'escala) i 8 persones, un 15.0% no percebeixen pràcticament risc (0 i 1 en l'escala). (\*\*)

#### **8.- RESPECTE A LA PERCEPCIÓ DE GRAVETAT.**

---

**Percepció de la gravetat d'infectar-se del virus de la SIDA en aquestos moments:** 116 dels enquestats/es, un 75.3%, percebeixen com molt greu el infectar-se en aquestos moments (4 i 5 de l'escala), 9 (5.8%) percebeixen quelcom de gravetat (2 i 3 en l'escala) i finalment 15 persones, un 9.7%, no percebeixen cap gravetat (0 i 1 en l'escala).

**Percepció de la gravetat de reinfectar-se per el VIH:** un 60%, percebeixen com molt greu el reinfectar-se en aquestos moments (4 i 5), 15 participants (24.9%) percebeixen quelcom de gravetat i finalment 5 persones, un 8.3%, no en percebeixen cap. (\*\*)

#### **9.- RESPECTE A L'ESCALA DE CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

---

**Valoració global del qüestionari de coneixements sobre ús del preservatiu:** sumant les puntuacions obtingudes dels 8 ítems del qüestionari (donant-li valor 1 a les respostes correctes i 0 a les incorrectes) trobem una valoració total mitja de 5.768, amb una desviació estàndar de 1.662, una puntuació mínima de 0 i una màxima de 8. Un 21.1% dels participants hauria puntuat igual o menys de quatre, un 37.0%, cinc o sis, un 35.7% haurien contestat correctament set o huit ítems.

#### **10.- RESPECTE A LA PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT/DA SOBRE COM INFECTAR-SE PER VIH/SIDA.**

---

Cent vint persones, un 77.9%, referiren estar ben informades sobre com infectar-se per VIH mentre que 24 no es consideraven ben informades, i 10 dels enquestats no contestaren a la pregunta.

**B.- ESTUDI DESCRIPTIU DE LES PERSONES PERTANYENTS AL GRUP DE PÈRDUES I COMPARACIÓ AMB EL GRUP QUE FORMA LA MOSTRA DE L'ESTUDI PRE-POST.**

**Taula 26. Diferències entre la mostra de l'estudi pre-post i el grup de pèrdues respecte a les variables sociopenitenciàries. (Tests utilitzats: 'Ji quadrat' per a totes les variables analitzades, i 'T-test' per a la variable grups d'edat)**

ANY D'EDICIÓ DEL PROGRAMA	MOSTRA PRE-POST (%)	PÈRDUES (%)	NIVELL DE SIGNIFICACIÓ
1995	75 (79.8)	19 (20.2)	
1996	41 (70.7)	17 (29.3)	NS
<b>GÈNERE</b>			
Hòmens	60 (80.0)	15 (20.0)	
Dones	56 (72.7)	21 (27.3)	NS
<b>GRUPS D'EDAT</b>			
Menys o igual 21 anys	4 (66.7)	2 (33.3)	
De 22 a 25 anys	23 (79.3)	6 (20.7)	NS
De 26 a 35 anys	54 (76.1)	17 (23.9)	
Igual o major a 36 anys	27 (79.4)	7 (20.6)	
<b>ESTAT CIVIL</b>			
Fadri/na	57 (73.1)	21 (26.9)	
Casat/da	30 (81.1)	7 (18.9)	
Divorciat/da	4 (100)	0 (00.0)	NS
Separat/da	15 (88.2)	2 (11.8)	
Vidu/a	4 (80.0)	1 (20.0)	
Altres	2 (40.0)	3 (60.0)	
<b>PRIMER INGRÉS EN PRESÓ</b>			
Aquest és 1er ingrés	45 (80.4)	11 (19.6)	
No és primer ingrés	65 (73.9)	23 (26.1)	NS
<b>TEMPS PASSAT EN PRESÓ (1)</b>			
Fins a 2 anys	64 (73.6)	23 (26.4)	
De 2 a 4 anys	38 (86.4)	6 (13.6)	NS
Més de 4 anys	5 (62.5)	3 (37.5)	
<b>TEMPS PASSAT EN PRESÓ (2)</b>			
Fins a 2 anys	64 (73.6)	23 (26.4)	
De 2 a 4 anys	43 (82.7)	9 (17.3)	NS
<b>TEMPS QUE PENSEN ELS QUEDA EN PRESÓ</b>			
Mitja	22.4369	28.5333	NS
Diferència de Mitges			-6.0964



Respecte a l'any d'edició del programa i a les variables sociopentenciàries, no s'han identificat diferències significatives entre la població que s'ha estudiat en l'anàlisi pre-post i les pèrdues, persones en les que no pot mesurar-se l'impacte de la intervenció per no haver-se pogut obtenir informació posterior a la mateixa (36 persones) o bé no es tenia informació prèvia a aquesta (2 persones). Veure Taula resúm.

En quan a la seropositivitat al VIH tant a nivell dels participants com de les seues parelles, no s'observen diferències significatives entre els dos grups. Respecte a la resta de variables analitzades, no s'han trobat diferències significatives entre els dos grups, aquestes variables són:

- Valoració global del qüestionari de coneixements sobre l'ús del preservatiu
- Percepció d'estar ben informat/da sobre com infectar-se per VIH/SIDA
- Inconvenients per part d'un mateix alhora d'usar preservatiu
- Inconvenients per part de la parella alhora d'usar preservatiu
- Risc d'infectar-se pel VIH utilitzant el preservatiu
- Risc d'infectar-se pel VIH sense utilitzar el preservatiu
- Risc de desenvolupar SIDA éssent portador mantenint pràctiques de risc
- Percepció de la gravetat de reinfectar-se pel VIH

En la variable "Percepció de la gravetat d'infectar-se del virus de la SIDA en aquestos moments" si que apareixen diferències estadísticament significatives ( $p=0.01389$ ), mentre que un 82.6% dels pertanyents a la mostra de l'anàlisi pre-post pensen que seria molt greu infectar-se pel VIH en aquestos moments, un 17.4% dels pertanyents al grup de pèrdues ho pensen. Finalment tampoc es detecten diferències significatives entre aquestos dos grups de participants del programa, en quan al nombre de relacions sexuals que han mantingut amb les seues parelles en els últims tres mesos, el temps que porten comunicant amb la seua parella actual, l'ús referit del preservatiu i l'ús compartit de material d'injecció intravenosa. Les dades d'aquestes variables es poden veure en la taula següent.

**Taula 27. Diferències entre la mostra de l'estudi pre-post i el grup de pèrdues respecte a les variables seropositivitat al VIH, VIH en la parella, percepció de gravetat, ús referit del preservatiu i compartir xeringues abans de l'ingrés en presó. (Tests utilitzats 'Ji quadrat' per a totes les variables analitzades, i 'T-test' per a l'ús referit del preservatiu)**

SEROPOSITIVITAT AL VIH	MOSTRA PRE-POST (%)	PÈRDUES (%)	NIVELL DE SIGNIFICACIÓ
SEROPOSTIU/A	70 (80.5)	17 (19.5)	NS
SERONEGATIU/A	42 (71.2)	17 (28.8)	
NO ESTÀ SEGUR/A	4 (80.0)	1 (20.0)	
<b>VIH EN LA PARELLA</b>			
PARELLA VIH+	56 (81.2)	13 (18.8)	NS
PARELLA VIH-	34 (73.9)	12 (26.1)	
NO ESTÀ SEGUR/A	17 (65.4)	9 (34.6)	
<b>Valora com de greu et semblaria "pillar" el virus de la SIDA en aquestos moments...</b>			
0 Gens Greu	7 (46.7)	8 (53.3)	p=0.01389
1	0 (00.0)	0 (0.00)	
2	2 (50.0)	2 (50.0)	
3	3 (60.0)	2 (40.0)	
4	6 (85.7)	1 (14.3)	
5 Molt Greu	90 (82.6)	19 (17.4)	
<b>ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU</b>			
Sempre	15 (68.2)	7 (31.8)	NS
A vegades	12 (80.0)	3 (20.0)	
Mai	83 (79.0)	22 (21.0)	
<b>COMPARTIR XERINGUES ABANS DE L'INGRÉS EN PRESÓ</b>			
Sempre	4 (66.7)	2 (33.3)	NS
Més de la meitat de les vegades	4 (100)	0 (00.0)	
Sobre la meitat de les vegades	2 (66.7)	1 (33.3)	
Menys de la meitat de les vegades	28 (82.4)	6 (17.6)	
Mai	73 (74.5)	25 (25.5)	

## C.- ANÀLISI PRE-POST

---

### C.1. ANÀLISI ESTADÍSTIC DESCRIPTIU PRE-POST

(\*).- Variable que sols fou considerada en l'edició Lluna 1995

(\*\*).- Variable que sols fou considerada en l'edició Lluna 1996

#### 1.- INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ VIH/SIDA.

---

Analitzats individualment els ítems del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA s'observen diferències significatives entre les respostes prèvies (pre) i les posteriors a la intervenció (post) en els següents ítems:

Item 3 (\*\*): *“El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas”*

De 14 que responen acertadament (34'1%) en el qüestionari Pre es passa a 29 (70'7%) en el Post.

Item 9: *“Si se mantienen relaciones sexuales sólo con una pareja, no se puede contraer el virus”*

Del 56'7% de respostes correctes en el Pre es passa a un 71'2% en el Post.

Item 14: *“Si se realiza sexo por la boca sin eyaculación, no hay ningún riesgo de contagio”*

Del 42'7% d'encerts en el Pre es passa a un 54'5% en el Post.

Item 17: *“El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de preparar las “chutas”*

Del 58'2% es passa al 74'5% en el Post.

En la Taula 23 s'observen tots els resultats per a cadascuna de les preguntes i el nivell de significació. En l'anàlisi del conjunt del qüestionari d'informació s'observen millores significatives tant en els tretze ítems comuns a ambdós edicions com en el conjunt dels 18 ítems que constaven en el qüestionari de l'Edició de 1996. (Veure Taula 24).

**Taula 28 . Diferències Pre-Post respecte al qüestionari d'Informació sobre la Infecció per VIH/SIDA, edicions de 1995 i 1996. (Test McNemar)**

ÍTEMS	n	Correctes Pre (%)	Correctes Post (%)	Diferència Pre-Post	p
**1. Una persona desarrolla Sida, porque su sistema de defensa no funciona y no puede luchar contra algunas enfermedades	41	27(65'9)	36(87'8)	9 (21'9)	0'0117
**2. Una persona infectada por el virus del Sida pero que no tiene síntomas de la enfermedad, nunca puede transmitir la infección	41	27(65'9)	36(87'8)	9 (21'9)	0'0117
**3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas	41	14(34'1)	29(70'7)	15 (36'6)	0'0001
4. Si una mujer infectada por el virus del SIDA que da embarazada, su hijo puede nacer infectado	110	105(95'0)	108(98'2)	3(2'7)	NS
5. El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual y tanto hombres como mujeres pueden transmitirla	109	83(76'1)	89(81'7)	6(5'6)	NS
**6. Para evitar infectarse por el virus del SIDA, los toxicómanos deberían usar preservativos y no compartir jeringuillas ni agujas	41	41(100)	40(97'6)	-1(-2'4)	NS
7. Utilizar correctamente el preservativo o condón es la mejor manera de prevenir la infección por el VIH a través de las relaciones sexuales	112	107(95'5)	108(96'4)	1(0'9)	NS
**8. Cualquier método anticonceptivo (píldora, preservativo, diafragma...), es eficaz para prevenir la infección por el VIH durante las relaciones sexuales.	41	28(68'3)	34(82'9)	6(14'6)	0'0313
9. Si se mantienen relaciones sexuales solo con una pareja, no se puede contraer el virus.	104	59(56'7)	74(71'2)	15(14'5)	0'0288
10. Limpiar las jeringuillas con agua es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA	110	97(88'2)	95(86'4)	-2(-1'8)	NS
11. Si ya tienes anticuerpos del virus ya no es necesario usar preservativo ni utilizar jeringuillas de uso personal	111	99(89'2)	101(91'0)	2(1'8)	NS
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA	112	89(79'5)	107(95'5)	18(16)	0'0003
13. Si los dos son portadores del virus del SIDA, al practicar sexo con penetración y sin preservativo, se perjudican ambos.	111	87(78'4)	104(93'7)	17(15'3)	0'0005
14. Si se realiza sexo por boca sin eyaculación, no hay ningún riesgo de contagio.	110	47(42'7)	60(54'5)	13(11'8)	NS 0'0673
15. El SIDA se puede contraer al masturbar a la pareja	109	91(83'5)	98(89'9)	7(6'4)	NS
16. El virus del SIDA se puede contraer al compartir jeringuillas y agujas utilizadas por otra persona	111	109(98'2)	109(98'2)	0 (0)	NS
17. El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de preparar las "chutas".	110	64(58'2)	82(74'5)	18(16'3)	0'0122
18. Si estoy infectado ya da igual que comparta jeringuillas con otros compañeros que también lo están	109	93(85'3)	97(89'0)	48(3'7)	NS

**Taula 29 . Diferències Pre-Post respecte a la “Valoració Global del Qüestionari d’Informació sobre la Infecció per VIH/SIDA”. (Test T-Tests)**

	n	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència de Mitges	IC 95 %	Valor-t	p
GLOBAL 1995-1996 (13 Ítems)	93	10'3118	11'3011	-0'9892	(-1'385;-0'594)	-4'97	0'000
GLOBAL 1996 (18 Ítems)	41	13'8293	16'2927	-2'4634	-3'071;-1'856	-8'19	0'000

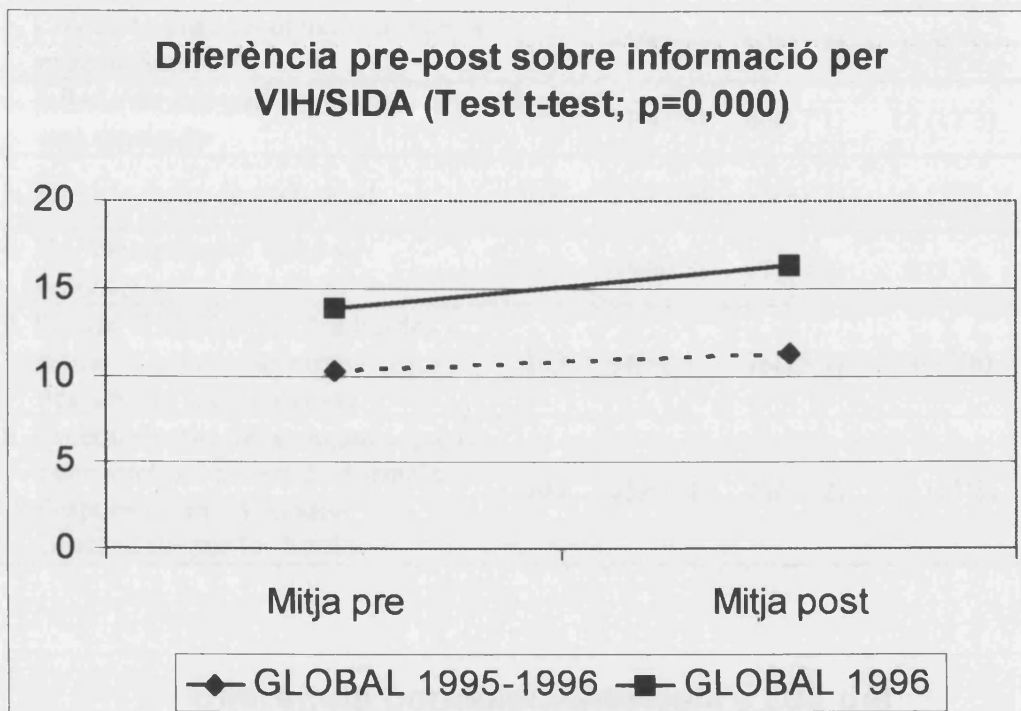


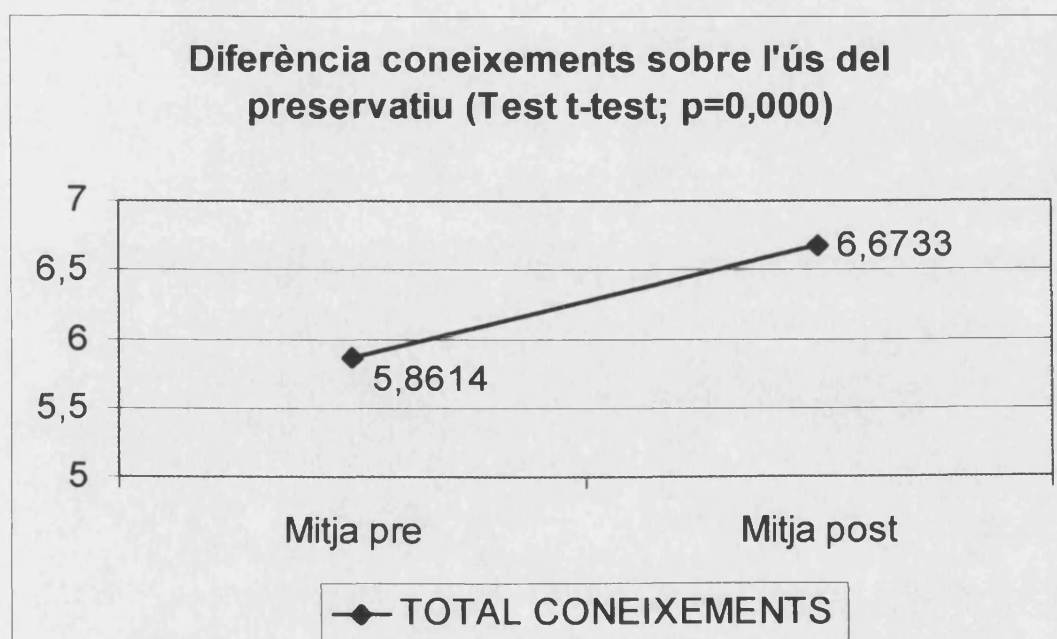
Figura nº11: Diferència pre-post sobre informació per VIH/SIDA

## **2.- CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS CORRECTE DEL PRESERVATIU.**

En la Taula 25 s'observen el nombre de respostes correctes i els seus percentatges abans i després de la intervenció al Qüestionari de Coneixements sobre com Usar Correctament el Preservatiu. En tots els ítems s'observa un augment en el nombre de respostes encertades; éssent estadísticament significatiu l'esmentat augment en el nombre 4: *“Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado”*; i en el 8: *“Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el condón sujetándolo por los bordes”*. Prenent la puntuació total dels 8 ítems, s'observa que l'increment de respostes correctes entre el qüestionari Pre i el Post és estadísticament significatiu, com es pot apreciar en la Taula 26.

**Taula 30 . Diferències Pre-Post en quan a coneixements sobre l'ús del preservatiu.  
(Test McNemar)**

PER A USAR BÉ EL PRESERVATIU ÉS NECESARI:	n	Correctes Pre (%)	Correctes Post (%)	Diferència Pre-Post (%)	p
1. Colocar-lo antes de la erecció	105	77(73'3)	83(79'0)	6(5'7)	NS
2. Colocar-lo cuando el pene está en erecció	105	94(89'5)	98(93'3)	4 (3'8)	NS
3. Colocar-lo justo en el momento de la eyaculació	105	87(82'9)	97(92'4)	10 (9'5)	NS (0'0639)
4. Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado	105	47(44'8)	60(57'1)	13 (12'3)	0'0425
5. Mirar la fecha de caducidad	104	89(85'6)	95(91'3)	6 (5'7)	NS
6. No "manipularlo" hasta su colocación	103	93(90'3)	97(94'2)	4 (3'9)	NS
7. Sujetar el condón por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculació	103	64(62'1)	78(75'7)	14(13'6)	NS (0'0606)
8. Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal i después retirar el condón sujetándolo por los bordes	101	62(61'4)	78(77'2)	16 (15'8)	0'0177



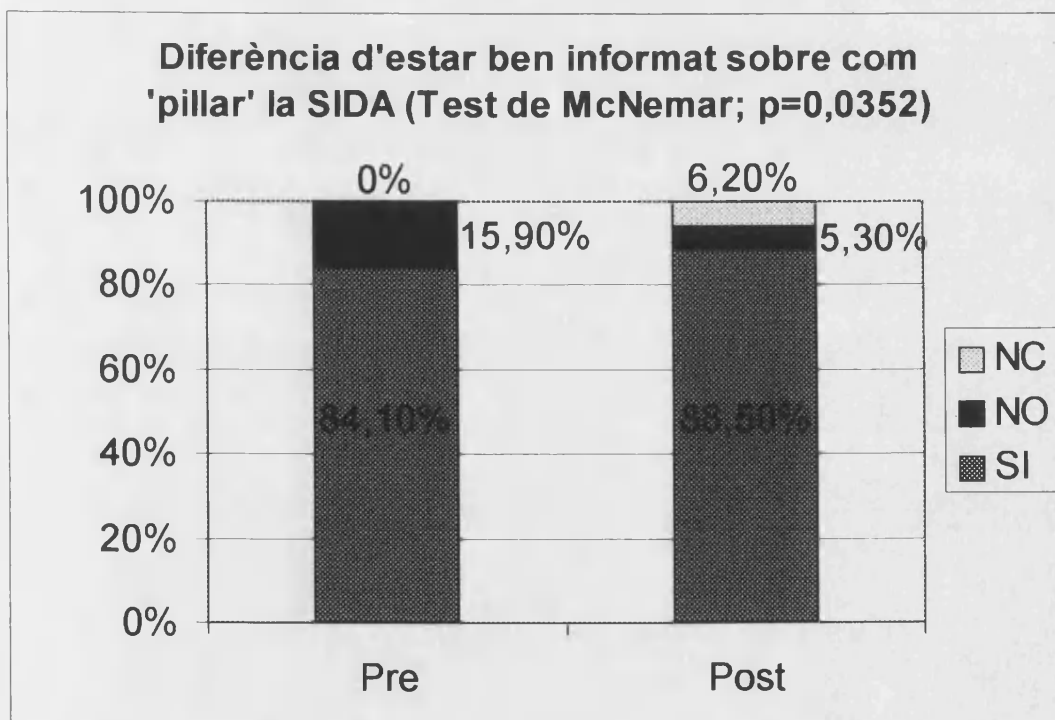
**Figura nº12: Diferència de coneixements sobre l'ús del preservatiu**

**Taula 31.- Diferència Pre-Post en quan al total de l'escala coneixements sobre l'ús del preservatiu. (Test t-tests)**

	n	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència de Mitges	IC 95 %	Valor-t	p
TOTAL CONEIXEMENTS	101	5'8614	6'6733	-0'8119	-1'181;-0'443	-4'36	0'000

### 3.- PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT/DA SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

Dels 113 enquestats/es, 95 (84'1%) contestaren en el Pre estar ben informats i 100 subjectes (88,5%) en el Post. Pel contrari, 18 subjectes, un 15'9%, pensaven que no estaven ben informats en el Pre, mentre que sols 6 (5'3%) contestaren negativament en el Post; en el Post, 7 subjectes no contestaren (6'2%). Les diferències observades resultaren significatives amb una  $p=0'0042$ . (Veure Taula 27).



**Figura 13: Diferència sobre com 'pillar' la SIDA**

**Taula 32. Diferències Pre-Post en quan a la Percepció d'Estar Ben Informat/da sobre la Infecció per VIH/SIDA. (Test McNemar)**

<b>¿Piensas que estás bien informado sobre cómo puedes “pillar” el virus del SIDA?</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>	<b>Diferència Pre-Post</b>
SI	95 (84.1%)	100 (88.5%)	5 (4.4%)
NO	18 (15.9%)	6 (5.3%)	-12 (-10.6%)
N/C	0 (0%)	7 (6.2%)	7 (6.2%)

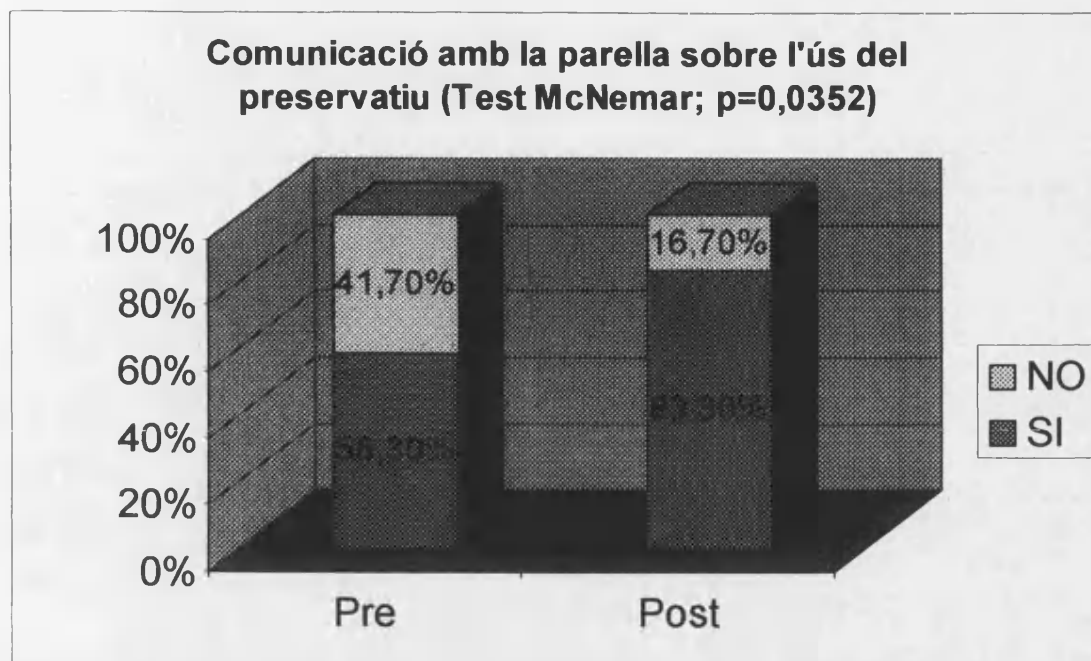
**4.- COMUNICACIÓ AMB LA PARELLA SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIU (\*\* sols1996)**

Abans de la intervenció, de les 36 persones que contestaren ambdós qüestionaris (Pre-Post), 21 persones afirmaven haver parlat del tema amb la seua parella (el 58.3%) i 15 (41.7%) no haver-ho fet. Després del programa, el 83.3% afirmaven haver parlat amb la parella i sols 6 persones, el 16.7%, no haver-ho fet. La diferència és estadísticament significativa amb una  $p = 0'0352$ . (Veure Taula 28).

**Taula 33. Diferències Pre-Post en quan a Comunicació amb la Parella sobre Ús del Preservatiu (1996). (Test McNemar;  $p=0.0352$ )**

<b>¿Has hablado del tema (uso del preservativo) con tu pareja?</b>	<b>Pre</b>	<b>Post</b>	<b>Diferència Pre-Post</b>
SI	21 (58.3%)	30 (83.3%)	9 (25%)
NO	15 (41.7%)	6 (16.7%)	9 (25%)





**Figura nº14: Comunicació amb la parella sobre l'ús del preservatiu**

#### **5.- INCONVENIENTS PER A L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

No s'observen canvis significatius en els inconvenients que té o valora el subjecte alhora d'utilitzar el preservatiu. Tampoc s'identifiquen canvis respecte als inconvenients que pensa tendria la seua parella per a usar preservatiu.

#### **6.- PERCEPCIÓ DE RISC.**

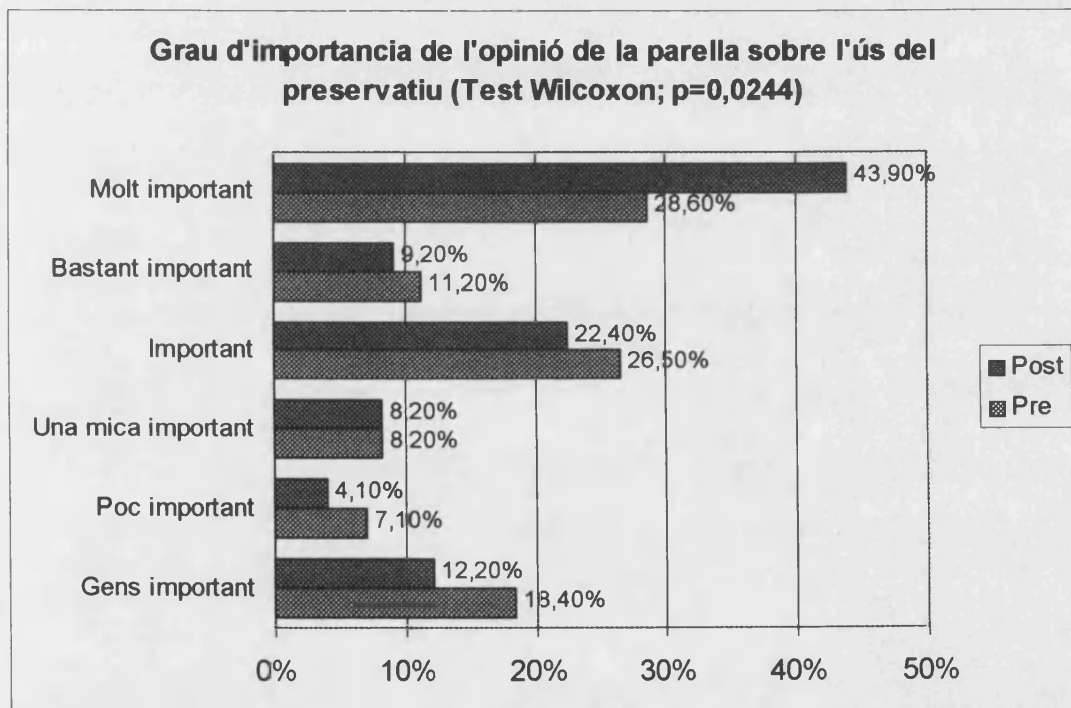
Tampoc respecte al: "Risc d'infectar-se utilitzant el preservatiu", "Risc de fer-ho sense utilitzar-ho", ni respecte al "Risc de desenvolupar la SIDA éssent portador mantenint pràctiques de risc", s'observaren diferències estadísticament significatives en les respostes abans i després de la intervenció.

#### **7. PERCEPCIÓ DE LA GRAVETAT.**

Les respostes a les variables "Percepció de la gravetat d'infectar-se del virus de la SIDA en aquestos moments" i "Percepció de la gravetat de reinfectar-se pel virus", no experimentaren canvis estadísticament significatius després de la intervenció.

## 8.- NORMA SUBJECTIVA.

Sols apareix un canvi significatiu ( $p=0.0244$ ) en la pregunta NS5: “Señala el grado de importancia que tiene para ti la opinión de tu pareja (con la que mantienes actualmente comunicaciones “vis a vis”) con respecto a que utilicéis el preservativo en vuestras relaciones sexuales”. Els valors de l’escala van des de 1 (*nada importante*) fins a 6 (*muy importante*). S’observa que del 25.5% que contesten que l’opinió de la seua parella es “nada” o “poco importante” (valors 1 i 2 de l’escala), es passa al 16.3%. El 39’8% contestà en el qüestionari previ que l’opinió de la seua parella era “bastante” o “muy importante”, pasà a un 53’11% després de la intervenció. (Veure Taula 35).



**Figura nº 15: Grau d'importància de l'opinió de la parella sobre l'ús del preservatiu**

**Taula 34. Diferències Pre-Post en quan al ítem 5 de l'escala de norma subjectiva. (p=0.0244) (Test Wilcoxon)**

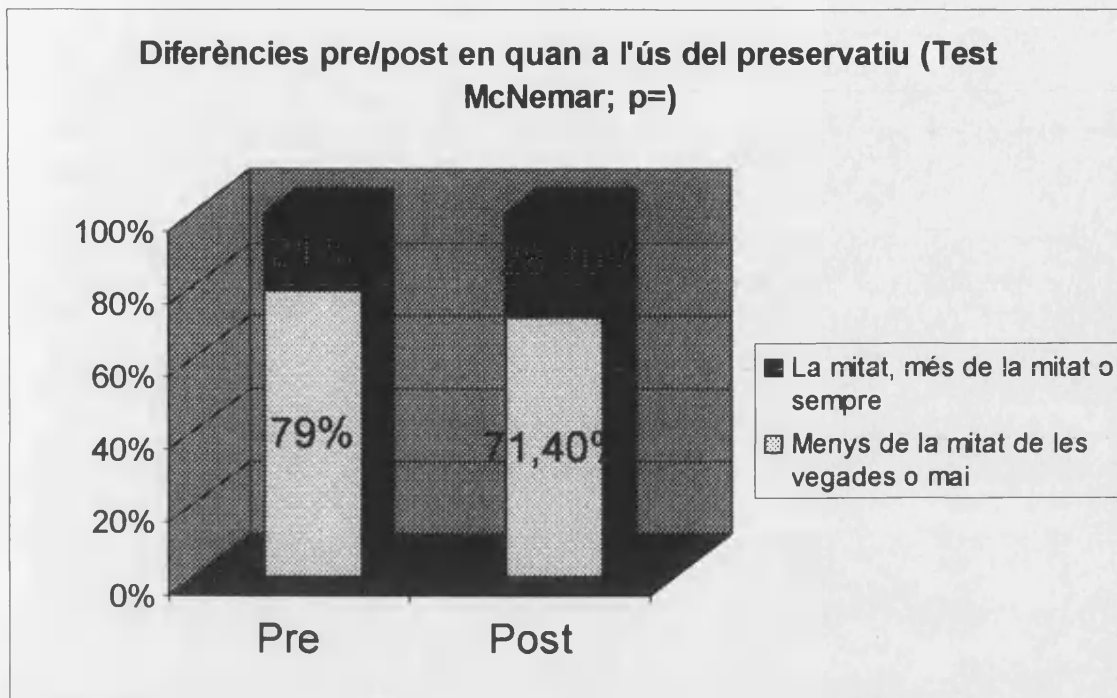
Item NS5: Señala el grado de importancia que tiene para ti la opinión de tu pareja (con la que actualmente mantienes comunicaciones vis a vis) sobre que utilicéis el preservativo en vuestras relaciones sexuales.	Pre	Post	Diferència Pre -Post
1. Nada importante	18 (18.4)	12 (12.2)	-6 (-6.2)
2. Poco importante	7 (7.1)	4 (4.1)	-3 (-3)
3. Algo importante	8 (8.2)	8 (8.2)	0 (0)
4. Importante	26 (26.5)	22 (22.4)	-4 (-4.1)
5. Bastante importante	11 (11.2)	9 (9.2)	-2 (-2)
6. Muy importante	28 (28.6)	43 (43.9)	15 (15.3)

### 9.- ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU.

De 83 subjectes (79%) que en el qüestionari Pre contestaren no haver utilitzat preservatiu “*nunca*” o “*menos de la mitad de las veces*”, passen a 75 (71'4%) en el post. Així mateix de 22 subjectes (21%) que manifestaven utilitzar el preservatiu “*siempre*”, “*la mitad*” o “*más de la mitad de las veces*”, pasen a 30 subjectes (28'6%). Aquestes diferències no són estadísticament significatives (N=105).(Veure Taula 36).

**Taula 35. Diferències pre-post en quan a l'ús referit del preservatiu. (Test McNemar)**

Ús referit del preservatiu	Pre	Post	Diferència Pre-Post	p
Menys de la mitat de les vegades o mai,	83 (79%)	75 (71.4%)	- 8 (7.6%)	NS
Mitat, més de la mitat de les vegades o Sempre.	22 (21%)	30 (28.6%)	8 (7.6%)	NS



**Figura nº16: Diferències pre-post en quan a l'ús del preservatiu**

## **C.2.- ANÀLISI ESTADÍSTIC ESTRATIFICAT PRE-POSTEST.**

En aquest apartat es pretenen identificar diferències significatives en els canvis detectats després de la intervenció en funció de les variables: any d'edició del programa, gènere, grup d'edat, temps efectiu en presó, ús referit del preservatiu, seropositivitat al VIH dels participants, seropositivitat al VIH de les parelles dels participants i tipus de parella en funció de l'estat de seropositivitat. Sols s'ofereixen els resultats que hi han presentat significació estadística.

### **1.- SEGONS ANY D'EDICIÓ DEL PROGRAMA**

#### **1.1.- ANY D'EDICIÓ I INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

En les Taules 37 i 38 s'observen les diferències significatives pre-post en funció de l'any de Intervenció. Els ítems 9, 14, 15 i 17 mostraren diferències significatives en l'edició de 1996, no apareixent aquestes diferències en 1995. En ambdues edicions són significatives les diferències Pre-Post en els ítems 12 i 13. En la valoració global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA, sols foren significatius els

canvis en l'edició de 1996, tant en els 13 ítems comuns a ambdues edicions, com en els 18 de l'edició de 1996 (Veure Taula 39).

**Taula 36. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari de informació sobre la infecció per VIH/SIDA en relació a l'any de intervenció, 1995. (Test McNemar)**

	N	RR. correctes Pre	RR. correctes Post	Diferència Pre-Post	p
12.-Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para limpiar el virus del SIDA	71	59 (83'09%)	68 (95'77%)	9 (12'68%)	0'0352
13.-Si los dos son portadores del virus del SIDA, al practicar sexo con penetración y sin preservativo, se perjudican ambos	71	57 (80'28%)	67 (94'37%)	10 (14'08%)	0'0213

**Taula 37. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en relació a l'any d'intervenció, 1996.**

**(Test McNemar)**

	n	RR correctes Pre	RR correctes Post	Diferència Pre-Post	P
1. Una persona desarrolla Sida porque su sistema de defensa no funciona y no puede luchar contra algunas enfermedades	41	27 (65'85%)	36 (87'80%)	9 (21'95%)	0'0117
2. Una persona infectada por el virus del SIDA pero que no tiene síntomas de la enfermedad, nunca puede transmitir la infección.	41	27 (65'85%)	36 (87'80%)	9 (21'95%)	0'0117
3. El virus del Sida solo está presente en la sangre de las personas infectadas	41	14 (34'15%)	29 (70'73)	15(36'58%)	0'0001
8. Cualquier método anticonceptivo (pildora, diafragma, etc.), es eficaz para prevenir la infección por el VIH durante las relaciones sexuales	41	28 (68'29%)	34 (82'93%)	6 (14'63%)	0'0313
9. Si se mantienen relaciones sexuales sólo con una pareja, no se puede contraer el virus	41	24 (58'54%)	33 (80'49%)	9 (21'95%)	0'0352
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para eliminar el virus del Sida.	41	30 (73'17%)	39 (95'12%)	9 (21'95%)	0'0039
13. Si los dos son portadores del virus del SIDA, al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos	41	30 (73'17%)	37 (90'24%)	7 (17'07%)	0'0156
14. Si se realiza sexo por boca sin eyaculación, no hay ningún riesgo de contagio	41	22 (53'66%)	31 (75'61%)	9 (21'95%)	0'0352
15. El SIDA se puede contraer al masturbar a la pareja	41	33 (80'49%)	40 (97'56%)	7 (17'05%)	0'0156
17. El sida se puede contagiar al compartir el agua de preparar las "chutas".	41	23 (56'09%)	37 (90'24%)	14 (34'15%)	0'0001

**Taula 38. Diferències Pre-Post estadísticament significatives de la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en relació a l'any d'intervenció, 1996. (Test t-test)**

	n	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència de Mitges	IC 95 %	Valor-t	p
GLOBAL 1995-1996(13 Items)	41	10'4878	12'0244	-1'5366	(-1'949;-1'124)	-7'54	0'000
GLOBAL 1996 (18 Items)	41	13'8293	16'2927	-2'4634	-3'071;-1'856	-8'19	0'000

### 1.2.- ANY D'EDICIÓ I CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS CORRECTE DEL PRESERVATIU.

En l'Edició de 1995 no apareix cap canvi significatiu tant a nivell de cadascun dels ítems com en la valoració global del qüestionari. Pel contrari en l'edició de 1996 apareixen canvis significatius tant en els ítems 1, 7 i 8 com en la valoració global. (Veure Taules 40 i 41).

**Taula 39. Diferències Pre-post significatives en el qüestionari de coneixements sobre ús correcte del preservatiu, edició de 1996. (Test Mc Nemar)**

Ítems del qüestionari. Para usar bien el preservativo es necesario:	N	RR correctes Pre	RR correctes Post	Diferència Pre-Post	p
1.- Colocar lo antes de la erección.	41	26 (63'41%)	35 (85'36%)	9 (21'95%)	0'0117
7.- Sujetar el condón por los bordes y retirar el pene de la vagina justo después de la eyaculación.	41	23 (56'1%)	36 (87'80%)	13 (31'71%)	0'0002
8.- Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el condón sujetándolo por los bordes.	41	25 (60'97%)	37 (90'24%)	12 (29'27%)	0'0018

**Taula 40. Diferències Pre-post significatives en la puntuació global del qüestionari de coneixements sobre ús correcte del preservatiu, edició de 1996. (Test t-test)**

	n	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència Pre-Post	p<0'05	T-valor
Coneixements totals (8 ítems)	41	6'000	7'2683	-1.2683	0'000	-6'63

### **1.3.-ANY D'EDICIÓ I PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT/DA SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

Les diferències significatives es localitzen en l'edició de 1995 com es pot identificar en la Taula 42.

**Taula 41. Diferències Pre-Post en quan a la percepció d'estar ben informat/da sobre com contraure la infecció per VIH/SIDA. (Test McNemar)**

¿Piensas que estás bien informado sobre cómo puedes “pillar” el virus del SIDA?	1995		1996	
	Pre	Post	Pre	Post
SI	52 (80%)	60 (92'3%)	36 (87'8%)	40 (97'6%)
NO	13 (20%)	5 (7'7%)	5 (12'2%)	1 (2'4%)
p<0'05	0'0386		NS	

### **1.4.- ANY D'EDICIÓ I COMUNICACIÓ AMB LA PARELLA SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

Com aquesta pregunta sols es realitzà en l'edició de 1996 no por fer-se una anàlisi comparativa amb 1995. Ja es va informar en la anàlisi global Pre-Post que el canvi després la intervenció va resultar ésser estadísticament significatiu ( $p=0'0352$ ).

### **1.5.- ANY D'EDICIÓ I PERCEPCIÓ DE LA GRAVETAT.**

En l'edició de 1995 els canvis Pre-Post en el ítem Percepció de la Gravetat 1 (*Valora según la escala lo grave que te parecería “pillar” el virus en este momento*)



són significatius ( $p=0.0335$ ), resultant que 54 persones (85.7%) que valoraren com Molt Greu “pillar” el VIH pasaren després de la intervenció a 44 (69.8%).

En la resta d'ítems no s'apreciaren diferències significatives.

### 1.6.- ANY D'EDICIÓ I NORMA SUBJECTIVA.

En l'edició de 1996 els canvis Pre-Post en el ítem Norma Subjectiva 5 (*Señala el grado de importancia que tiene para ti la opinión de tu pareja con respecto a que utilicéis el preservativo en vuestras relaciones sexuales*) són significatius ( $p=0'0042$ ).

(Veure Taula 44).

**Taula 42 . Diferències significatives Pre-post, respecte a l'escala de Norma Subjectiva ítem número 5, edició de 1996. (Test Wilcoxon)**

NS 5. Señala el grado de importancia que tiene para ti la opinión de tu pareja con respecto a que utilicéis el preservativo en vuestras relaciones	Pre (%)	Post (%)	Diferència Pre-Post (%)
1. Nada Importante	8 (21.1)	3 (7.9)	-5 (-13.2)
2. Poco Importante	3 (7.9)	1 (2.6)	-2 (-5.3)
3. Algo Importante	3 (7.9)	2 (5.3)	-1 (-2.6)
4. Importante	7 (18.4)	5 (13.2)	-2 (-5.2)
5. Bastante Importante	4 (10.5)	6 (15.8)	2 (5.3)
6. Muy Importante	13 (34.2)	21 (55.3)	8 (21.1)

Agrupant els percentatges, dels que valoren ‘Nada o Poco Importante’ es passa del 29% en el Pre al 10.5% en el Post; dels que valoren ‘Algo Importante o Importante’ es passa del 26.3% al 18.5%; i dels que valoren l'opinió de la parella ‘Bastante o Muy Importante’ es passa del 44.7% al 71.1%.

No es troben diferències estadísticament significatives en la distribució per any d'edició del programa respecte a les següents variables: inconvenients per a l'ús del preservatiu, percepció de risc i gravetat i ús referit del preservatiu.

## **2.- SEGONS EL GÈNERE.**

### **2.1.- GÈNERE I INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

En les Taules següents s'observen les diferències significatives pre-post en funció del gènere dels participants en el programa. Els ítems 3, 9, 12, 13, i 17, mostraren diferències significatives en el grup dels hòmens, mentre que en les dones els ítems amb significació estadística foren el 2, 3, i 12. En la valoració global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA, foren significatius els canvis tant per als hòmens com per a les dones, en el conjunt dels 18 ítems del qüestionari de l'edició de 1996. En els 13 ítems comuns tant en 1995 com en 1996 sols resultà estadísticament significatiu el canvi produït entre el Pre i el Post, per als hòmens. En el cas de les dones no aplegà a ser estadísticament significatiu ( $p=0'059$ ).

### **2.2.- GÈNERE I CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIVU.**

Considerant els ítems per separat, en el cas dels hòmens es produeix un canvi significatiu en el ítem: "Para usar bien el preservativo hay que sujetar el condón por los bordes y retirar el pene de vagina justo después de la eyaculación" presentant un 21.6% més d'encerts després del programa. En les dones s'identifica una variació significativa en l'ítem "Para usar bien el preservativo hay que esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal i después retirar el condón sujetándolo por los bordes", el qualifiquen de 'fals' encertadament un 25.5% més després dels tallers. (Veure Taula 48).

En la valoració global del qüestionari es produeix un canvi estadístic en el percentatge d'encerts detectats després de la intervenció tant en els hòmens com en les dones (Veure Taula 49).

**Taula 43. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en funció del gènere. (Test McNemar)**

	HÒMENS					DONES				
	N	RR. correctes Pre	RR. correctes Post	Diferència Pre-Post	p	N	RR. correctes Pre	RR. correctes Post	Diferència Pre-Post	p
**2. Una persona infectada por el virus del SIDA pero que no tiene síntomas de la enfermedad, nunca puede transmitir la infección	22	16 (72'7%)	19 (86'4%)	3 (13.7%)	NS	19	11 (57.9%)	17 (89.5%)	6 (31.6%)	0.0313
**3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas	22	8(36'4%)	16(72'7%)	8 (36'3%)	0'0078	19	6 (31'6%)	13 (68'4%)	7 (36'8%)	0'0156
9. Si se mantienen relaciones sexuales sólo con una pareja, no se puede contraer el virus	51	25 (49'0%)	35 (68'6%)	10 (19'6%)	0'0309	53	34 (64'2%)	39 (73'6%)	5 (9'4%)	NS
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA	56	47 (83'9%)	55 (98'2%)	8 (14'3%)	0'0078	56	42 (75%)	52 (92'9%)	10 (17'9%)	0'0213
13. Si los dos son portadores del virus del sida, al practicar sexo con penetración y sin preservativo, se perjudican ambos	55	39 (70'9%)	52 (94'5%)	13 (23'6%)	0'0002	56	48 (85'7%)	52 (92'9%)	4 (7'2%)	NS
17. El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de preparar las "chutas"	56	30 (53'6%)	43 (76'8%)	13 (23'2%)	0'0146	54	34 (63%)	39 (72'2%)	5 (9'2%)	NS

\*\*sols edició de 1996

**Taula 44. Diferències Pre-post de la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en funció del gènere. (Test t-test)**

	HÒMENS						DONES					
	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Mitja	p	valor-t	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Medias	p	valor-t
13 Items Comuns (Edicions 1995 i 1996)	47	10'1915	11'5319	-1'3404	0'000	-5'98	46	10'4348	11'0652	-0'6304	NS (0'059)	-1'94
18 Items (Sols edició de 1996)	22	14'1418	16'2727	-2'0909	0'000	-6'64	19	13'4211	16'3158	-2'8947	0'000	-5'47

**Taula 45. Diferències Pre-post estadísticament significatives en el qüestionari sobre ús correcte del preservatiu en funció del gènere. (Test McNemar)**

	HÒMENS					DONES				
	N	RR. correctes Pre	RR. correctes Post	Diferència Pre-Post	p	N	RR. correctes Pre	RR. correctes Post	Diferència a Pre-Post	p
Para usar bien el preservativo es necesario:										
Sujetar el condón por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación	51	30 (58'8%)	41 (80'4%)	11 (21'6%)	0'0266	52	34 (65'4%)	37 (71'2%)	3 (5'8%)	NS
Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el condón sujetándolo por los bordes	50	36 (72%)	39 (78%)	3 (6%)	NS	51	26 (51%)	39 (76'5%)	13 (25'5%)	0'0106

**Taula 46. Diferències Pre-post en la puntuació global del qüestionari sobre ús correcte del preservatiu en funció del gènere. (Test t-test)**

	HÒMENS						DONES					
	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Mitges	p	valor-t	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Medias	p	valor-t
Total de Coneixements (8 ítems)	50	5'9600	6'8800	-0'9200	0'001	-3'67	51	5'7647	6'4706	-0'7059	0'014	-2'56

### 2.3.- GÈNERE I PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

Apareixen canvis estadísticament significatius en el cas dels hòmens, la percepció d'estar ben informats passa d'un 79.6% a un 94.4% després del programa. (Veure Taula 50)

**Taula 47. Diferències Pre-Post en quan a la percepció d'estar ben informat/da sobre com contraure la infecció per VIH/SIDA en funció del gènere. (Test McNemar)**

¿Piensas que estás bien informado sobre cómo puedes “pillar” el virus del SIDA?	<u>Hòmens</u>		<u>Dones</u>	
	Pre	Post	Pre	Post
SI	43 (79'6%)	51 (94'4%)	45 (86'5%)	49 (94'2%)
NO	11 (20'4%)	3 (5'6%)	7 (13'5%)	3 (5'8%)
p<0'05	0'0215		NS	

En la resta de variables: comunicació amb la parella, inconvenients sobre l'ús del preservatiu, percepció de risc i gravetat, norma subjectiva i ús referit del preservatiu; no s'observaren diferències significatives pre-postest en funció del gènere.

### 3.- SEGONS GRUP D'EDAT

Es distribueix la mostra per grups d'edat. S'han creat quatre grups: menors de 21 anys, entre 22 i 25 anys, entre 26 i 34 , i majors de 35.

#### 3.1.- GRUP D'EDAT I INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

Considerant cadascun dels ítems, sols apareixen canvis estadísticament significatius en el grup d'edats compresos entre els 26 i 35 anys; en els ítems 3, 12, 13 i 15. (Veure Taula 51). En aquest mateix grup i en els grups de 21 a 25 anys i de majors de 35 també es donen diferències significatives en la valoració pre-post global del qüestionari. (Veure Taules 52-54).

**Taula 48. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en relació al grup d'edat de 26 a 35 anys. (McNemar Test)**

	n	RR correctes Pre	RR correctes Post	Diferència Pre - Post	p
**3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas.	25	10 (40%)	18 (72%)	8 (32%)	0'0078
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.	53	44 (83%)	51 (96'2%)	7 (13'2%)	0'0156
13. Si los dos son portadores del virus del SIDA, al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos.	52	43 (82'7%)	49 (94'2%)	6 (11'5%)	0'0313
15. El SIDA se puede contraer al masturbar a la pareja.	52	43 (82'7%)	52 (100%)	9 (17'3%)	0'0039

**Taula 49. Diferències Pre-Post de la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup d'edat de 22 a 25 anys. (Test t-test)**

	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència de Mitges	IC 95%	valor-T	p
13 Ítems Comunes 1995 i 1996; n=20	10'1000	11'0500	0'9500	(-2'111;0'211)	-1'71	NS
18 Ítems Sols 1996; n= 4	13'7500	16'7500	3'0000	(-4'299;-1'701)	-7'35	0'005

**Taula 50. Diferències Pre-Post de la puntuació global del qüestionari informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup d'edat de 26 a 34 anys. (Test t-test)**

	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència de Mitges	IC 95%	valor-T	p
<b>13 Ítems Comuns</b>						
<b>1995 i 1996</b>	10'7209	11'6744	0'9535	(-1'383;-0'524)	-4'48	0'000
<b>n=43</b>						
<b>18 Ítems</b>						
<b>Sols 1996</b>	14'1200	16'3600	2'2400	(-2'917;-1'563)	-6'83	0'000
<b>n=25</b>						

**Taula 51. Diferències Pre-Post de la puntuació global del qüestionari informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup d'edat de majors de 35 anys. (Test t-test)**

	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència de Mitges	IC 95%	valor-T	p
<b>13 Ítems Comuns</b>						
<b>1995 i 1996</b>	9'9130	10'8696	0'9565	(-1'883;-0'030)	-2'14	0'044
<b>n=23</b>						
<b>18 Ítems</b>						
<b>Sols 1996</b>	13'4000	16'0000	2'6000	(-4'630;-0'570)	-2'90	0'018
<b>n=10</b>						

### **3.2.- GRUP D'EDAT I CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

Sols apareixen canvis significatius en el ítem: *Para usar bien el preservativo es necesario inflarlo de aire para comprobar si está pinchado* i per al grup d'edat comprés entre els 26 i els 34 anys ( $p=0'0127$ ).

En la resta de grups d'edat no apareixeren diferències estadísticament significatives considerant els ítems del qüestionari per separat



**Taula 52. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari de coneixements sobre l'ús correcte del preservatiu en el grup de edat 26-34 anys. (McNemar Test)**

<b>Para usar bien el preservatiu es necesario:</b>	<b>N</b>	<b>Correctes Pre (%)</b>	<b>Correctes Post (%)</b>	<b>Diferències Pre-Post</b>	<b>p</b>
Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado	49	19 (38'8%)	30 (61'2%)	11 (22'4%)	0'0127
Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el condón sujetándolo por los bordes	47	33 (70'2%)	41 (87'2%)	8 (17%)	NS (0'0574)

Respecte a la puntuació global del conjunt del qüestionari sobre coneixements de l'ús correcte del preservatiu, s'observaren resultats estadísticament significatius en el grup d'edat comprés entre 26-34 anys ( $p=0'000$ ). En la resta dels grups d'edat, els canvis no aplegaren a ser estadísticament significatius. (Veure Taula 56)

En la resta de variables: percepció d'estar ben informat, comunicació amb la parella, inconvenients sobre ús del preservatiu, percepció de risc i gravetat, norma subjectiva i ús referit del preservatiu; no s'observaren diferències significatives pre-postest en funció del grup d'edat.

**Taula 53. Diferències Pre-Post de la puntuació global al qüestionari de coneixements sobre ús correcte del preservatiu en el grup d'edat de 26-34 anys. (Test t-test)**

	<b>N</b>	<b>Mitja Pre</b>	<b>Mitja Post</b>	<b>Diferència Pre-Post</b>	<b>IC 95%</b>	<b>T-valor</b>	<b>p&lt;0'05</b>
Total de Coneixements (8 ítems)	49	6'0204	6'9592	0'9388	(-1'402;-0'475)	- 4'08	0'000

#### 4.- TEMPS EFECTIU EN PRESÓ

##### 4.1.- TEMPS EFECTIU EN PRESÓ I INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

**Taula 54.- Diferències significatives Pre-Post respecte al qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA segons temps efectiu passat en presó inferior o igual a 2 anys. (McNemar Test)**

PREGUNTA	N	R.R Correc. Pre (%)	R.R Correc. Post (%)	Dif. Pre-Post	P
12.Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía, es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.	64	49 (76,6)	62 (96,9)	13 (20,3)	0.010
13.Si los dos son portadores del virus al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos.	64	50 (78,1)	59 (92,2)	9 (14,1)	0.0352
17.El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de preparar las "chutas".	64	34 (53,1)	46 (71,9)	12 (18,8)	0.0446

En les taules següents s'observen les diferències significatives pre-post en funció del temps efectiu passat en presó. En el grup de persones amb una estància en presó de 2 anys o menys, trobem diferències significatives en els ítems 12, 13 i 17. En aquelles persones que han passat més de 2 anys en presó, apareixen diferències significatives ( $p=0.0313$ ) en el ítem 13 "*Si los dos son portadores del virus al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos*": els encerts en aquest ítem passen d'un 80.5% en el pre, a un 95.1% en el post. En la valoració global del qüestionari d'informació, apareixen dades significatives en ambdós grups, tant en els 13 ítems comuns a ambdues edicions del programa (1995 i 1996) com en els 18 de l'edició de 1996. (Veure Taules 57, 58, i 60).

**Taula 55. - Diferències significatives Pre-Post respecte a la puntuació global del qüestionari de informació sobre la infecció per VIH/SIDA segons temps efectiu passat en presó inferior o igual a 2 anys. (Test t-test)**

2 anys o menys	N	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència Pre-post	p < 0,05	T-valor
13 ítems: 1995-1996	52	10,2500	11,0577	- 0,8077	0,004	.- 3,02
18 ítems: 1996	17	14,1765	16,5882	- 2,4118	0,000	- 5,99

**Taula 56.- Diferències significatives Pre-Post respecte a la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA segons temps efectiu passat en presó més de 2 anys. (Test t-test)**

Més de 2 anys	N	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència Pre-post	p < 0,05	T-valor
13 ítems: 1995-1996	37	10,4595	11,7027	- 1,2432	0,000	- 5,25
18 ítems: 1996	21	13,9524	16,0000	- 2,0476	0,000	- 5,88

#### **4.2.-TEMPS EFECTIU EN PRESÓ I CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS CORRECTE DEL PRESERVATIU.**

Considerats els ítems un a un, no es troben diferències significatives.

En els valors totals trobem diferències significatives en quan al nivell de coneixements sobre l'ús del preservatiu tant en el grup els quals tenen una estància en presó de dos anys o menys ( $p= 0,025$ ), així com en el grup de persones amb una estància superior als dos anys ( $p= 0,000$ ). (Veure Taula 61)

**Taula 57.- Canvis significatius en el total de coneixements sobre l'ús del preservatiu segons el temps efectiu en presó. (Test t-test)**

Total coneixements	N	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència Pre-post	p < 0,05	T- valor
<b>2 anys o menys</b>	56	5,8750	6,5357	- 0,6607	0,025	- 2,31
<b>Més de 2 anys</b>	39	5,8718	6,7949	-0,9231	0,000	-4,06

#### **4.3.-TEMPS EFECTIU EN PRESÓ I PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

Trobem diferències estadísticament significatives ( $p=0,0391$ ) entre les persones que han estat dos anys o menys en presó, en relació a la percepció d'estar ben informat sobre la infecció per VIH/SIDA, abans i després de la intervenció, trobant-hi que del 82% que consideraven estar ben informats abans de la intervenció passen a un 93,4% després de la mateixa.

#### **4.4.- TEMPS EFECTIU EN PRESÓ I NORMA SUBJETIVA.**

Sols s'observen diferències significatives en el grup de "més de dos anys" de temps efectiu en presó en els ítems de l'escala de norma subjectiva número 4 i 5. (Veure Taules 63 ).

No s'han trobat canvis significatius pre-post en les distribucions pel temps efectiu passat en presó respecte a les variables: comunicació amb la parella, inconvenients alhora d'usar el preservatiu, inconvenients que té el subjecte alhora d'utilitzar el preservatiu, percepció de risc i de la gravetat i ús referit del preservatiu.

**Taula 58. Diferències significatives Pre-post respecte als ítems 4 i 5 de l'escala de Norma Subjectiva segons el temps efectiu passat en presó (grup de més de 2 anys). (Test de Wilcoxon)**

NS4. Valora de 1 al 6 l'opinió que té la teua parella sobre que utilitzeu preservatiu en les vostres relacions sexuals.

	Pre (%)	Post (%)
No sé (0)	2 (5,9)	2 (5,9)
<b>Totalment Desfavorable (1)</b>	<b>7 (20,6)</b>	<b>2 (5,9)</b>
<b>Bastant Desfavorable (2)</b>	<b>4 (11,8)</b>	<b>1 (2,9)</b>
<b>Desfavorable (3)</b>	<b>3 (8,8)</b>	<b>6 (17,6)</b>
<b>Favorable (4)</b>	<b>8 (23,5)</b>	<b>8 (23,5)</b>
<b>Bastant Favorable(5)</b>	<b>3 (8,8)</b>	<b>5 (14,7)</b>
<b>Totalment Favorable (6)</b>	<b>7 (20,6)</b>	<b>10 (29,4)</b>

(n=34; p=0,037)

**Taula 59: Grau d'importància de l'opinió de la parella respecte a l'ús del preservatiu**

NS5. Assenyala el grau d'importància que té per a tu l'opinió de la teua parella respecte al fet que utilitzeu el preservatiu en les vostres relacions sexuals.

	Pre (%)	Post (%)
No ho sap, N/C (0)	0	0
<b>Gens important (1)</b>	<b>9 (23,7)</b>	<b>3 (7,9)</b>
<b>Poc important (2)</b>	<b>3 (7,9)</b>	<b>1 (2,6)</b>
<b>Un poc important (3)</b>	<b>3 (7,9)</b>	<b>4 (10,4)</b>
<b>Important (4)</b>	<b>9 (23,7)</b>	<b>7 (18,4)</b>
<b>Bastant important (5)</b>	<b>5 (13,2)</b>	<b>4 (10,4)</b>
<b>Molt important (6)</b>	<b>9 (23,7)</b>	<b>19 (50,0)</b>

(N=38; p=0,005)

## **5.- SEGONS L'ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU.**

### **5.1. ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU I INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

Es troben diferències significatives en les persones que manifesten no haver utilitzat "mai" el preservatiu, en els ítems 2, 3, 12, 13, 14 i 17 (Veure Taula 65). En els

grups de persones que refereixen utilitzar-los “sempre” i “a vegades” no es troben dades significatives.

**Taula 60. Diferències significatives en els ítems d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en la distribució per ús referit del preservatiu (Grup de persones que diuen no haver-ho utilitzat “mai”) (McNemar Test)**

PREGUNTA	N	R. Cor. Pre (%)	R. Cor. Post (%)	Diferencia Pre-Post	P
2. Una persona infectada por el virus del SIDA pero que no tiene síntomas de la enfermedad, nunca puede transmitir la infección.	29**	20 (69)	26 (89,7)	6 (20,7)	0.0313
3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas de las personas infectadas.	29**	5 (17,2)	19 (65,5)	14 (48,3)	0.0001
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía, es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.	82	66 (80,5)	78 (95,1)	12 (14,63)	0.0075
13. Si los dos son portadores del virus al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos.	81	62 (76,5)	74 (91,4)	12 (14,9)	0.0075
14. Si se realiza sexo por boca sin eyaculación no hay ningún riesgo de contagio.	80	30 (37,5)	44 (55)	14 (17,5)	0.0140
17. El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de preparar las “chutas”.	82	49 (59,8)	63 (76,8)	14 (17)	0.0216

\*\* Any 1996.

**Taula 61. Diferències significatives en la puntuació global del qüestionari d'informació sobre VIH/SIDA, en la distribució per ús referit del preservatiu. (Test T-test)**

No l'usen mai	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. Mitges	p < 0,05	T-valor
13 ítems: 1995-1996	68	10,1912	11,1618	-0,9706	0,000	-4,40
18 ítems: 1996	29	13,5172	16,0690	-2,5517	0,000	-6,35
L'usen sempre						
13 ítems: 1995-1996	14	10,6429	11,9286	-1,2857	0,008	-3,12
18 ítems: 1996	9	14,6667	16,7778	-2,1111	0,002	-4,64

En quan a la valoració global del qüestionari d'informació, apareixen diferències significatives tant en el grup de "mai" com en el de "sempre". Aquestes diferències apareixen en els 13 ítems comuns a 1995 i 1996, Així com en els 18 de 1996. (Veure Taules 66).

## **5.2.-ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU I CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

Entre els que refereixen no haver utilitzat el preservatiu "mai" es troben diferències significatives ( $p=0.0376$ ) en el ítem 4: "*Para usar bien un preservativo hay que inflarlo de aire para comprobar si está pinchado*", d'un 42.7% de respostes encertades es passa a un 58.7% després del programa. De la mateixa manera hi ha dades significatives en la valoració global del total de coneixements tant en el grup de "mai" com en el de "sempre" (Veure Taula 69). Entre els que diuen usar-lo "sempre" o "a vegades" no apareixen canvis significatius pre-post en l'anàlisi per ítems.

**Taula 62. Diferències significatives en la puntuació global del qüestionari de coneixements sobre l'ús del preservatiu en la distribució per ús referit del preservatiu. (Test t-test)**

<b>TOTAL CONEIXEMENTS</b>	<b>n</b>	<b>Mitja Pre</b>	<b>Mitja Post</b>	<b>Diferència Mitges</b>	<b>p &lt; 0,05</b>	<b>T- valor</b>
<b>No l'usen Mai</b>	72	5,6250	6,5139	-0,8889	0,000	-3,65
<b>L'usen Sempre</b>	12	6,0833	7,0833	-1	0,046	-2,25

## **5.3.- ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU I PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

Entre les persones que refereixen no haver utilitzat "mai" el preservatiu es troben diferències significatives respecte a la percepció d'estar ben informat abans i després de la intervenció ( $p=0,0391$ ), passant d'un 84,2% a un 93,4%.

#### **5.4.-ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU I COMUNICACIÓ AMB LA PARELLA SOBRE L'ÚS DEL PRESERVATIU.**

No hi ha diferències significatives en els grups que diuen utilitzar-lo “sempre” o “a vegades” mentre que en el grup dels que no l’havien utilitzat “mai” s’observen canvis entre el Pre i el Post, d’un 46.4% que habien parlat del tema amb la seua parella abans de la intervenció es passa a un 82.1% després d’aquesta ( $p=0.0129$ )

#### **5.5.- ÚS REFERIT DEL PRESERVATIU I NORMA SUBJECTIVA.**

Entre els que diuen utilitzar-lo “sempre” o “a vegades” no apareixen dades significatives. En el grup de persones que referixen no utilitzar-lo “mai”, identifiquen diferències significatives en l’escala de norma subjectiva en el ítem NS5. La valoració de l’opinió de la parella com molt important passa d’un 23.2% a un 39.1%. (Veure Taula 72).

**Taula 63. Diferències significatives Pre-post respecte al ítem número 5 de l’escala de Norma Subjectiva en la distribució per ús referit del preservatiu. (Grup de persones que refereixen no utilitzar “mai” el preservatiu). (Test de Wilcoxon)**

NS5. Assenyala el grau d’importància que te per a tu l’opinió de la teua parella respecte a que utilitzeu el preservatiu en les vostres relacions sexuals.

	Pre (%)	Post (%)
No ho sap, N/C (0)	0	0
Gens important (1)	17 (24,6)	10 (14,5)
Poc important (2)	4 (5,8)	3 (4,3)
Un poc important (3)	4 (5,8)	7 (10,1)
Important (4)	23 (33,3)	17 (24,6)
Bastant important (5)	5 (7,2)	5 (7,2)
Molt important (6)	16 (23,2)	27 (39,1)

( $n=69$ ;  $p=0.048$ )



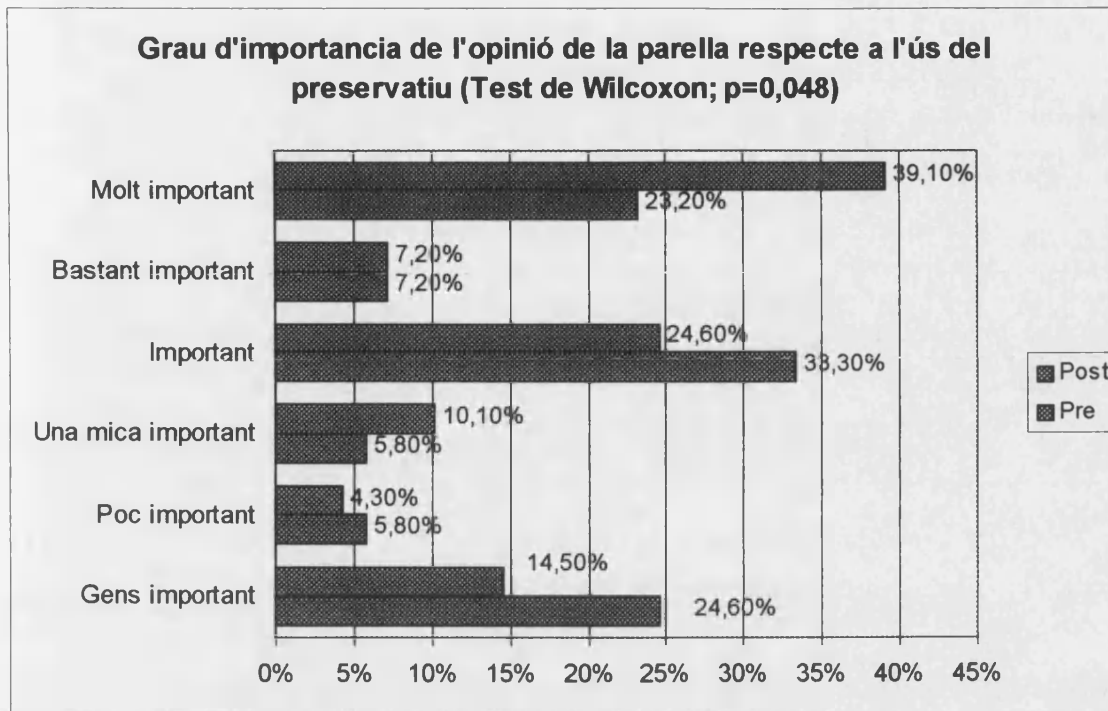


Figura nº 17: Grau d'importància de l'opinió de la parella respecte a l'ús del preservatiu

No apareixen diferències significatives en la distribució en funció d'ús referit del preservatiu respecte a les variables: inconvenients sobre l'ús d'aquest, percepció de risc i de la gravetat.

## 6.- SEGONS SEROPOSITIVITAT AL VIH.

Segons l'estat serològic dels participants es formaren tres grups: VIH+, VIH- i VIH? quan no existien resultats al test de detecció d'anticòsos o aquestos eren desconeguts en el moment en que es recollí la informació.

### 6.1.- SEROPOSITIVITAT AL VIH I INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

Apareixen canvis significatius entre el Pretest i el Postest en el grup de persones que són VIH+ tant en els ítems: 3, 12, 13 i 17; Així com en la valoració del conjunt del qüestionari d'informació. (Veure taules 73 i 74).

**Taula 64. Diferències pre-post significatives en el grup de persones que són VIH+ en el qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA. (McNemar Test)**

PREGUNTES	n	R. Cor. Pre (%)	R. Cor. Post (%)	Dif. Pre-Post	p
3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas. (**)	25	9 (36)	18 (72)	9 (36)	0.0039
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía, es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.	61	33 (54,1)	44 (72,1)	11 (18)	0.0347
13. Si los dos son portadores del virus al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos.	65	50 (76,9)	61 (93,8)	11 (16,9)	0.0034
17. El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de preparar las "chutas".	65	34 (52,3)	49 (75,4)	15 (23,1)	0.0071

(\*\*) Any 1996

**Taula 65. Diferències pre-post significatives en la puntuació global del qüestionari en el grup de persones VIH+. (Test t-test)**

VIH+	n	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència Mitges	p < 0,05	T-valor
13 ítems: 1995-1996	58	10,4828	11,2931	-0,8103	0,001	-3,39
18 ítems: 1996	25	14,1600	16,3600	-2,2000	0,000	-7,20

En el grup de persones VIH- s'observaren diferències significatives Pre-Post en els ítems 3 i 12, així com en la puntuació global del qüestionari d'informació (Veure Taules 75 i 76). No s'observaren diferències en el grup de persones de les que s'ignorava l'estat serològic.

**Taula 66. Diferències pre-post significatives en el qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup de persones VIH-. (McNemar)**

PREGUNTA	n	R. Cor. Pre (%)	R. Cor. Post (%)	Diferen Pre-Post	p
3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas. (**)	15	5 (33,3)	11 (73,3)	6 (40)	0.0313
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía, es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.	42	29 (69)	40 (95,2)	11 (26,2)	0.0074

(\*\*) Any 1996

**Taula 67. Diferències pre-post significatives en el total del qüestionari de informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes VIH-. (Test t-test)**

VIH-	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Mitges	p < 0,05	T-valor
13 ítems: 1995-1996	33	9,8788	11,3939	-1,5152	0,000	-4,87
18 ítems: 1996	15	13,2000	16,2667	-3,0667	0,000	-5,00

## 6.2.- SEROPOSITIVITAT AL VIH I CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS CORRECTE DEL PRESERVATIU.

Es trobaren diferències estadísticament significatives en el grup de persones que són portadors del VIH, tant en els ítems 2, 7, i 8 com en l'anàlisi del conjunt del qüestionari. En el grup de subjectes que són VIH- i en el que es desconeix el seu estat serològic, no es detecten diferències de relleu. (Veure taula 77 i 78)

**Taula 68. Diferències pre-post en quan als coneixements sobre l'ús correcte dels preservatius en el grup de persones portadores del VIH. (McNemar Test)**

PREGUNTA: PARA USAR BIEN EL PRESERVATIVO ES NECESARIO:	N	RR Cor. Pre (%)	RR Cor. Post (%)	Diferèn Pre-Post	P
2. Colocar el condón cuando el pene está en erección	59	52 (88,1)	58 (98,3)	6 (10,2)	0.0313
7. Sujetar el condón por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación.	59	32 (54,2)	49 (83,1)	17 (28,9)	0.0021
8. Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el condón sujetándolo por los bordes.	59	36 (61)	49 (83,1)	13 (22,1)	0.044

**Taula 69. Diferències pre-post significatives en l'anàlisi global del qüestionari sobre l'ús correcte del preservatiu entre les persones VIH+. (Test t-test)**

VIH+	n	Mitja Pre	Mitja Post	Diferència Mitges	p < 0,05	T-valor
Total Coneixements	58	5,8103	6,9138	-1,1034	0,000	-5,54

### 6.3.- SEROPOSITIVITAT AL VIH I PERCEPCIÓ DE ESTAR BEN INFORMAT/DA SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

En el grup format per persones portadores del virus VIH, apareixen diferències significatives entre el Pre i el Post ( $p= 0.0391$ ) respecte a la percepció d'estar ben informat sobre el VIH/SIDA, passant d'un 84,4% en el pre a un 95,3% en el postest.

En les distribucions en funció de la seropositivitat al VIH i les variables: comunicació amb la parella respecte a l'ús del preservatiu, inconvenients per a l'ús del preservatiu, percepció de risc, percepció de gravetat, norma subjectiva i ús del preservatiu, no s'observaren diferències significatives.

### 7.- SEGONS SEROPOSITIVITAT DE LA PARELLA.

#### 7.1.- SEROPOSITIVITAT DE LA PARELLA I INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

**Taula 70. Diferències significatives respecte a la informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes la parella dels quals és seropositiva front al VIH. (McNemar Test)**

PREGUNTA	n	R. Cor. Pre (%)	R. Cor. Post (%)	Diferèn Pre-Post	P
3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas. (**)	24	9 (37,5)	16 (66,7)	7 (29,2)	0.0156
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía, es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.	56	44 (78,6)	53 (94,6)	9 (16)	0.0117
13. Si los dos son portadores del virus al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos.	55	44 (80)	53 (96,4)	9 (16,4)	0.0039

\*\* Any 1996

En el grup de persones la parella dels quals era seropositiva al VIH, es detectaren diferències significatives entre els qüestionaris Pre i Post en els ítems 3, 12 i 13, així com en l'anàlisi total del qüestionari (veure taules 79 i 80). En el grup de persones la parella

dels quals no era seropositiva al VIH, es detectaren diferències en els ítems 3 i 12 i també en l'anàlisi total del qüestionari (veure taules 81 i 82).

En el grup que no es coneix l'estat serològic de les seues parelles, no s'han detectat canvis estadísticament significatius en relació a la informació sobre la infecció per VIH/SIDA.

**Taula 71. Diferències significatives respecte a l'anàlisi total del qüestionari de informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes cuya parella es seropositiva. (Test t-test)**

Parella VIH+	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Mitges	p < 0,05	T-valor
13 ítems: 1995-1996	48	10,3958	11,4375	-1,0417	0,000	-4,76
18 ítems: 1996	24	14,0417	16,1250	-2,0833	0,000	-6,03

**Taula 72. Diferències significatives respecte a la informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes la parella dels quals és seronegativa front al VIH. (McNemar Test)**

PREGUNTA	n	R. Cor. Pre (%)	R. Cor. Post (%)	Diferèn Pre-Post	p
3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas. (**)	11	3 (27,3)	10 (90,9)	7 (63,6)	0.0156
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía, es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.	33	27 (81,8)	33 (100)	6 (18,2)	0.0313

(\*\*) Any 1996

**Taula 73. Diferències significatives respecte a l'anàlisi total del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes la parella dels quals és seronegativa. (Test t-test)**

Parella VIH-	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Mitges	p < 0,05	T-valor
18 Ítems 1996	11	13,9091	16,3636	-2,4545	0,000	-5,65

## 7.2. SEROPOSITIVITAT AL VIH DE LA PARELLA I CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS CORRECTE DEL PRESERVATIU.

Sols es trobaren diferències significatives en els ítems 4 i 7 del qüestionari de coneixements sobre l'ús correcte del preservatiu entre el grup de subjectes que sabien que la seua parella era seropositiva.(Veure taula 83). Igualment les diferències són significatives respecte a la puntuació global del qüestionari en el mateix grup de subjectes assenyalat anteriorment (Veure Taula 84).

Entre els subjectes la parella dels quals era seronegativa o desconeixien el seu estat serològic, no s'han detectat canvis significatius per a cap dels ítems d'aquest qüestionari.

**Taula 74. Diferències significatives en els coneixements sobre l'ús correcte del preservatiu entre els subjectes la parella dels quals és seropositiva al VIH. (McNemar Test)**

<b>PREGUNTA: PARA USAR BIEN EL PRESERVATIVO ES NECESARIO:</b>	<b>n</b>	<b>PR. corr. Pre (%)</b>	<b>PR. corr post (%)</b>	<b>Dif. Pre-Post</b>	<b>p</b>
4. Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado	51	18 (35,3)	31 (60,8)	13 (25,5)	0.0072
7. Sujetar el condón por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyulación.	49	27 (55,1)	38 (77,6)	11 (22,5)	0.0433

**Taula 75. Diferències significatives respecte a la puntuació global del qüestionari de coneixements sobre l'ús correcte del preservatiu entre els subjectes la parella dels quals era seropositiva al VIH. (Test t-test)**

<b>Parella VIH+</b>	<b>n</b>	<b>Mitja Pre</b>	<b>Mitja Post</b>	<b>Diferència Mitges</b>	<b>p &lt; 0,05</b>	<b>T- valor</b>
Total Coneixements	49	5,9796	7,0000	-1,0204	0,000	-5,19

### **7.3.-SEROPOSITIVITAT DE LA PARELLA I PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.**

Es troben diferències significatives ( $p= 0'0391$ ), en el grup de persones que saben que la seua parella és seronegativa al VIH, entre la percepció d'estar ben informats abans i després de la intervenció, passant d'un 71,9% a 93,8%.

### **7.4.- SEROPOSITIVITAT DE LA PARELLA I NORMA SUBJECTIVA.**

En el grup de subjectes que coneixien que la seua parella era VIH+, es detectaren diferències significatives en els ítems NS4 i NS5 de l'escala de Norma Subjectiva, en el sentit d'una opinió més favorable de les seues parelles respecte a l'ús del preservatiu així com en l'increment de la importància de l'esmentada opinió per als subjectes (Veure Taula 85). En el grup de subjectes que desconeixien l'estat serològic de les seues parelles, apareixen diferències significatives en el ítem NS3 de l'escala: es detecta un increment en la valoració de la importància de l'opinió dels seus amics respecte als mètodes preventius (Veure taula 87); encara que no s'observen canvis significatius en l'opinió més favorable a l'ús dels esmentats mètodes. No es detecten diferències significatives en cap dels ítems de l'escala en el grup de participants que coneixien que la seua parella era seronegativa al VIH.

**Taula 76. Diferències significatives en el ítem 4, 5 de l'escala de Norma Subjectiva entre els subjectes que saben que la seua parella es seropositiva al VIH. (Test de Wilcoxon)**

NS4. Valora del 1 al 6 l'opinió que te la teua parella, sobre que utilitzeu preservatiu en les vostres relacions sexuals.

	Pre	Post
No sé (0)	5 (12,2)	1 (2,4)
Totalment Desfavorable (1)	8 (19,5)	4 (9,8)
Bastant Desfavorable (2)	5 (12,2)	2 (4,9)
Desfavorable (3)	6 (14,6)	10 (24,4)
Favorable (4)	4 (9,8)	7 (17,1)
Bastant Favorable(5)	3 (7,3)	6 (14,6)
Totalment Favorable (6)	10 (24,4)	11 (26,8)

(N=41;  $p=0.022$ )

**Taula 77: grau d'importància de l'opinió de la parella respecte a l'ús del preservatiu**

NS5. Assenyala el grau d'importància que té per a tu l'opinió de la teua parella respecte a que utilitzeu el preservatiu en les vostres relacions sexuals.

	Pre	Post
No ho sap, N/C (0)	0	0
Gens important (1)	10 (19,6)	6 (11,8)
Poc important (2)	3 (5,9)	2 (3,9)
Un poc important (3)	5 (9,8)	3 (5,9)
Important (4)	14 (27,5)	10 (19,6)
Bastant important (5)	4 (7,8)	5 (9,8)
Molt important (6)	15 (29,4)	25 (49,0)

(N=51; p=0.024)

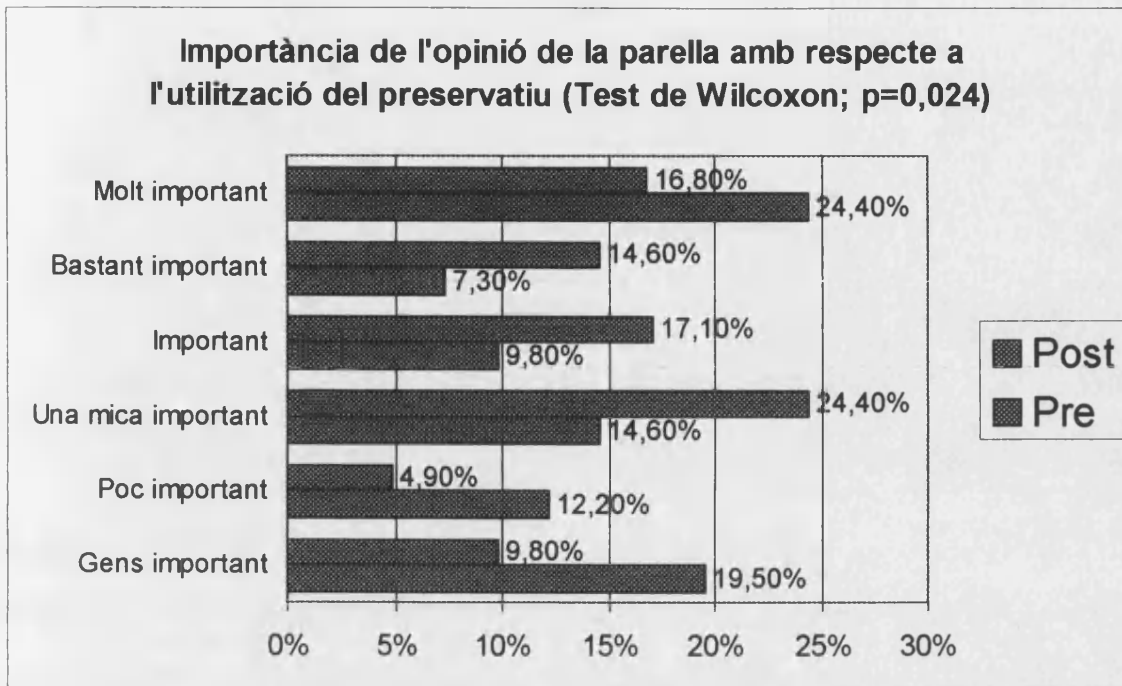
**Taula 78. Diferències significatives en el ítem NS3 de l'escala de Norma Subjectiva, entre els subjectes que desconeixen l'estat serològic de la teua parella. (Test de Wilcoxon)**

NS3. Assenyala el grau d'importància que té per a tu l'opinió de dels teus millors amics/gues respecte als mètodes preventius.

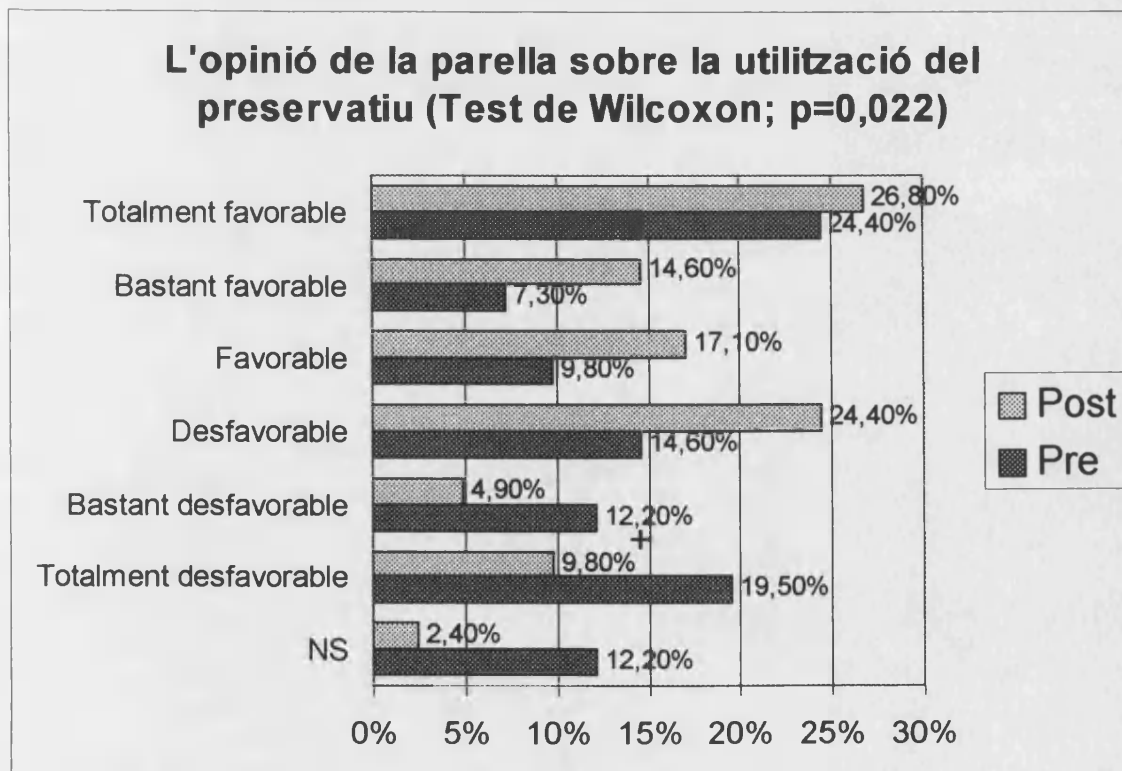
	Pre	Post
No ho sap, N/C (0)	0	0
Gens important (1)	3 (21,4)	1 (7,1)
Poc important (2)	1 (7,1)	0
Un poc important (3)	3 (21,4)	1 (7,1)
Important (4)	4 (28,6)	5 (35,7)
Bastant important (5)	1 (7,1)	1 (7,1)
Molt important (6)	2 (14,3)	6 (42,9)

(N=24; p=0.049)





**Figura nº18** Importància de l'opinió de la parella amb respecte a l'utilització del preservatiu



**Figura nº19:** L'opinió de la parella sobre l'utilització del preservatiu

No es detectaren diferències significatives en les distribucions en funció de la seropositivitat de la parelles respecte a les variables: comunicació amb la parella sobre ús del preservatiu, inconvenients per a l'ús del preservatiu, percepció de risc i gravetat, i ús referit del preservatiu.

## 8.- SEGONS EL TIPUS DE PARELLA EN RELACIÓ AL VIH/SIDA.

En la distribució per tipus de parella es formaren 5 grups: ambdós seropositius al VIH; ambdós seronegatius; ella positiva-ell negatiu, ella negativa-ell positiu i parelles amb estat serològic desconegut.

### 8.1.- TIPUS DE PARELLA I INFORMACIÓ SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

En el grup de parelles en els que ambdós són seropositius al VIH, s'observen canvis significatives en els ítems 3, 13 i 14 del qüestionari d'informació, Així com en la valoració global del mateix (Veure taula 88 i 89).

**Taula 79. Diferències Pre-Post significatives en el qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup de parelles en les que ambdós són seropositius al VIH. (McNemar Test)**

PREGUNTA	n	RR Cor. Pre (%)	RR Cor. Post (%)	Dif. Pre-Post	P
3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas. (**)	12	3 (35)	10 (83,3)	7 (58,3)	0.0156
13. Si los dos son portadores del virus al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos.	36	24 (66,7)	32 (88,9)	8 (22,2)	0.0215
14. Si se realiza sexo por boca sin eyaculación no hay ningún riesgo de contagio.	36	15 (41,7)	22 (61,1)	7 (19,4)	0.0391

\*\* Any 1996

**Taula 80. Diferències Pre-Post significatives en la valoració global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup de parelles en els que ambdós són seropositius. (Test t-test)**

Ambdós VIH+	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. De Medias	p < 0,05	T-valor
13 ítems: 1995-1996	34	10,1471	11,2647	-1,1176	0,000	-4,25
18 ítems: 1996	12	13,5833	16,2500	-2,6667	0,000	-4,93

També s'observen canvis significatius ( $p=0.0078$ ) en el ítem 12 del qüestionari d'informació: "*Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía, es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA*", d'un 63.6% d'encerts en el pre es passa a un 100% en el post; i en la valoració global de l'esmentat qüestionari en aquelles parelles en les que ambdós són seronegatius al VIH (Veure Taula 91). En aquesta valoració global, els canvis també es donen de manera significativa en les parelles en les que un dels seus membres és seropositiu així com en les que es desconeix l'estat serològic (Veure Taula 92).

**Taula 81. Diferències Pre-Post significatives de la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup de parelles en les quals ambdós són seronegatius. (Test t-test)**

Ambdós VIH-	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Mitges	p < 0,05	T-valor
13 ítems: 1995-1996	19	9,6842	11,3684	-1,6842	0,001	-4,09
18 ítems: 1996	7	13,1429	16,000	-2,8571	0,049	-2,46

**Taula 82. Diferències Pre-Post significatives en la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA segons tipus de parelles. (Test t-test)**

18 ítems: 1996	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Mitges	p < 0,05	T-valor
Ella + Ell -	6	13,6667	16,3333	-2,6667	0,017	-3,51
Ella - Ell +	5	14,8000	17,0000	-2,2000	0,040	-2,99
VIH?	11	14,1818	16,1818	-2,0000	0,001	-4,69

### 8.2.- TIPUS DE PARELLA I CONEIXEMENTS SOBRE L'ÚS CORRECTE DEL PRESERVATIU.

En el grup de parelles en les quals ambdós són VIH+ es detecten diferències significatives pre-post ( $p=0.0225$ ) en el ítem 4: "*Para a usar bien el preservativo es necesario inflarlo de aire para comprobar si está pinchado*", d'un 33.3% d'encerts en el qüestionari pre es passa a un 60.6% en el post. Aquest canvi significatiu es detecta igualment en la valoració global de coneixements sobre ús correcte del preservatiu tant per al grup de parelles en les quals ambdós són seropositius com en el grup de parelles en les quals ella és seropositiva i ell seronegatiu (Veure Taula 96).

**Taula 83. Diferències Pre-Post significatives la puntuació global del qüestionari sobre ús correcte del preservatiu en el grup de parelles. (Test t-test)**

Total Coneixements	n	Mitja Pre	Mitja Post	Dif. de Mitges	p < 0,05	T- valor
Ambdós Positius	32	5,8125	6,8438	-1,0313	0,000	-3,97
Ella +Ell -	12	5,8333	7,0833	-1,2500	0.011	-3,04

### 8.3.- TIPUS DE PARELLA I PERCEPCIÓ D'ESTAR BEN INFORMAT/DA SOBRE LA INFECCIÓ PER VIH/SIDA.

Es trobaren diferències significatives ( $p = 0,0313$ ) entre el Pre i el Post en quan a la percepció d'estar ben informats sobre com es contrau el VIH en el grup de parelles en

les que ella era seronegativa i ell seropositiu, passant d'un 69,2% que referien estar ben informats abans de la intervenció a un 92,3% després de la intervenció.

#### **8.4.- TIPUS DE PARELLA I PERCEPCIÓ DE LA GRAVETAT.**

Es trobaren diferències significatives en el grup de "Ella negativa, ell positiu" en el ítem número 1 de l'escala de percepció de gravetat (PG1), en la que que s'observa com hi ha un descens en la percepció de la gravetat entre el qüestionari pre i el post (Veure Taula 98).

**Taula 84. Diferències Pre-Post significatives en el ítem número 1 de l'escala de 'Percepció de Gravetat' en el grup de parelles en les quals ella es seronegativa i ell seropositiu. (Test de Wilcoxon)**

PG1. Valora segons l'escala, com de greu et semblaria "pillar" el virus en aquest moment.

	Pre	Post
<b>Gens greu (0)</b>	1 (3,8)	2 (7,7)
(1)	0	0
(2)	0	0
(3)	0	2 (7,7)
(4)	0	4 (15,4)
<b>Molt greu (5)</b>	25 (96,2)	18 (69,2)
<b>n</b>	26	
<b>p</b>	0.018	

#### **8.5.- TIPUS DE PARELLA I NORMA SUBJECTIVA.**

En el grup de parelles en les quals ella és VIH+ i ell VIH- observem un augment en l'opinió favorable de les seues parelles cap a l'ús del preservatiu després de la intervenció. El mateix també s'observa en el grup de parelles en les quals ambdós membres són seropositius (Veure Taula 99).

**Taula 85. Diferències Pre-Post significatives en el ítem número 4 de l'escala de 'Norma Subjetiva' en el grup de parelles en el que ella es seropositiva i ell seronegatiu i en el grup en el que ambdós són seropositius. (Test de Wilcoxon)**

NS4. Valora del 1 al 6 l'opinió que te la teua parella, respecte al fet que utilitzeu preservatiu en les vostres relacions sexuals.

## Ella-El+

	Pre	Post
No sé (0)	6 (21,4)	1 (3,6)
<b>Totalment Desfavorable (1)</b>	<b>7 (25,0)</b>	<b>6 (21,4)</b>
<b>Bastant Desfavorable (2)</b>	<b>4 (14,3)</b>	<b>0</b>
<b>Desfavorable (3)</b>	<b>5 (17,9)</b>	<b>9 (32,1)</b>
<b>Favorable (4)</b>	<b>2 (7,2)</b>	<b>5 (17,9)</b>
<b>Bastant Favorable(5)</b>	<b>0</b>	<b>5 (14,3)</b>
<b>Totalment Favorable (6)</b>	<b>4 (14,3)</b>	<b>3 (10,7)</b>

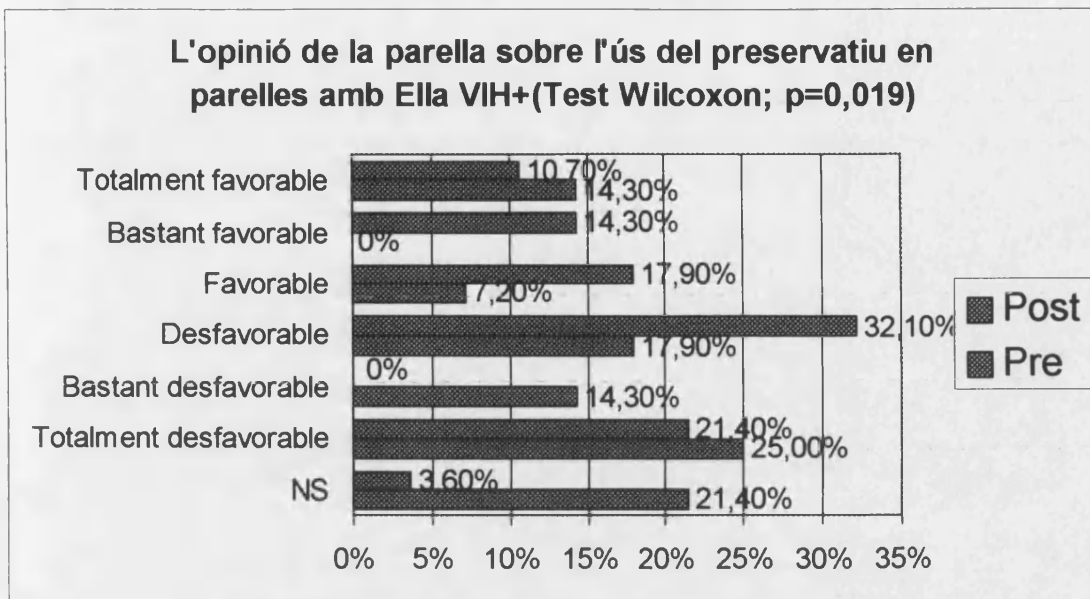
(N=28; p=0.019)

**Taula 86: Valoració de la parella respecte al fet que utilitzeu el preservatiu  
Ambdós VIH+**

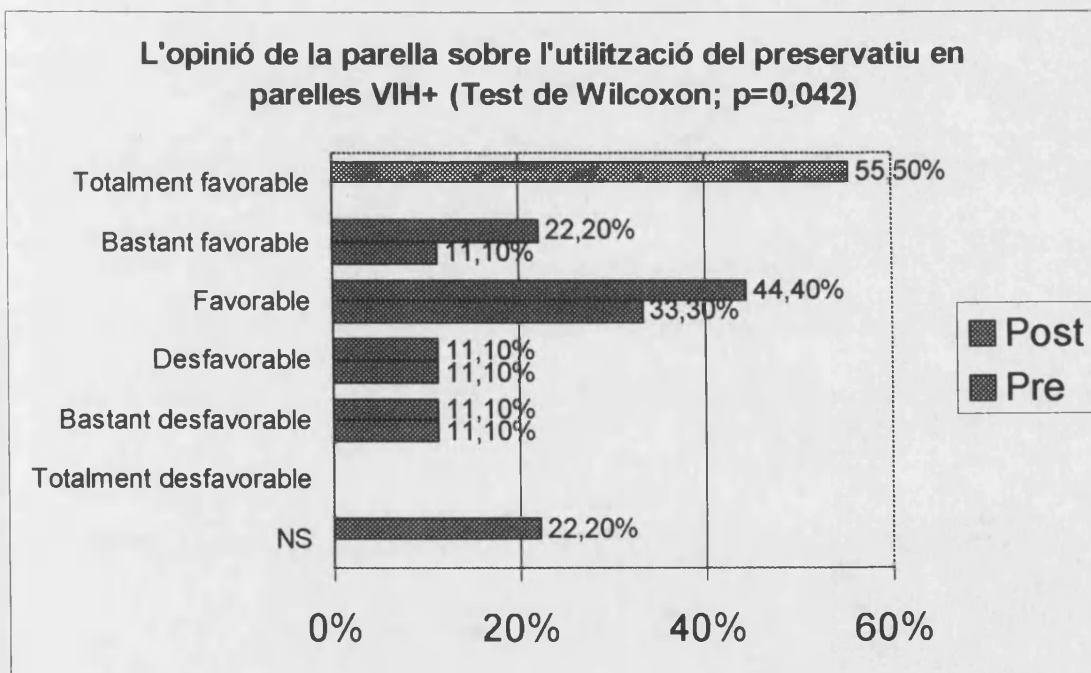
	Pre	Post
No sé (0)		2 (22,2)
<b>Totalment Desfavorable (1)</b>		
<b>Bastant Desfavorable (2)</b>	<b>1 (11,1)</b>	<b>1 (11,1)</b>
<b>Desfavorable (3)</b>	<b>1 (11,1)</b>	<b>1 (11,1)</b>
<b>Favorable (4)</b>	<b>3 (33,3)</b>	<b>4 (44,4)</b>
<b>Bastant Favorable(5)</b>	<b>1 (11,1)</b>	<b>2 (22,2)</b>
<b>Totalment Favorable (6)</b>		<b>5 (55,5)</b>

(N=9; p=0.042)

No es trobaren diferències significatives en les distribucions en funció del tipus de parella en relació a les variables: comunicació amb la parella sobre l'ús del preservatiu, inconvenients en relació a l'ús del preservatiu, percepció de risc i gravetat i ús referit del preservatiu.



**Figura nº 20: L'opinió de la parella sobre l'ús del preservatiu en parelles amb Ella VIH+**



**Figura nº21: L'opinió de la parella sobre l'utilització del preservatiu en la parelles VIH+**

## **CONCLUSIONS DE L'AVALUACIÓ DELS RESULTATS.**

### **A.- ANÀLISI DESCRIPTIU DEL TOTAL DE LA MOSTRA**

#### **Característiques Sociopenitenciàries.**

En l'estudi han participat 78 hòmens i 76 dones, amb una mitja d'edat de 31 anys (no apareixen diferències d'edat en funció del sexe). El 50.5% referiren ser fadrins, un 24% casats, el 13.6% separats o divorciats. La majoria dels interns/es ingressaren en presó per primera vegada abans dels 25 anys. Per a un 57%, aquest no era el seu primer ingrés en presó i la mitja de temps efectiu que havien passat en privació de llibertat, fou de 4 anys.

#### **Informació sobre la infecció per VIH/SIDA.**

La majoria (més del 80%) identificaren correctament els mecanismes de transmissió del VIH, les pràctiques preventives (ús del preservatiu i desinfecció del material d'injecció amb leixiu) i la necessitat de mantenir les esmentades pràctiques encara que s'estiga infectat. Es troben déficits d'informació respecte a considerar que el VIH sols està present en la sang de les persones infectades (60% erròniament ho consideren); pensar que mantenint relacions sexuals amb una sola parella no es pot contraure el virus (34.4% ho pensen); considerar que no hi ha cap risc de transmissió si es realitza sexe per boca sense ejaculació (54.4% ho consideren); i respecte a que la SIDA es pot contagiar al compartir l'aigua de preparar les "chutes" (sols un 42.9% ho pensen).

#### **Pràctiques sexuals, VIH i ús referit del preservatiu.**

La majoria dels participants referiren tindre una o dos parelles sexuals durant la seua estància en presó (1.26 parelles de mitja) i el nombre de relacions sexuals (2.6 relacions de mitja en els últims tres mesos), pràcticament coincideix amb el nombre de comunicacions íntimes reglamentàries permeses (una comunicació de dues hores una vegada al mes): per al 70.6% el nombre de contactes en els últims tres mesos va oscilar d'un a tres contactes; i per a un 18%, quatre o més de quatre contactes.



Un 56.5% dels participants resultà ésser seropositiu al VIH. D'altra banda, un 44.8% del total coneixien que la seua parella estava infectada, mentre que un 25.3% desconeixien l'estat serològic d'aquesta. Un 35.1% de les parelles estaven a risc d'infecció, ja que un dels membres era portador del VIH. El 32.5% eren parelles amb dos membres seropositius, per tant en situació de risc de reinfecció.

#### **Ús referit del preservatiu, percepció de risc i norma subjectiva.**

Un 68% referí no haver utilitzat "mai" el preservatiu en les tres últimes relacions sexuals, sols un 14.3% referí usar-lo sempre. Els participants de l'estudi presenten una elevada percepció de risc respecte a la infecció i/o reinfecció per mitjà de les relacions sexuals sense protecció (un 77.3% té una percepció de risc elevada per a la infecció i un 75.7% per a la reinfecció); i el percentatge de persones que manifestaven no tindre cap inconvenient per a usar preservatius fou d'un 55.8%. D'altra banda sols un 9.1% digueren que els seus amics tenen una opinió favorable a l'ús del preservatiu i un 29.2% en el cas de la parella.

#### **B.- ESTUDI DESCRIPTIU DE LES PERSONES PERTANYENTS AL GRUP DE PÈRDUES I COMPARACIÓ AMB EL GRUP QUE FORMA LA MOSTRA DE L'ESTUDI PRE-POST.**

No apareixen diferències estadísticament significatives entre ambdues poblacions, excepte en la variable percepció de gravetat, els pertanyents al grup de pèrdues tenen una percepció de gravetat menor que els que conformen la mostra de l'estudi pre-post ( $p=0.01389$ ): en la variable "Percepció de la Gravetat d'Infectar-se del Virus de la SIDA en Aquestos Moments", un 82.6% dels pertanyents a la mostra de l'anàlisi pre-post pensen que seria molt greu infectar-se per el VIH en aquestos moments, un 17.4% dels pertanyents al grup de pèrdues ho pensen.

#### **C.- RESULTATS ANÀLISI PRE-POSTEST**

**Informació sobre la infecció per VIH/SIDA i coneixements sobre ús correcte del preservatiu.**

En general s'observa una millora estadísticament significativa en quan a adquisició de coneixements respecte de la infecció per VIH, identificació de vies de transmissió, pràctiques de risc i la seua prevenció (per mitjà de la desinfecció correcta del material d'injecció i mitjançant l'ús del preservatiu). Milloren significativament els nivells d'informació en aquells ítems que presentaren percentatges d'errors superiors al 40% en el qüestionari previ, excepte en el cas de la pràctica "sexe oral" que presenta un 45.5% de subjectes que segueixen pensant que està fora de risc.

En l'edició de 1996 s'observa una millora dels coneixements sobre la infecció per VIH/SIDA considerant tant cada ítem individualment com en la valoració global. (Veure Taules 37, 38 i 39).

En relació als coneixements sobre la utilització correcta del preservatiu, és en l'edició de 1996 en la que s'observa un canvi significatiu tant a nivell d'informació global (suma de 8 ítems) com en tres dels 8 ítems del qüestionari que fan referència al moment de colocació i al moment i forma de retirar el preservatiu. (Veure Taules 40 i 41). En la distribució per gènere, les dones coneixen en millor proporció que els hòmens quin és el moment de retirar el preservatiu. Ambdós grups, hòmens i dones, milloraren els seus coneixements sobre aquest ítem i sobre el total de coneixements. Així mateix s'observà que el grup d'edat de menors de 25 anys (que era el grup amb un nivell menor de coneixements previs), no alcança millores significatives després de la intervenció mentre que el grup de 26 a 34 anys (que posseïa millor nivell de coneixements previs) millora més i de manera significativa després de la intervenció. (Veure Taula 56).

Finalment en relació al temps efectiu passat en presó, s'observa que el grup d'interns que porten menys de 2 anys, experimenta canvis significatius respecte a la informació sobre desinfecció de material d'injecció i transmissió de VIH per compartir l'esmentat material. El grup de més de 2 anys no experimenta canvis significatius en aquestos ítems. Ambdós grups milloraren la seua informació sobre el risc de reinfecció d'una manera significativa.

### **Percepció d'estar ben informat sobre la infecció per VIH/SIDA.**

En l'edició de 1995 s'observa un canvi significatiu en la percepció d'estar ben informat sobre com infectar-se per VIH després de la intervenció. En 1995, un 20% considerava no estar ben informat front a un 12.2% en 1996. Després de la intervenció aquestos percentatges es reduïren al 7.7% en 1995 i al 2.4% en 1996 (Veure Taula 42).

En la distribució per gènere i en ambdues edicions, són els hòmens els que experimenten un augment significatiu en la percepció d'estar ben informats sobre com es transmet el VIH, fet que no es produeix en les dones. (Veure Taula 50).

El grup d'estància inferior o igual a de 2 anys en presó millorà significativament la percepció d'estar ben informat respecte de com es transmet la infecció per VIH.

#### **Comunicació amb la parella sobre l'ús del preservatiu.**

El 41.7% dels participants no havien parlat amb la parella sobre l'ús del preservatiu abans de la intervenció malgrat l'alta prevalència d'infectats/es per el VIH. Després de la intervenció el percentatge de parelles que si ho havia parlat passà d'un 58.3% a un 83.3%, essent aquest canvi significatiu.

#### **Percepció del risc i percepció de la gravetat.**

Es manté una elevada percepció del risc d'infectar-se sense usar el preservatiu i s'observà que el percentatge de persones que percebeixen com poc greu el reinfectar-se passà d'un 7.95 a un 0% després de la intervenció, incrementant-se el percentatge dels que consideraven greu o molt greu aquesta possibilitat.

#### **Norma subjectiva.**

En quan a l'opinió respecte de l'ús del preservatiu que creuen té la parella, s'observa una reducció del percentatge de persones que ignoraven l'esmentada opinió. Les persones que pensen que la seua parella opina desfavorablement pel que fa a l'ús del preservatiu passen d'el 23.6% al 12.4%, produint-se un increment en les opinions intermitges, que pasen d'el 27% al 40.4%.

En l'edició de 1996 s'incrementa significativament el nombre de persones que considera important l'opinió de la seua parella respecte a l'ús del preservatiu en les relacions sexuals. Pasant d'un 44.7% abans de la intervenció a un 71.1%.

En el grup de més de 2 anys en presó, s'observaren canvis significatius respecte a l'opinió més favorable de la parella cap a l'ús del preservatiu després de la intervenció. A més a més aquest grup experimentà també un canvi significatiu en valorar la importància de l'opinió de la seua parella.

### **Ús referit del preservatiu.**

No s'observen canvis significatius respecte a l'ús referit del preservatiu després de la intervenció, encara que s'aprecia una reducció (no estadísticament significativa) en les persones que diuen tindre molts inconvenients en utilitzar-lo.

Entre els interns/es que refereixen no haver utilitzat "mai" el preservatiu, trobem canvis significatius en els ítems del qüestionari d'informació referits a formes de transmissió de la infecció, desinfecció de material per a ús de drogues, concepte de reinfecció (ítems 2, 3, 12, 13, 14, 16) (Veure Taula 65). En els grups que "mai" o "sempre" refereixen utilitzar preservatius apareixen canvis en el total de coneixements sobre la infecció per VIH/SIDA i sobre ús del preservatiu, no apareixent en el grup dels que "a vegades" diuen usar-lo.

Entre el grup d'interns/es que refereixen no haver utilitzat "mai" el preservatiu, es detecten canvis significatius en la percepció d'estar ben informats sobre la transmissió del VIH després de la intervenció i també en quan al nivell de comunicació amb la parella. En aquest mateix grup s'incrementà significativament després de la intervenció el grau d'importància sobre l'opinió de la parella cap a l'ús del preservatiu, passant d'un 23.2% a un 39.1%.

### **Seropositivitat al VIH.**

En el grup de interns/es VIH+ s'identifiquen millores significatives en les respostes correctes en aquells ítems d'informació que fan referència als mecanismes de transmissió del VIH, desinfecció correcta de material d'injecció, riscos de compartir

l'esmentat material i concepte de reinfecció, així com en el total de coneixements (ítems 3, 12, 13 i 17) (Veure Taula 73 i 74). En el grup de VIH negatius s'observa una millora en els coneixements respecte de la presència i transmissió del virus per mitjà de la sang i les secrecions sexuals (ítems 3 i 12) i en el total dels coneixements. En el grup en el que s'ignora el seu estat serològic no s'observen millores significatives

En quan als coneixements sobre ús correcte del preservatiu, són les persones seropositives les que milloren significativament tant a nivell dels ítems considerats individualment que fan referència al moment de colocació i retirada correcta (ítems 2, 7 i 8), com a nivell del total de coneixements. (Veure Taules 77 i 78).

També en la percepció d'estar ben informat sobre com es transmet el VIH, són les persones seropositives les que experimenten un canvi significatiu de l'esmentada percepció després de la intervenció.

#### **Seropositivitat de la parella.**

En el grup d'interns/es que tenen parella VIH+ s'observa una millora significativa en el nivell d'informació en aquells ítems que fan referència al concepte de reinfecció i a la desinfecció de material d'injecció (ítems 3, 12 i 13). En el grup d'interns/es amb parella VIH negativa la milloria significativa s'observa igualment en la desinfecció del material d'injecció (ítems 3 i 12). Els que tenen parelles amb estat portador desconegut, no experimenten canvis significatius.

En el grup de interns/es que tenen parella VIH+ milloraren significativament respecte al coneixement sobre ús correcte del preservatiu tant a nivell global com en els ítems 4 i 7 del qüestionari (Veure Taula 83 i 84). Aquests canvis no es detectaren en el grup d'interns/es la parella dels quals és VIH negativa o es desconeix el seu estat serològic.

En el grup d'interns/es amb parella VIH negativa experimenten una millora significativa en la percepció d'estar ben informats sobre la forma de transmissió del VIH/SIDA.

En els que tenen parella VIH positiva trobem una millora significativa després de la intervenció en l'opinió sobre que la seua parella es més favorable a l'ús del preservatiu i en quan a la importància que li donen a l'esmentada opinió, millora que no es detectà en els que presenten una parella VIH negativa o que se desconeix l'estat de portador.

**Tipus de parella en funció de seropositivitat.**

En el grup d'interns en els que ambdós són seropositius es va millorar significativament el nivell d'informació respecte a fluïts en els que es detecta el virus, així com el concepte de reinfecció (de 66.7% de respostes correctes es passa al 88.9%), respecte al risc de transmissió per sexe oral (d'un 41.7% al 61.1%), així com en el nivell d'informació total.

En el grup d'ambdós membres seronegatius va millorar significativament en el ítem sobre desinfecció de material d'injecció (del 63.6% de respostes correctes es passa a 100%).

En el grup amb un dels membres de la parella seropositiu o en els que es desconeix el seu estat serològic sols es varen detectar canvis significatius a nivell global sobre informació respecte de la infecció per VIH/SIDA en els 18 ítems de l'edició de 1996.

En el grup de parelles en les que ella es VIH negativa i ell VIH positiu, es produïx una millora significativa en la percepció d'estar ben informats de com es transmet el VIH, passant d'un 69.2% a un 92.3%. En el grup de parelles en les que ella és VIH positiva i ell VIH negatiu s'observa després de la intervenció una opinió més favorable en la parella respecte a la utilització del preservatiu, fet que també es presenta i de forma més clara, en el grup en el que ambdós són portadors.

# Discussió

## **5.- DISCUSSIÓ I RECOMANACIONS**

### **5.1.- SOBRE EL MATERIAL I MÈTODE.**

#### **5.1.1.- Estudi de Necessitats: el coneixement, què? quant? per què?**

5.1.1.2.- Percepció de salut i els seus problemes: Audició, el que preocupa a les dones sobre la salut en el medi penitenciari.

5.1.1.2.- Identificació de Coneixements, Actituds i Pràctiques de Riesc en les Dones Penades d'un Centre Penitenciari.

#### **5.1.2.- Disseny del Programa: què fer? com? Descripció del programa.**

5.1.2.1.- Foro Comunitari: com lluitar contra la SIDA des del medi penitenciari.

5.1.2.2.- Opinió de professionals, experts i interns/es sobre el programa.

#### **5.1.3.- Avaluació del Procés.**

#### **5.1.4.- Avaluació dels Resultats.**

### **5.2.- SOBRE ELS RESULTATS.**

#### **5.2.1.- Sobre l'Estudi de Necessitats i el Disseny i Implementació del Programa.**

5.2.1.1.- Audició, el que preocupa a les dones sobre la salut en el medi penitenciari.

5.2.1.2.- Coneixements, Actituds i Pràctiques de Riesc en les Dones Penades d'un Centre Penitenciari.

5.2.1.3.- Foro Comunitari: com lluitar contra la SIDA des del medi penitenciari.

5.2.1.4.- Opinió de professionals, experts i interns/es sobre el programa.

5.2.1.5.- Descripció del Programa: objectius i continguts.

#### **5.2.2.- Sobre l'Avaluació del Procés.**

#### **5.2.3.- Sobre l'Avaluació dels Resultats.**

1.- Anàlisi Descriptiu de la mostra Pre.

2.- Comparació mostra pre-post i pèrdues.

2.- Anàlisi pre-post: descriptiu i estratificat.



## **5.1.- SOBRE EL MATERIAL I MÈTODE.**

### **5.1.1.- ESTUDI DE NECESSITATS: EL CONEIXEMENT, QUÈ? QUANT? PER QUÈ?**

#### **5.1.1.2.- Percepció de salut i els seus problemes: Audició, el què preocupa a les dones al voltant de la salut en el medi penitenciari.**

L'audició és un mètode d'investigació social on l'anàlisi de la realitat forma part del procés d'intervenció. En audicions realitzades al nostre àmbit -però fora del medi penitenciari-, la conformació de l'equip de persones que van a dur-la a cap és fonamental, ja que hi té que existir (al menys en teoria) un compromís en desenvolupar les accions que es deriven dels resultats de l'anàlisi. Una audició no es fa sols per saber més sobre una realitat ni per interpretar-la millor, sinò per a que els qui hi viuen o treballen en ella siguin conscients dels seus problemes i necessitats i busquen respostes i solucions per transformar-la<sup>92</sup>.

Marchioni afirma que *"en el cas de l'Audició l'equip qui la realitza sols pot ésser el mateix equip que està intervenint en la comunitat i que va a seguir intervenint després"*. Aquesta investigació no hi segueix exactament aquest plantejament, ja que els qui realitzen els col·loquis són estudiants de Treball Social que no hi van a continuar intervenint en el centre, però qui promou l'Audició és el Taller de Salut, format per interns/es i professionals que si que hi van a desenvolupar posteriors accions (com de fet ho demostra el contingut global d'aquest treball). En un principi es va considerar que els propis membres del Taller juntament amb els estudiants realitzaren els col·loquis però es va desestimar la idea per que en un medi com el penitenciari i en un modul tancat com és el de dones, la presència d'aquests interns o dels professionals del Taller podia condicionar les seues respostes. Finalment cal dir que, tal i com assenyala l'autor del mètode, es van seguir totes les etapes fins arribar a la fase de devolució de la informació<sup>92</sup> el grup d'estudiants juntament amb els membres del Taller de Salut organitzaren una conferència col·loqui on exposaren a la resta d'internes del centre els

resultats de l'Audició, i es van recollir propostes d'actuació per atendre als problemes identificats.

L'obtenció de la mostra per a l'audició aten als criteris dels estudis qualitius d'investigació social, *"el mostreig té una gran importància en la realització de l'Audició, no en un sentit matemàtic o estadístic, sino social. L'Audició té que arribar a tocar tota la comunitat, tota la comunitat ha d'enterar-se de l'Audició"*<sup>92</sup>. Seguint les instruccions de l'autor, a partir dels diferents subgrups de població femenina penitenciària, tot determinats per les variables que els defineixen (edat, ètnia, consum de drogues), s'arriba a obtindre una mostra que suposa el 37'8% del total de dones del modul. És aquest un percentatge suficientment alt per que a que recullga un ampli espectre d'opinions. Tot i que no s'ha d'oblidar que en els estudis qualitius<sup>95, 96</sup> els quals pretenen obtenir dades per interpretar la realitat, allò vertaderament important no és la quantitat de tamany mostral (de cara a la seua representativitat per generalitzar posteriorment uns resultats), sinó que interessa la qualitat de la informació que la mostra aporta i la quantitat mostral està en funció dels principis de diversitat (hi estiguen tots els subgrups que conformen l'univers) i de saturació d'aquesta informació<sup>24</sup>. En el cas d'aquest estudi, es considera que l'esmentada informació es més que suficient per als objectius plantejats.

Altre aspecte que hom pot objectar és la forma d'obtenció de la mostra (a partir de les informadores clau del Taller de Salut i de la Treballadora Social del modul), en principi es tracta d'una forma assenyalada pel propi autor del mètode i com es deia abans, la informació que hi van aportant les internes va acumulant-se fins un punt on ja no s'identifiquen noves idees i opinions, la qual cosa pot significar que encara que s'entrevistara a la resta de dones del modul, no s'obtindria necessàriament una gran quantitat d'informació adicional rellevant per als objectius de la investigació. Per un altre costat la coincidència en els resultats de l'audició pel que fa al tema de la SIDA amb l'estudi sobre l'opinió de les internes sobre un futur programa i les conclusions del Foro Comunitari, són coherents amb la informació obtinguda mitjançant aquesta metodologia.

Per últim destacar que els resultats s'hagueren complementat, si s'hagués dut a cap una audició sobre el mateix tema entre els professionals (funcionaris, sanitaris, treballadors socials, professors, psicòlegs...) que treballen en el modul de dones del centre; com s'ha fet en altres audicions<sup>97, 98</sup>. Aquesta segona part de l'estudi haguera servit de contrast, tot identificant possibles diferències o coincidències en la percepció i anàlisi de la realitat d'ambdós col·lectius. Col·lectius que pels condicionaments del medi i els "rols" a assumir (internes-funcionaris) representen, d'entrada, dos universos antagònics.

Finalment fer constar les dificultats identificades pels estudiants que realitzaren els col·loquis:

- La limitació del temps per realitzar-los degut, tant a l'horari marcat pel centre, com a les activitats que desenvolupen les internes durant el dia.
- La dificultat per accedir a les internes que no foren presentades per les testigs privilegiades.
- La complexitat de la tècnica utilitzada en quan a l'extensió dels continguts recollits i la dificultat d'una transcripció objectiva.

Per una altra banda s'ha de manifestar que totes les dones col·laboraren positivament en el desenvolupament dels col·loquis, es mantingué un ambient de confiança, sense tensions i els col·loquiadors quedaren sorpresos pel volum d'informació que les dones varen aportar.

#### **5.1.1.2.- Identificació de coneixements, actituds i pràctiques de risc en les dones penades d'un centre penitenciari.**

Respecte al disseny de l'estudi, podria haver-se plantejat no sols una anàlisi descriptiva de les dades, sinó també, en una altra direcció, tractar d'identificar associacions entre variables comportamentals (ús referit del preservatiu) i les variables sociopenitenciàries juntament amb les referides a determinants de la conducta (norma

protegir-se. Similarment en les relacions més estables i llargues, l'ús del preservatiu és molt menys probable. En el nostre cas el tipus de relació que predomina en les parelles que comuniquen vis a vis en presó s'assemblarien més al tipus de parella estables i amb major implicació afectiva, la qual cosa podria explicar el baix percentatge de parelles que utilitzen el preservatiu i la dificultat en augmentar el seu ús. Aquest aspecte s'ha demostrat en altres poblacions com els homes homosexuals, que a major implicació afectiva presenten una falsa percepció de l'allunyament del risc i un augment de pràctiques no preventives. Per un altre costat no hem d'oblidar les condicions d'anormalitat en les que es desenvolupen la majoria de relacions heterosexuales en un centre penitenciari: poca freqüència de contactes (una vegada al mes), amb un temps curt (dues hores) per a cada relació, els contactes fora de les comunicacions íntimes es produeixen esporàdicament i en moments i llocs imprevistos, i finalment els interns i internes es veuen condicionats per períodes d'abstinència no voluntària. Tots aquests factors afavoreixen un component d'impulsivitat en les relacions sexuals del que hem parlat anteriorment.

En relació a la prevenció de la SIDA i especialment dins de la presó, les conductes de risc es mouen en l'esfera dels comportaments més íntims: relacions sexuals o d'allò prohibit o il·legal: el consum de drogues, així doncs, encara que sense una evidència científica en el nostre medi, podríem dir que els condicionaments del context, d'impulsivitat, de comunicació entre les parelles, l'experiència d'altres companys poden influir en els comportaments.

**Però, quins obstacles existeixen per no utilitzar el preservatiu?** Al nostre treball no s'exploren les raons per les quals les parelles no utilitzen el preservatiu, a un estudi relitzat en parelles heterosexuales d'estudiants universitaris de Nuevo Mejico<sup>184</sup> s'identificaren mitjançant un qüestionari de preguntes obertes els principals obstacles en l'utilització dels preservatius: no percepció de risc, espontaneïtat, l'elecció deliberada, actituds negatives, incapacitat per forçar l'utilització del preservatiu o la discussió sobre

aspectes relacionats amb el sexe segur. Encara que les dues poblacions (la d'aquest estudi i la nostra) no són comparables, seria interessant recollir quines raons argumenten les parelles d'interns i internes per no utilitzar el preservatiu i si van modificant-se després de la intervenció; raons i obstacles que si que es treballen en algunes de les activitats dels Tallers (Veure Anexe VIII) però no es recullen per a l'avaluació. El treball de Nuevo Mejioco fa una altra aportació interessant, en el 70% de les vegades les respostes donades per ambós membres de la parella coincideixen, aquest acord va ascendir a un 77% en les raons donades per a no utilitzar el preservatiu en l'actual relació coital. Aquests resultats coincideixen en el treball d'un altre autor, Brody<sup>185</sup> que per diversos procediments conclou que el percentatge d'engany en les respostes es baix, d'un 5%. Aquest seria un aspecte que donada la informació amb la que comptem es podria plantejar calcular per a la nostra població.

En un estudi realitzat sobre joves delinqüents adolescents<sup>128</sup> els principals factors que s'associaren a l'ús del preservatiu (sols un 15% referia utilitzar-lo en relacions sexuals amb penetració) foren: el grau d'acceptabilitat i accesibilitat, receptivitat de la parella al seu ús, autoiniciació al seu ús i autoficàcia. Les variables que se associaren, independentment, amb l'ús del preservatiu en un estudi realitzat en l'àmbit de la Comunitat Valenciana sobre UDVP foren: el nivell educatiu mig-alt, tindre anticossos anti-VIH-1, pràctica de la prostitució, contacte amb prostitutes i un nombre elevat de parelles sexuals durant els tres mesos previs. Els grups considerats tradicionalment con l'alt risc per contraure la infecció semblen tenir una major responsabilitat en relació a la seguretat en les seues relacions sexuals amb parelles no habituals en comparació amb altres grups del col·lectiu que no estan tan clarament identificats com objectius en les companyes o activitats preventives sobre la utilització de preservatius<sup>20</sup>.

Un altre aspecte positiu de la nostra avaluació és que en analitzar els resultats sembla que els canvis més importants detectats s'hagen produït especialment en els subgrups de la mostra que 'més els necessiten', així, com veïem als qui 'mai' refereixen

usar preservatiu. En aquells interns/es que tenen parella VIH+ s'observa una millora significativa en el nivell d'informació en aquells ítems que fan referència al concepte de reinfecció i a la desinfecció de material d'injecció, mentre els que tenen parella amb estat portador desconegut, no experimenten canvis significatius. El grup d'interns/es que tenen parella VIH+ milloren significativament respecte al coneixement sobre l'ús correcte del preservatiu, tant a nivell global com en dos dels ítems del qüestionari. Aquests canvis no es detectaren en el grup d'interns/es amb parella VIH negativa o que es desconeix el seu estat serològic. També als qui tenen parella VIH positiva trobem una millora significativa darrera la intervenció, en l'opinió sobre que la parella és més favorable a l'ús del preservatiu i quan a la importància que li donen a l'esmentada opinió. La mateixa millora no es detecta als qui presenten una parella VIH- o que desconeix l'estat de portador.

Així mateix, en el grup d'interns que ambdós són seropositius es va millorar significativament el nivell d'informació respecte a fluïts on es detecta el virus, així com el concepte de reinfecció (de 66.7% de respostes correctes es va passar al 88.9%), també respecte al risc de transmissió per sexe oral (de un 41.7% al 61.1%), i en el nivell d'informació total. En el grup de parelles amb ella VIH negativa i ell VIH positiu, es produeix una millora significativa en la percepció d'estar ben informats respecte a com es transmet el VIH, passant d'un 69.2% a un 92.3%. En el grup de parelles amb ella VIH positiva i ell VIH negatiu s'observa després de la intervenció una opinió més favorable en la parella respecte a l'utilització del preservatiu, fet que també ocorre i de manera més clara, al grup on ambdós són portadors.

### **Altres intervencions**

En l'àmbit penitenciari de l'Estat Espanyol hi ha varies experiències semblants a la nostra.

- A través del Programa d'Intervenció sobre la SIDA del Centre Penitenciari d'Ocanya I, es realitza un abordatge individual i grupal, mitjançant el qual -en 14 sessions- es van abordant aspectes preventius, psicològics i socials en relació amb el VIH/SIDA. L'avaluació de l'experiència es realitza amb un disseny quasiexperimental amb grup control (una mostra de 10 persones per al grup experimental i 10 per al grup control). L'autora de l'estudi detecta una milloria significativa en la informació relativa al VIH després de la intervenció; milloria també detectada però no significativa en quan a les actituds, hom troba un nivell tan òptim en el pretest que dificultava l'adopció de més canvis. Igual que en el nostre estudi també s'identifiquen canvis en les conductes (no estadísticament significatiu) que sembla van disminuint en el temps. La resta d'indicadors d'evolució psicològica i social també reflexen un canvi positiu encara que l'autora reconeix les limitacions que el tamany mostrat aporta<sup>186</sup>.
- El "Programa de Intervención en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar" en Orense que contempla la realització de Tallers d'Educació i Prevenció de la SIDA, encara que no disposem de la seua avaluació per a poder comparar<sup>187</sup>.
- "Tallers de Formació sobre VIH/SIDA" en el Centre Penitenciari d'Herrera de la Marxa en Ciutat Reial, que s'orienten cap a la formació de mediadors entre els propis interns i del qual tampoc disposem de les dades de la seua avaluació<sup>188</sup>.

Ja fora del nostre àmbit però també dins del contexte penitenciari hi troben altres intervencions que tenen punts en comú a la nostra però no s'ha trobat cap intervenció que aborde el tema a nivell de parelles en presó.

- El treball realitzat per Slonim-Nevo et al<sup>189</sup> avalua una intervenció en delinqüents comparant l'efecte a llarg plaç (9-12 mesos) dues estratègies educatives: els grups de discussió i l'entrenament en habilitats a més del corresponent grup control. Després de l'anàlisi cap de les dues intervencions produeix una reducció en les conductes d'alt risc. Les causes que segons els autors provoquen els resultats: alta mobilitat dels participants, baixa motivació a participar en les intervencions, insuficiència en el nombre de sessions (9 sessions son poques per aconseguir canvis a llarg plaç. Una altra explicació té relació amb la perspectiva teòrica dels canvis de vida o les opcions de vida<sup>190</sup>. D'acord amb aquesta perspectiva, quan un individu té oportunitats (accés a vivienda, educació, treball) desenvolupa expectatives positives sobre el futur i actua conseqüentment, pel contrari aquells subjectes amb perspectives negatives és més difícil que adopten comportaments preventius o de no risc. Segons aquest plantejament les intervencions cogintivo-conductuals que pretenen proporcionar coneixements i habilitats són insuficients per reduir a llarg plaç les activitats de risc.

Finalment hi ha, a la bibliografia, dues experiències en dones empresonades, una als EEUU i una altra al Itàlia, que s'han basat en el treball de grups bé com a font d'informació<sup>191</sup> o bé com a estratègia per desenvolupar un programa de prevenció<sup>192</sup>. Viadro et al utilitzaren grups focals d'interne ena presò nordamericana per obtenir al igual que nosaltres, informació sobre coneixemets, actituds i pràctiques de risc d'aquestes i realitzar una avaluació de necessitats abans de desenvolupar intervencions. Gellert<sup>193</sup> et al també utilitzen els grups de interns pero ja formant part d'una intervenció amb l'objectiu d'augmentar els coneixements i reduir els comportaments de risc. En el projecte DAI (Done AIDS Informazione) desenvolupat en una presó de dones de Turin (Itàlia), es crearen Tallers per augmentar informació, prevenció i les habilitats de promoció de la salut i la solidaritat entre les internes. A través d'aquests tallers s'elaboraren materials per difondre'ls a d'altres presons. Els resultats han estat, segons els autors, satisfactoris per poder continuar amb aquests mètodes de treball encara que no ofereixen resultats sobre



l'efectivitat de les actuacions, encara que Viadro et al. indiquen la necessitat de crear xàrcies d'ajuda mútua entre les dones empresonades respecte a la prevenció de la SIDA.

## **RECOMANACIONS I ACCIONS FUTURES**

Les recomanacions i accions futures que es desprenen del conjunt de la investigació realitzada serien les següents:

### **1.- Respecte a la intervenció:**

- El programa Lluna tal i com ha estat plantejat en aquestes dues edicions tindria que plantejar-se objectius menys ambiciosos en quan a l'adopció de pràctiques preventives, ús del preservatiu, en relació al VIH.
- Caldria insisitir en aquells aspectes de la informació on més deficiències s'han detectat i extendre campanyes informatives per a la resta de la població penitenciària independentment del Programa, especialment entre les dones i els joves, per a mantindre els bons nivells de coneixements detectats.
- Seria necessari ampliar al màxim la cobertura de la intervenció per a que puga beneficiar-se el conjunt de la població penitenciària, inclús plantejar Tallers en parelles que u dels seus membres estiga fora del centre, en llibertat.
- Caldria incorporar més actitivats, ampliant el nombre de sessions per Taller, per poder aprofundir en la comunicació en la parella sobre el tema i així mateix treballar els rols de l'home i la dona en la pròpia relació sexual i l'adquisició d'habilitats de negociació de pràctiques més segures<sup>194</sup>.

- També seria important introduir formes de seguiment després de la realització del Taller per reforçar els canvis que s'hagen pogut plantejar i per atendre les noves demandes que sorgesquen. Açò es podria aconseguir tot constituïnt grups de suport en els participants del programa que es continuaren reunint amb una periodicitat mínima i en companyia d'un educador i/o mitjançant entrevistes motivacionals individuals o a nivell de parella<sup>195</sup>.

Tots aquests aspectes significarien la necessitat d'aconseguir nous recursos financers per a dur-los endavant, com es recomana en el Informe sobre la Investigació Epidemiològica en VIH/SIDA a Espanya situació cal "augmentar els recursos de les agències de financiació governamentals dedicats al VIH/SIDA, i en especial als estudis d'avaluació"<sup>196</sup>.

## **2.- Respecte a la Participació dels implicats:**

- En els més joves (menys de 25 anys) potser seria interessant plantejar un estudi de necessitats més específic de cara a adaptar al màxim la intervenció actual, igualment també podria ser útil, com en altres àmbits, incorporar estratègies d'educació per iguals.
- Mitjançant un procés de selecció i formació, seria aconsellable incorporar als propis interns/es com a educadors/es del programa i àdhuc que reberen una gratificació econòmica. Aquests manteixos inerns/es també podrien participar en la introducció de canvis i modificacions en el disseny de noves edicions del programa, així com en els processos d'avaluació<sup>105, 106, 197, 198, 199</sup>.
- Caldria implicar també a la resta de professionals i directius del centre, així com a persones vinculades a organitzacions no governamentals, tot donant-los a conèixer els resultats de la intervenció i iniciant processos de formació

per comprometre'ls en el programa o en noves accions al voltant de la SIDA al medi penitenciari<sup>200</sup>.

### **3.- Respecte a les estratègies de Promoció de la Salut**

- Implicar als directius del centre, així com als responsables de salut del medi i de la Comunitat Valenciana, per la creació de polítiques de prevenció i lluita contra la SIDA a l'àmbit penitenciari.
- Formar i dedicar professionals exclusivament als programes de prevenció i promoció de la salut tal i com es desprén de la Conferència de Berlín sobre SIDA i Presons<sup>201</sup>.
- Emprendre accions sobre l'entorn dels centres i sobre els professionals que hi treballen mitjançant la realització de tallers i cursos de formació organitzats per les organitzacions dels treballadors<sup>202</sup>.

### **4.- Respecte a la Difusió del Programa.**

- Elaborar i editar una Guia d'Intervenció per facilitar la posada en marxa d'intervencions educatives en altres centres penitenciaris.
- Realitzar cursos-tallers on mitjançant la Guia d'Intervenció, capacitar a voluntaris o professionals del medi com a educadors en promoció de sexe més segur en l'àmbit penitenciari.

### **5.- Respecte a l'Avaluació del Programa.**

- Aprofitar els resultats obtinguts abans d'implementar el programa en el pretest per orientar la intervenció: identificant les fases del procés de canvi on es poden trobar, definint els diferents patrons de conducta, determinant el grups que presenten més o menys resistència al canvi i també el nivell d'impulsivitat en les relacions<sup>203</sup>.
- Millorar el disseny d'avaluació dels resultats incorporant un grup control per poder comparar, tot seguint les recomanacions dels estudis de revisió realitzats en altres àmbits<sup>143, 144, 156</sup>.
- Adaptar culturalment i validar el qüestionari utilitzat.
- Utilitzar l'entrevista com a forma d'omplir el qüestionari, millor que la forma autocumplimentada.
- No sols fer una medició post, fer al menys una altra als 6 mesos de la intervenció, per valorar l'alcanc dels canvis detectats i la presència de nous canvis.
- Utilitar mètodes qualitatis com l'entrevista en profunditat i els grups de discussió per detectar canvis produïts pel programa i comparar-los amb els obtesos mitjançant els qüestionaris<sup>204, 205, 206, 207</sup>.
- Identificar possibles indicadors del procés de canvi i recollir dades de les activitats del propi programa o be incorporant activitats grupals evaluatives, per tal de detectar aquests canvis.

## **6.- CONCLUSIONS**

### **SOBRE L'ESTUDI DE NECESSITATS**

#### **Respecte a l'Audició:**

Segons l'opinió, obtinguda a través de l'Audició, de les dones col·loquiades en el Centre de Compliment del Establiment Penitenciari de València:

1.- Els temes en relació a la seua salut que més els preocupen són: la infecció pel VIH/SIDA (assenyalat per una de cada tres de les col·loquiades) i les drogues (una quarta part les esmenten). Així també consideren que són importants les alteracions emocionals i els problemes psicològics, l'alimentació, les malalties infeccioses, l'atenció mèdica, els hàbits d'higiene i la insuficiència de material en el lot de neteja i arranjament personal.

2.- En relació a la infecció per VIH/SIDA:

- És el principal problema de salut percebut per les dones d'aquest centre, i el relacionen directament amb el consum de drogues (manca d'higiene en l'ús de les xeringues i freqüent reutilització) i amb la no utilització del preservatiu.

- La gran majoria de les col·loquiades manifesta que entre las dones existeix preocupació i por a la transmissió del VIH, que hi ha necessitat que s'agilitze la aplicació del article 60, i es demana un millor tracte i atenció per a les afectades (tant a nivell mèdic com psicològic). També assenyalen l'existència de casos de rebuig i marginació cap a companyes afectades.

### **Respecte als Coneixements, Actituds i Pràctiques de Risc en relació la infecció per VIH/SIDA:**

De l'estudi efectuat en les dones penades sobre llurs coneixements, actituds i pràctiques de risc en relació la infecció per VIH/SIDA hom pot concloure que:

3.- La majoria de les dones penades menors de 45 anys del Centre de Compliment de València conéixen que és el VIH i la SIDA i quins són els seus mecanismes de transmissió: la gran majoria saben que es pot transmetre per compartir agulles i xeringues; pràcticament la totalitat de les entrevistades coneixen que la mare infectada embarassada pot contagiar el virus al que va a nàixer, i que el preservatiu pot evitar el contagi de la SIDA. Quelcom més d'una tercera part reconeix el lleixiu com a un bon desinfectant d'objectes contaminats per virus.

4.- La mitad de les dones entrevistades manifestava ésser portadora del VIH i una tercera part referia tindre parella també portadora.

5.- Encara que tres quartes parts de la mostra considerava que és fàcil aconseguir preservatius a la presó, únicament un 16% de les dones que manifestaven haver tingut relacions sexuals dins del centre penitenciari, havien utilitzat "sempre" el preservatiu en els tres darrers encontres, dues tercers parts no l'havien usat en cap dels tres moments.

## **SOBRE EL DISSENY I IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA**

### **Respecte a les propostes formulades pels interns/es en el Fòrum Comunitari.**

6.- Les propostes que a través del Fòrum Comunitari, els propis interns i internes del Centre de Compliment, formularen per a lluitar contra la infecció per VIH/SIDA en el medi penitenciari foren:

**Referides a u mateix:** caldria una major concienciació sobre la necessitat de cuidar-se u mateix (a l'hora de consumir drogues por vena, a l'hora de les relacions sexuals, en el prendre el tractaments) i també tindre cura dels altres (que no es deixen xeringues sense desinfectar, que no es tinguen relacions sexuals sense preservatius si hi ha risc d'infecció).

**Respecte a l'administració:** caldria que s'augmentara la distribució de preservatius (que s'incorporen al lot d'higiene femenina, que no falten en les habitacions de les comunicacions), maquinetes d'afaitar, lleixiu... i que es comence a distribuir xeringues estèrils. També es proposa l'excarcelació de les persones malaltes de SIDA i la creació de centres d'acollida, la potenciació dels programes de manteniment amb metadona i aconseguir una major quantitat i qualitat en l'alimentació.

**Respecte als professionals:** es demana una major informació, més xarrades. S'expressa la necessitat de recolçament psicològic professional i una major atenció mèdica (explicar tractaments, controls analítics, seguiment de la malaltia). Per últim hi ha propostes per a sensibilitzar i informar als funcionaris sobre el problema.

### **Respecte a l'opinió dels implicats sobre un futur programa.**

En relació a un futur programa educatiu per a la prevenció de la infecció per VIH/SIDA en el medi penitenciari, les opinions dels implicats: internes, professionals sanitaris del centre, directius, experts en promoció de la salut:

7.- Hauria de realitzar-lo un equip multidisciplinar format per: personal sanitari, professors, educadors, psicòlegs i inclús alguna companya entrenada a tal efecte; i també comptant amb la possible incorporació de persones o professionals de fora del medi. A l'hora d'implantar-se hauria "d'afavorir-se al màxim la participació dels interns/es en tot el procés de desenvolupament" i considerar abans de l'execució "la seua difusió entre la població diana i l'entrenament i formació dels professionals que el van a dur cap".

8.- Els continguts haurien d'incloure, informació sobre "saber com es contagia el virus de la SIDA i com es pot previndre la seua transmissió", "saber com actúa el virus en el cos i els efectes que produeix", "saber la diferència entre estar sa, ser portador i estar malalt de SIDA"; i també. habilitats com les d'aprendre a "desinfectar un objecte per a impedir la transmissió de la SIDA" i saber "com convèncer a la parella per a utilitzar un condó".

9.- En el programa haurien de contemplar-se espais per "comunicar experiències personals en grup que ajudaren a no contagiar-se i a no contagiar els altres", així com per "discutir en grup sobre les dificultats en practicar les coses que eviten la SIDA".

## **SOBRE L'AVUACIÓ DEL PROCÉS DEL PROGRAMA**

Hom va recollir informació sobre la participació, el desenvolupament de les activitats previstes i la satisfacció dels participants, tot concluint que:



10.- El nivell de participació en el programa fou elevat: un 75.9% en l'edició de 1995 i un 72.2% en la de 1996 (percentatges referits a parelles heterosexuales). Les principals causes que dificultaren o impediren la participació foren: els canvis en la situació regimental dels interns, la coincidència amb altres activitats del propi centre i l'excesiva distància entre la captació i les dates de realització. Es desenvoluparen tots els continguts previstos encara que hi hagué que modificar els temps assignats per alguna de les activitats i l'ordre de les mateixes en alguns tallers. Els interns/es valoraren molt positivament el programa i els educadors del mateix. Manifestaren interès en ampliar i continuar treballant els continguts plantejats. Es valora com un gran encert l'haver compartit el Taller amb la parella així com l'intervanvi d'experiències en grup.

### **SOBRE L'AVAUACIÓ DELS RESULTATS DEL PROGRAMA**

De l'avaluació del resultat del programa se descata que:

11.- El programa augmenta la informació sobre la infecció per VIH/SIDA, els mecanismes de transmissió i prevenció, el concepte de reinfecció i els coneixements sobre l'ús correcte del preservatiu. El programa també augmenta la comunicació en la parella sobre l'ús del preservatiu i es redueixen els inconvenients dels participants i de les seues respectives parelles cap a l'utilització d'aquest. Finalment, al mes d'haver finalitzat el programa, no se detecten canvis estadísticament significatius en l'ús referit del preservatiu, ni en la percepció de risc i de gravetat,

### **SOBRE LES RECOMANACIONS PER AL FUTUR**

De tot el procés de disseny i d'avaluació del programa s'han formulat una serie de recomanacions per al futur:

**12.- Respecte a la pròpia intervenció caldria:** ampliar la cobertura a d'altres grups de població penitenciària, tot adaptant-la a les necessitats específiques dels diferents col·lectius. A més a més caldria incorporar activitats per aprofundir en la comunicació en la parella, els *rols* de l'home i la dona en la pròpia relació sexual i les habilitats de negociació de les pràctiques preventives, així com activitats de seguiment mitjançant la creació de grups de suport i d'entrevistes motivacionals individuals. Potser caldria ampliar el nombre de sessions. Finalment caldria incorporar als propis interns/es com a educadors/es del programa, així com en el disseny i avaluació de properes edicions.

**13.- Respecte a la difusió de la intervenció:** caldria implicar també a la resta de professionals, sindicats de treballadors i directius del centre, així com a persones vinculades a organitzacions no governamentals, tot donant-los a conèixer els resultats de la intervenció i iniciant processos de formació. Per aconseguir-ho seria interessant elaborar i editar una Guia d'Intervenció per facilitar la posada en marxa d'aquestes intervencions en altres centres penitenciaris, tot capacitant voluntaris i professionals del medi com a educadors.

**14.- Respecte a l'Avaluació del Programa:** millorar el disseny d'avaluació dels resultats tot incorporant un grup control; adaptar culturalment i validar el qüestionari utilitzat; emprar l'entrevista com a forma d'obtenir informació; augmentar el nombre de medicions posteriors a la intervenció; i incorporar mètodes qualitius per detectar canvis produïts pel programa i així comparar-los amb els obesos a través dels qüestionaris.

# Bibliografia

## BIBLIOGRAFIA

1. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Canada: Ministry of Supply and Services, 1976.
2. Mckeonwn T. The role of Medicine- Dream, Mirage or Nemesis? Nuffield Provincial Hospitals Trust
3. Ashton J. La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Valencia: Generalitat Valenciana IVESP (Monografías Sanitarias Scric D N° 1), 1988.
4. World Health Organisation. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: WHO. 1981.
5. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Rev San Hig Pub, 1987; 61 (1-2): 129-133
6. WHO. Alma Ata. Primary Health Care. Geneva: WHO, 1978.
7. Pineault R, Daveluy C. La Planificación Sanitaria, Conceptes, Métodos, Estrategias. (2ª Ed.) Barcelona: Masson, 1989.
8. Ashton J, Scymour H. La Nueva Salud Pública. Barcelona: Masson, 1990.
9. Pineault E, Contandriopoulos AP. Notes de cours en planification des programmes de santé. Canada: Université de Montréal, 1982.
10. Hawe P, Degeling D, Hall J. Evaluació en Promoció de la Salut, Guia para Trabajadores de la Salud. Barcelona: Masson, 1993.
11. Denton LR. Noc Noc-What's there? Three basic considerations in evaluating community mental health centre programs. Can Ment Health, 1976; 24 (2): 19-23
12. Bradshaw J. The concept of social need. New Society 1972; March: 640-3
13. Nuñez A, Colomer C, Peiró R, Hernández J, Vila C, Alvarez-Dardet et al. Informes y diagnósticos de salud: guía para la realización en los municipios. Quaderns de Salut Publica i Administració de Serveis de Salut, 3. València: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1995.
14. Turabian JL. Evaluación de programas de promoción de la salud en atención primaria. Aten Primaria 1993; 12 (9): 616-9
15. Real Academia de la Lengua Española. Diccionario de la Lengua Española. (21 cd.) Madrid: Real Academia de la Lengua Española, 1992.
16. Rifkin SB, Muller F, Bichman W. Primary health care: on measuring participation. Soc Sci Med 1988; 26 (9): 931-40
17. Smithies J, Adams L. Community participation in health promotion. Health Education Authority with Georgina Webster and Alab Beattie. 1990.
18. Pretty N. Regenerating Agriculture: policies and practice for sustainability and self-reliance. London: Earthscan Publications. 1995.

19. Hernández JC. Descripción de la participación comunitaria en la planificación de las actuaciones realizadas en la revista Atención Primaria en los años 1994-1996. (Tesina) Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública, 1997.
20. Rebagliato M. Investigación y metodología. El protocolo de investigación. En: Rebagliato M, Ruiz I, Arranz M. Metodología de Investigación en Epidemiología. Madrid: Díaz de Santos, 1996; 1-17
21. Sierra Bravo R. Ciencias Sociales: epistemología, lógica y metodología. Madrid: Paraninfo, 1984.
22. Perez Serrano G. Investigación-Acción: Aplicaciones al campo social y educativo. Madrid: Dickinson, 1990.
23. Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. Revis Salud Pública, 1997; 5: 175-93
24. Rubio MJ, Varas J. El Análisis de la Realidad en la Intervención Social. Madrid: Editorial CCS, 1997.
25. Colomer C. Promoción de la Salud y Cambio Social, Conceptos, Métodos y Experiencias. Barcelona: Masson (en prensa)
26. López de Ceballos P. Un método para la Investigación-acción participativa. Madrid: Editorial Popular, 1987.
27. Contreras J. Investigación en la acción ¿Qué és?. Cuadernos de Pedagogía 1994; 224: 8
28. Freire P. Pedagogía del Oprimido. 30ª ed. Mexico: Siglo XXI, 1983
29. Fals Borda O. Conocimiento y poder popular: lecciones con campesinos de Nicaragua, México, Colombia. Bogotá: Siglo XXI, 1986.
30. Fals Borda O. El reformismo por dentro de América Latina. México: Siglo XXI, 1972.
31. Fals Borda O. Las revoluciones inconclusas de América Latina 1809-1960. (7ª ed.) México DF: Siglo XXI, 1982.
32. Fals Borda O, Rodriguez Brandao C. Investigación Participativa. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental, 1987.
33. Fals Borda O, Rahman A. La situación actual y las perspectivas de la investigación-acción participativa en el mundo. En: CEEAL. Investigación participativa: Cuarto Seminario Latinoamericano. Santiago de Chile: Secretaria General del Consejo de Educación de Adultos de América Latina, 1989.
34. Bosco Pinto J. La investigación acción como práctica de social. Cuadernos de Sociología Escuela de Sociología de la Universidad Centroamericana de Managua 1988; 6: 42-54
35. Stenhouse L. Investigación y desarrollo del currículum. Madrid: Morata, 1984.
36. Elliot J. El cambio educativo desde la investigación-acción. Madrid: Morata, 1993.
37. Carr W, Kemmis S. Teoría Crítica de la Enseñanza. Barcelona: Martínez Roca, 1988.

38. Gajardo M. Investigación Participativa: Propuestas y proyectos. *Rev Latinoam Estud Educ* 1983; 13 (1): 73-8
39. Hall BL. Investigación participativa, conocimiento popular y poder. En: Hall BL, Verazano G, De Witt T, Gianotten V. *La investigación participativa en América Latina: Antología*. Pátzcuaro Michoacán: CREFAL, 1983.
40. De Witt T, Gianotten V. Investigación Participativa en un contexto de economía campesina. En: Hall BL, Verazano G, De Witt T, Gianotten V. *La investigación participativa en América Latina: Antología*. Pátzcuaro Michoacán: CREFAL, 1983.
41. De Schutter. A. *Investigación Participativa: una opción metodológica para la educación de adultos*. (4ª ed.) Pátzcuaro Michoacán: CREFAL, 1986.
42. Suchman EA. *Evaluative Research*. New York: Russell Sage Foundation, 1967.
43. Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los programas de salud, Normas fundamentales*. Ginebra: OMS, 1981.
44. Rossi P, Freeman H. *Evaluación: Un enfoque sistemático para programas sociales*. México: Trillas, 1989.
45. Gámir R. Introducción. En: Gámir R. *Los Facultativos de Sanidad Penitenciaria*. Madrid: Dykinson, 1995.
46. WHO. *Health in prisons: Health promoting in the prison setting. Summary Report on a WHO Meeting, London 1995. EUR/ICP/ADA 043 (S)*, marzo 1996.
47. Morata MJ. *Animación Sociocultural, Conflicto Social y Marginación*. En: Morata MJ, Trilla J. *Animación Sociocultural*. Barcelona: Ariel, 1997.
48. Real Decreto 190/1996 de 9 de febrero por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. *BOE* 1996; 40: 5382.
49. Green, LW, Kreuter M, Deeds S, Partridge K. *Health Education Planning: a Diagnostic Approach*. Mayfield: Palo Alto, 1980.
50. Rochon A. *Educación para la Salud*. Barcelona: Masson, 1991.
51. Llauger MA, Contijoch C. *Autocuidados y Atención Primaria*. *Aten Primaria* 1997; 19: 267-070.
52. Paredes J, Elizondo A, Muñoz A, Colomer C. *Taller de Salud: intervenciones participativas para la prevención y control del SIDA en un centro penitenciario*. *Trab Soc Salud* 1995, 22: 25-40.
53. Goldstein AP, Sprafkin RP, Gershaw NJ, Klein P. *Habilidades sociales y autocontrol en la adolescencia*. Barcelona: Martínez Roca, 1989.
54. Marchioni M. *Planificación Social y Organización de la Comunidad*. Madrid: Editorial Popular, 1989.
56. European Center for Epidemiological Monitoring of AIDS. *Información Epidemiológica del SIDA en la región europea de la OMS*. 1997; 8 (4): 351-3.

55. Garcia Roca, J. Solidaridad y Voluntariado. Bilbao: Sal Terrae, 1994.
57. De la Torre R. La Sanidad Penitenciaria 11 años después de la Ley General de Sanidad. *El Medico*, 3 mayo de 1997: 56-62.
58. De Andrés R. Vigilancia epidemiológica del SIDA en el mundo a fecha de actualización 20 de noviembre de 1997. *Publ Of Soc. Esp. Interdiscip. Sida* 1998; 9 (3): 281
59. Tello O. Tendència de la epidemia de SIDA segons edats i la seua distribució geogràfica i temporal. *Publ Of Soc. Esp. Interdiscip. Sida* 1998; 9 (3): 129-132
60. Estébanez P, Cifuentes I. Diferencias de riesgo por género para el VIH entre los UDVP. *Publ Of Soc. Esp. Interdiscip. Sida* 1996; 7 (1): 20-4.
61. Freedman R, Rodriguez G, French J. A comparison of male and female IDU risk behaviours for HIV infection. *Am. J. Drug Alcohol Abus* 1994; 20 (2): 129-157.
62. Díez M. Situación de la infección por el VIH en las Instituciones Penitenciarias. *Libro de Ponencias y Comunicaciones del I Congreso de Sanidad Penitenciaria*. León 1993.p.180.
63. Granados A. Toxicomanías y SIDA en las cárceles españolas. *Libro de Ponencias del I Congreso Nacional sobre el SIDA*. *Publ Of Soc. Esp. Interdiscip. Sida* 1991; 2: 132.
64. Martín V. Perfil epidemiológico del VIH/SIDA en la población penitenciaria. Programa científico y resúmenes de ponencias del III Congreso Nacional sobre el SIDA. Madrid: Sociedad Española Interdisciplinar del SIDA, 1995.p.187.
65. Bayés R. Como conseguir los objetivos en prevención primaria. En: Bayés R. SIDA y Psicología. Barcelona: Martínez Roca, 1995; 91-144.
66. Oficina Regional para Europa-Copenhague. 2ª Revisión del Informe de la OMS.
67. Cabases JM. Aspectos económicos del SIDA *Publ Of Soc. Esp. Interdiscip. Sida* 1994; 5 (5): 287-295.
68. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Situación sanitaria de la población que ha ingresado en prisión en 1993. Madrid: Ministerio de Justicia, 1994.
69. Bayés R. SIDA y Psicología. Barcelona: Martínez Roca,1995.p. 53.
70. Ajzen I, Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behaviour. Nueva Yersey, Englewood Cliffs, 1980.
71. Nájera P. La educación para salud sobre VIH/SIDA. *Publ Of Soc. Esp. Interdiscip. Sida* 1996; 7 (8): 466-70.
72. Abraham C, Sheeran P. In search of a psychology of safer-sex promotion; beyond beliefs and texts. *Health Educ Research* 1993; 8 (2): 245-54.
73. Weeks K, Levy SR, Zhu C, Perhats C, Handler A, Fly BR. Impact of a school-based AIDS prevention program on young adolescents self-efficacy skills. *Health Educ Research* 1995; 10 (3): 329-44.

74. Catania JA, Kegcles S, Coats T. Towards and understanding of risk behaviour and AIDS risk reduction model (AARM). *Health Educ Q* 1990; 17: 27-39.
75. Ubillos S. Guía de educación sexual para jóvenes I. Donostia-San Sebastian: Diputación Foral de Gipuzkoa, 1995.p.102-12.
76. Paredes J, Colomer C. Medio Penitenciario, VIH/SIDA y promoción de la salud (Carta al Director). *Gac Sanit* 1997; 11 (1): 45-6.
77. Fisher JD, Fisher WA, Misovich SJ, et al. Changing AIDS risk behaviour: effects of an intervention emphasizing AIDS risk reduction information. Motivation and behavioral skills in a college student population. *Health Psychol* 1996; 15:114-23.
78. Di Clemente RJ, Pies CA, Stoller E et al. Evaluation of school-based AIDS education curricula in San Francisco. *The J of sex Res.* 1989; 26: 188-98.
79. Di Clemente RJ. Preventing HIV/AIDS among adolescents-schools as agents of behaviours change. *J of the Am Med Assoc.* 1993; 270 (6): 760-2.
80. Blakey V, Frankland JG. HIV Prevention for women prostitutes and their clients: a preliminary report on a pilot project in South Glamorgan. Briefing Report nº 5. Health Promotion Wales.
81. Dengelegi L. Weber J. And Torquato S. Drug user's AIDS-related knowledge, attitudes and behaviours before and after AIDS education sessions. *Public Health Rep* 1990; 105: 504-10.
82. Hedge B, Glover LF. Group intervention with HIV seropositive patients and their partners. *AIDS Care* 1990; 2: 147-54.
83. Kelly JA, St Lawrence JS, Brasfield TL, Hood HV. Group intervention to reduce AIDS risk behaviours in gay men: applications of behavioural principles. En: Mays VM, Ablee GW, Schneider SF. (eds). *Primary Prevention of AIDS*. London: SAGE, 1989.
84. Valdiserri RO, Lyter DW, Leriton LC, et al. AIDS prevention in homosexual and bisexual men: results of a randomised trial evaluating two risk reduction interventions. *AIDS* 1989; 3: 21-6.
85. Ginger N, Phillips K, White D, et al. Evaluation of a training course on sexual counselling in a drug work setting. *AIDS care* 1994; 6(2): 221-35
86. Menoyo C, Zubia I, Zulaica D, Elizalde B, Urcelay A. Hábitos sexuales en Usuarios de Droga por Vía Intravenosa en el País Vasco. Plan de Prevención y Control del SIDA del País Vasco. San Sebastian 1993.
87. Ginzburg HM. Intravenous drug users and the acquired immunodeficiency syndrome. *Public Health Rep* 1984; 99: 206-12.
88. Levante Mercantil Valenciano del 2de septiembre de 1996. Sec C.V. (col 1-2)
89. El País de 13 de marzo de 1994. Sec Esp (col. 1-5) p.26
90. Aranz E. ¿Qué población tenemos en los centros penitenciarios? En: El centro penitenciario como espacio de tratamiento en drogodependencias. Grupo interdisciplinar sobre drogodependencias. Grupo Intervención en Drogodependencias. Madrid 1996.



91. Ubillos S. Guía de educación sexual para jóvenes 2. Donostia-San Sebastian: Diputación Foral de Gipuzkoa, 1995
92. Marchioni M. La Audición, un método de investigación participativa comunitaria. Sta Cruz de Tenerife-Las Palmas de Gran Canaria Benchomo, 1992.
93. Daniel WW. Biocstadística. Bare pan el análisis de las ciencias de la salud. 5ª Edición. México, 199 .
94. Rosner B. Fundamentals of Bioestatistics. 3ª ed.. Boston, Massachusetts: PWS-Kent Publishing Company 1990.
95. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Paidós Básica. Barcelona 1996: 108
96. Ander-Egg E. Técnicas de Investigación Social. (23 ed) El Atenco. México 1993:186
97. Grupo de Intervención Comunitaria de Palo Blanco-Las Llanadas-La Ferruja. Una comunidad habla de si misma. Ayuntamiento de Los Realejos: Santa Cruz de Tenerife-Las Palmas de Gran Canaria 1991
98. Grupo de Intervención Comunitaria de Nazaret. La mujer en el barrio de Nazaret. Generalitat Valenciana. IVESP. Monografías Sanitarias Serie Salud y Comunidad. Nº 2. Valencia 1992.
99. Paredes JJ, Salazar J. Adaptació d'un programa d'educació per a la salut per a la prevenci-o de la infecció per VIH/SIDA: estudi dels coneixements, actituds i conductes en les dones penades d'un centre penitenciari .(Tesina)., Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública IVESP, Valencia 1993.
100. Menoyo C, Elizalde B, Urzelai A, Zubia I. Estrategias de Prevención del sida en usuarios de drogas por vía parenteral. JANO 1994; 46: 45-56
101. Ander-Egg E. Introducción a la Planificación. Siglo XXI de España Editores, S.A. (13 ed.) Madrid 1991.
102. Antología de la Promoción de la Salud. OPS, citat en la introducció.
103. Zeeegers D. Prevention du VIH dans les maisons d'arret et les centres d'exécution des peines. Infothek 1996; 5: 4-7
- 104.- Ploem C. Programme pilote d'éducation par les pairs au Nouveau-Brunswick. Bulletin canadien VIH/SIDA et droit 1995; 2: 30-31
105. Paredes J, Colomer C. Medio Penitenciario, VIH/SIDA y promoción de la salud. Gac Sanit 1997; 11: 45-6.
106. Correctional Service Canada. HIV/AIDS in prisons: Final report of the Expert Committee on AIDS and Prisons. Minister of Supply and Services Canada. Ottawa, 1994
107. Lyons S, Begley K, et al. Training inmates as HIV peer support counsellors in gaol (prison). Vth Conference on AIDS. 1989. Montreal
108. Ward J, Hunter G, Power R, Peer education as a mens of drug prevention and education among young people: an evaluation. Health Educ J 1997; 56: 251-63

109. Hill F. Looking for good practice-cause-studies of approaches to HIV and AIDS education for 16-19-years olds in further education. *Health Educ J.* 1993; 52: 28-33.
110. Pácz D, Ubillos S, León M. Evaluación del cambio de actitudes y conductas ante el SIDA. En: Basabe N, Pácz D, Usieto R, Paicheler H, Deschamps JC. *El desafío social del SIDA. Fundamentos-CESA.* Madrid 1997
111. Ubillos S, Pizarro M. Programas de educación sanitaria para jóvenes no escolarizados. En: Vega A. *Educación y Sida: problemática y respuestas.* San Sebastian, XI Cursos de Verano UPV 1993
112. Ubillos S. Problemas de evaluación de los programas preventivos ante el SIDA. En: Valenciano L, Usieto R. *Avances en el tratamiento médico y psicosocial del sida..* CESA. Madrid 1994
113. Bermejo, Pilar. *Promoción de Sexo Seguro en CDVP. I Conferencia Nacional sobre SIDA y Drogas.* Madrid 1994
114. Sheeran P, Abraham Ch. Measurement of condom use in 72 studies of HIV-preventive behaviour: a critical review. *Patient Educ Couns* 1994; 24: 199-216
115. De Irala J, Bigelow D, McCusker J et al. Reliability of self-reported human immunodeficiency virus risk behaviours in a residential drug treatment population, *Am J Epidemiol* 1996; 143: 725-31
116. Konings E, Bantebra G, Caraçl M, et al. Validating population surveys for the measurement of HIV/STD prevention indicators. *Aids* 1995; 9:375-82
117. Gaiter J, Doll LS. Editorial: Improving HIV/AIDS Prevention in Prisons Is Good Public Health Policy. *Am J Public Health* 1996; 86 (9): 1201-3
118. Mahon N. New York inmates' HIV risk behaviours. the implications for prevention policy and programs. *Am J Public Health* 1996; 86 (9): 1211-5
119. WHO Guidelines on HIV infection and AIDS un prisons. Geneva. Morata 1993
120. Real Decreto 190/1996, de 9 de febrero por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. BOE núm 40 Jueves 15 de Febrero de 1996
121. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Area de Salud Pública. Programa de Educación para la Salud en Instituciones Penitenciarias 1995. Febrero de 1997
122. Turabian JL. Apuntes, esquemas y ejemplos de participación comunitaria en la salud. De Diaz de Santos. Madrid 1991.
123. Power KG, Markova I, Rowlands A et al. HIV and AIDS related knowledge among inmates of Scottish prisons. *Health Educ J* 1993; 52 (1): 13-8
124. Viadro C, Earo JA. AIDS education and incarcerated women: a neglected opportunity. *Women Health* 1991; 17 (2): 105-17
125. Riesch A. Prisoners and AIDS, Knowledge, Attitude and Behaviour. John Howard Society of Metropolitan Toronto. Toronto 1992

126. Carrasco P, Sánchez-Cruz JJ. Comparación de los conocimientos y los comportamientos de riesgo sobre el SIDA de los internos VIH+ y VIH- de la prisión provincial de Granada. *Gac Sanit* 1996; 10:104-9.
127. Servicio de Drogodependencias de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Programas de Intervención con Drogodependientes en Centros Penitenciarios Memoria de 1995. Ministerio del Interior. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Madrid 1996
128. Magura S, Kang S, Shapiro J, O'Day J. HIV risk among women injecting drug users who are in jail. *Addiction* 1993; 88: 1351-60.
129. Power KG, Marková I, McKee KJ, Kilfedder C. Correlates of HIV/AIDS Knowledge in a Scottish prison sample. *Health Educ Res* 1996; 11: 287-92
130. Freimuth VS, Hammond SL, Edgar T et al. Factors explaining intent, discussion and use of condoms in first-time sexual encounters. *Health Educ Res* 1992; 7: 203-15
131. Ross MW, McLaws ML. Subjective norms about condoms are better predictors of use and intention to use than attitudes. *Health Educ Res* 1992; 7 (3): 335-9
- 132.- Basen-Engquist K, Parcel GS. Attitudes, Norms, and Self-Efficacy: a model of adolescents's HIV-Related sexual risk behavior. *Health Educ Q* 1992; 19 (2): 263
133. Crane SF, Carswell JW. A review and assessment of non-governmental organization-based STD/AIDS education and prevention projects for marginalized groups. *Health Educ Res* 1992; 7 (2): 175-94
134. Lyons S, Begley K, et al. Training inmates as HIV peer support counsellors in gaol (prison). *Vth. Conference on AIDS. Montreal* 1996
135. Prochaska Jo, Di Clemente Cc. Stages of change in the modification of problem behaviours. En Merscn M, Eisler RM, Miller PM (eds) *Progress in behaviour modification pp-184-214*. Sycamore, Illinois: Sycamore Press, 1992
136. Richardson SC, Papacvangelou G, Ancelle-Park R. Knowledge, attitudes and beliefs of European injecting drug users concerning preventive measures for HIV. *Eur J Epidemiol* 1994; 10: 135-42
137. Edwards W, Newman JR. *Multiattribute Evaluation*. 1ª ed. Beverly Hills: Sage Publications, 1982; 8-9
138. Quirk ME, Godkin MA, Schwenzfeier E. Evaluation of two AIDS prevention interventions for inner-city adolescent and young adult women. *Am J Prev Med* 1993; 9:21-26
139. Carlos Matus, *Política y plan*, Caracas, IVEPLAN, 1984
140. Fisher JD, Fisher WA, Misovich SJ, et al. Changing AIDS Risk Behavior: Effects of an Intervention Emphasizing AIDS Risk Reduction Information, Motivation, and Behavioral Skills in a College Student Population. *Health Psychol* 1996; 15: 114-123
141. Singer N, Phillips K, White D, Mullenbady G, Whitehead B. Evaluation of a training course on sexual counselling in a drug work setting. *Aids Care* 1994; 6: 221-35

142. Anyuncs MC, Stall Ron D, Paiva V, Peres CA, Paul J, Hudes M, Hearst N. Evaluating an AIDS sexual risk reduction program for young adults in public night schools in Sao Paulo, Brazil
143. Coleman LM, Ford NJ. An extensive literature review of the evaluation of HIV prevention programmes. *Health Educ Res* 1996; 11: 327-38
144. Svenson LW, Carmel S, Varnhagen CK. A review of the knowledge, attitudes and behaviours of university students concerning HIV/AIDS
145. Hedge B, Gliber LF. Group Intervention with HIV seropositive patients and their partners. *AIDS Care* 1990; 2: 147-54
146. Yela M. SIDA: Una Propuesta de Intervención en el Medio Penitenciario. Documento difundido en la Jornadas sobre Nuevos Tratamientos Antiretrovirales desarrolladas por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en Valencia en 1997
147. Programa Lluna: talleres de sexo más seguro en el medio penitenciario. Guía de intervención. Equipo Lluna Valencia 1998 pendiente de publicación por SGSP
- 148.- Subdirección General de Sanidad Penitenciaria Área de Salud Pública. Situación Socio-sanitaria de la población que ha ingresado por primera vez en prisión en 1996. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Sanidad Penitenciaria 1997
- 149.- Marco A, Matín-Sánchez V, Garrote G. Sida y población reclusa en España. *JANO* 1996; 50 (1160): 996-1001
- 150.- Friedman SR, Jose B, Neaigus A, et al. Consistent condom use in relationships between seropositive injecting drug users and sex partners who do not inject drugs. *AIDS* 1994; 8: 357-361
- 151.- Centro de Salud Pública de Manises. Informe Salud Pública Nº5. Talleres de sexo seguro, una estrategia poblacional para la prevención del SIDA: Dirección General de Salud Pública. Arca 5-6. Manises, 1995.
- 152.-Rhodes TJ, Donoghoe MC, Hunter GM et al. Continued risk behaviour HIV positive drug injectors in London: implications for intervention. *Addiction* 1993;88:1533-1560
- 153.-Carballo-Diéguez A, Dolezal C. HIV risk behaviours and obstacles to condom use among Puerto Rican men in New York city who have sex with men. *Am J Public Health* 1996; 86: 1619-22
- 154.- Catania JA, Coates TJ, Stall R et al. Prevalence of AIDS-Related Risk Factors and Condom Use in the United States. *Science* 1992; 258: 1101-6
- 155.- Páez D, Ubillos S, Pizarro M, León M. Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Rev de Psicol Gral y Aplic* 1994; 47 (2): 141-9
- 156.- Oakaley A, Fullerton D, Holland J. Behavioural interventions for HIV/AIDS prevention. *Aids* 1995; 9: 479-86
- 157.-Holtgrave D, Qualls NL, Curran JW, Valdiserri RO, Guinan ME, Parra WC. An Overview of the Effectiveness and Efficiency of HIV Prevention Programs. *Public Health Reports* 1995; 110: 134-46

- 158.- St Lawrence JS, Jefferson KW, Alleyne E et. al. Comparison of education versus behavioral skills training interventions in lowering sexual HIV-risk behavior of substance-dependent adolescent. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 154-157
159. Najera P. La educación para la salud sobre VIH/SIDA (II). *Pub Of SEISIDA* 1996; 7: 466-470
160. Bajos N, Ducot B, Spencer B, et al. Sexual risk-taking, socio-sexual biographies and sexual interaction: elements of the French national survey on sexual behaviour. *Soc Sci Med* 1997; 44: 25-40
161. Sheer VC. Sensation Seeking Predispositions and Susceptibility to a Sexual Partner's Appeals for Condom Use. *J Applied Communications Research* 1995; 23; 212-229
162. Kalichman SC, Rompa D, Coley B. Experimental component analysis of a behavioral HIV-AIDS prevention intervention for inner-city women. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64: 687-93
163. Ross MW, McLaws ML. Subjective norms about condoms are better predictors of use and intention to use than attitudes. *Health Educ Res* 1992; 7(3): 335-39
164. Lawrence JS, Eldridge GD, Shelby MC, Little CE, Brasfield TL, O'Bannon RE. HIV Risk Reduction for Incarcerated Women: A Comparison of Brief Interventions Based on Two Theoretical Models
165. Campbell CA. Male gender roles and sexuality implications. *Soc Sci Med* 1995; 41: 197-210
166. Lee Johnson J. *Mujer y SIDA. IX Conferencia Internacional sobre el SIDA Berlín 1993*.
167. WHO. International Consultation for Policy-Makers on Women and AIDS in Preparation for the Beijing Conference. Geneva 6-8 February 1995.
168. Scal A, Minichiello V, Omodei M. Young women's sexual risk taking behaviour: re-visiting the influences of sexual self-efficacy and sexual self-esteem. *Int J STD Aids* 1997; 8: 159-167
169. Waldron VR, Caughlin J, Jackson D. Talking specifics: facilitative effects of planning on AIDS talk in peer dyads. *Health Commun* 1995; 7: 249-66
170. Jarlais DCD, Friedman SR, Friedman P, et al. HIV/AIDS-related behavior change among injecting drug users in different national settings. *Aids* 1995; 9: 611-17
171. Fishbein M, Trafimow D, Middlestad SE, et al. Using an AIDS KABP survey to identify determinants of condom use among sexually active adults from ST. Vincent and The Grenadines
172. Corby NH, Schneider Jammer M, Wolitski RJ. Using the theory of planned behavior to predict intention to use condoms among male and female injecting drug users. *J Appl Soc Psychol* 1996; 26: 52-75
173. Grimley DM, Prochaska GE, Prochaska JO. Condom use adoption and continuation: a transtheoretical approach. *Health Educ Res* 1997; 12: 61-75
174. Scal DW, Agostinelli G. Individual differences associated with high-risk sexual behaviour: implications for interventions programmes. *Aids Care* 1994; 6: 393-97

175. Antunes MC, Stall RD, Paiva V, Peres CA, Paul J, Hudes M, Hearst N. Evaluating an AIDS sexual risk reduction program for young adults in public night schools in Sao Paulo, Brazil. *Aids* 1997; 11Supl 1: S121-27
176. Aplasca MR, Siegel D, Mandel JS, Santana-Arciaga RT, Paul J, Hudes ES et al. Result of a model AIDS prevention program for high school students in the Philippines. *Aids* 1995; 9 Supl: S7-S13
177. Bellingham K, Gillics P. Evaluation of an AIDS education programme for young adults. *J Epidemiol Commun Health* 1993; 47: 134-38
178. Sufian M, Friedman SR, Curtis R, Ncaigus A, Stepherson B. Organizing as a new approach to AIDS risk reduction for intravenous drug users. En: Friedman SR, Lipton DL, Stimmel B. *Cocaine, AIDS, and Intravenous Drug Users*. New York 1991. Hawthorn Press
179. Calsyn DA, Saxon AJ, Wells EA, Greenberg DM. Longitudinal sexual behavior in injecting drgu users. *Aids* 1992; 6: 1207-11
180. Van der Hock JAR, Haastrecht HJA, Coutinho RA. Little change in secual behavior in injectium drug users in Amsterdam. *J Acquir Immune Defi Syndr* 1992; 5: 518-22
181. Ncaigus A, Sufian M, Friedman SR et al. Effects of outreach intervention on risk reduction among intravenous drug users. *Aids Ed Prev* 1990; 2: 253-71
182. Des Jarlais DC, Friedman P, Hagan H, et al. The protective effect of AIDS -related behavioral change among injection drug users: a cross-national study. *Am J Public Health* 1996; 86: 1780-5
183. Van Ameijden EJC, van den Hock JAR, Coutinho RA,. Large Declines in Secual Risk Behavior with Noncommercial Partners among Heterosexual Injection Drug Users in Amsterdam, 1987-1995. *Am J Epidcmiol* 1996; 144: 772-81
184. Seal DW, Palmer-Seal DA. Barriers to condom use and safer-sex talk among College Dating Couples. *J Comm App Soc Psychol* 1996; 6: 15-33
185. Brody S. Lack of evidence for transmission of human immunodeficiency virus trough vaginal intercourse. *Arch Sex Behav* 1995; 24: 283-391
186. Yela M. SIDA: Una Propuesta de Intervención en el Medio Penitenciario. Documento difundido en la Jornadas sobre Nuevos Tratamientos Antiretrovirales desarrolladas por la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en Valencia en 1997
187. Programa de Intervención en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Orense). Comité Anti-SIDA de Orense 1996.
- 188.- Anònim. *DE SIDA* 1994; 12: 3.
189. Slonim-Nevo V, Auslander WF, Ozawa MN, Jung KG. The long-term impact of AIDS-preventive interventions for delinquent and abused adolescents
190. Dahrendorf R. *Life chances: approaches to social and political theory*. Chicago: University lf Chicago Press. 1979

191. Viadro C, Earo JA. AIDS education and incarcerated women: a neglected opportunity. *Women Health* 1991; 17 (2): 105-17
192. Mazzola E. Developing materials with female prisoners. Exchange Royal Tropical Institute (KIT) The Netherlands 1992; 3: 6
193. Gellert G A, Maxwell R M, Higgins K V, Pendergast T, Wilker N. HIV Infection in the Women's Jail, Orange County, California, 1985-1991. *Am J Public Health* 1993; 83: 1454-56
194. Kelly JA, Kalichman SC. Increased attention to human sexuality can improve HIV-AIDS prevention efforts: Key research issues and directions. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63: 907-18
195. Sibthorpe B, Fleming D, Gould J. Self-Help Group: a key to HIV risk reduction for high-risk injection drug users. *J Acquir Immune Defi Syndr* 1994; 7: 592-8
196. Caylà J, Hernández I, Rodríguez A, Ruiz I, Vall M, Wang J. Informe sobre la Investigación Epidemiológica en VIH/SIDA en España. Generalitat de Catalunya Departament de Sanitat i Seguretat Social. Barcelona 1996
197. Wexler HK, Magura S, Beardsley MM et al. ARRIVE: an AIDS education/relapse prevention model for high-risk parolees. *Int J Addict* 1994; 29: 361-86
198. Zimmerman MA, Ramírez-Vallés J, Suárez E et al. An HIV/AIDS prevention project for mexican homosexual men: an empowerment approach. *Health Educ Behav* 1997; 24: 177-90
199. Ward J, Hunter G, Power R. Peer education as a means of drug prevention and evaluation among young people: an evaluation. *Health Educ J* 1997; 56: 251-63
200. Crane SF, Carswell JW. A review and assessment of non-governmental organization-based STD/AIDS education and prevention projects for marginalized groups. *Health Educ Res* 1992; 2 (2): 175-94
201. Espinoza P. Prevención del VIH en el medio carcelario: un desafío de salud pública. *Transcriptase* 1997; 18: 12-4
202. Person B, Cotton D. A Model of Community Mobilization for The Prevention of HIV in Women and Infants. *Public Health Repors* 1996; 3 Supl.1: 89-98)
203. Fishbein M, Guinan M. Behavioral science and public health: a necessary partnership for HIV prevention. *Public Health Reports* 1996; 111 Supl: 5-10
204. Stall R, Ekstrand M. The quantitative/qualitative debate over "relapse" behaviour: comment. *Aids Care* 1994; 6: 619-24
205. Martínez de Toda y Terrero J. Comunicación grupal para la promoción de valores (experiencia: prevención del SIDA). *Anàlisi* 1994; 16 107-19
206. Bozalondo E, Rodríguez-Monroy ML, Echeverria P. Valoración del programa de prevención de SIDA realizado con los alumnos&as de COU y 5º de FP mediante la técnica "Grupos de Discusión". *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 1994; 79:479-81
207. Watson N, Robertson A. A qualitative evaluation of HIV and AIDS education to senior school children in Lothian Region, Scotland. *Health Promot Inter* 1996; 11: 291-98.

# Taules i Figures



## TAULES i FIGURES

- Taula 1: Diferències entre Investigació Bàsica, Investigació Aplicada i Investigació-Acció Participativa. (Adaptat de Baum F. (Ja citado) i Rubio MJ i Varas J. (Rubio MJ, Varas J. El Análisis de la Realidad en la Intervención Social. Madrid: Editorial CCS, 1997; 123)
- Taula 2: Diferències entre la Investigació Informativa i la Investigació-Acció Participativa (Adaptat de Lopez de Ceballos (Ja nomenada)
- Taula 3: Adaptat de Turabián JL. Evaluación de programas de promoción de la salud en la atención primaria. (Atención Primaria 1993; 12 (9): 616-619).
- Taula 4. Fonts d'Informació sobre la Infecció per VIH/SIDA.
- Taula 5. Ítems del Qüestionari sobre Informació sobre VIH/SIDA.
- Taula 6. Ítems de l'escala d'eficàcia.
- Taula 7. Ítems de l'Escala d'Intencions.
- Taula 8. Escala de Conseqüències.
- Tabla 9. Ítems del Qüestionari sobre Informació sobre VIH/SIDA.
- Tabla 10. Ítems del qüestionari sobre coneixements de l'ús del preservatiu.
- Taula 11A: Comentaris i propostes sobre la SIDA
- Taula 11B: Comentaris i propostes sobre la SIDA
- Taula 11C: Comentaris i propostes sobre la SIDA
- Taula 12. Estat civil, situació laboral, font principal d'ingressos, nivell d'instrucció, temps efectiu passat a la presó i temps previsibles d'estar a la presó de les dones entrevistades.
- Taula 13. Freqüència de respostes encertades referides als coneixements que les dones entrevistades tenen sobre la SIDA
- Taula 14. Nombre de parelles sexuals des que ingressaren al centre i freqüència de relacions sexuals de les dones entrevistades en els darrers tres mesos
- Taula 15: Freqüència d'ús del preservatiu i pràctiques sexuals de risc en les dones amb una sola parella home, referit als 3 últims contactes sexuals.
- Taula 16: Coneixement de seropositivitat entre les dones i entre les seues parelles.
- Taula 17: Inconsistència entre informació, accés, capacitat percebuda; i el comportament i la intenció respecte a l'ús del preservatiu.
- Taula nº18: Fòrum comunitari ¿cóm lluitar contra la SIDA des de la presó. Propostes dirigides a...
- Taula 19. Continguts preferits en un futur programa. Puntuacions finals atorgades pel grup de dones i pel grup de professionals.

- Taula 20. Habilitats preferides a desenvolupar en un futur programa. Puntuacions finals atorgades pel grup de dones i pel grup de professionals.
- Taula 21 . Forma de treball durant el programa (metodologia). Puntuacions finals atorgades pel grup de dones i pel grup de professionals.
- Taula 22 . Equip que ha d'executar el programa. Puntuacions finals atorgades pel grup de professionals. (N=19)
- Taula 23 . Forma d'implatació del programa. Puntuacions finals atorgades pel grup de professionals.(N=19)
- Taula 24 . Nombre de sessions, duració i participants per sessió. Puntuacions finals atorgades pel grup de professionals.(N=19)
- Taula 25 . Relació del programa amb el treball habitual dels professionals del centre. Puntuacions finals atorgades pel grup de professionals.(N=19)
- Taula 26. Diferències entre la mostra de l'estudi pre-post i el grup de pèrdues respecte a les variables sociopenitenciàries.
- Taula 27. Diferències entre la mostra de l'estudi pre-post i el grup de pèrdues respecte a les variables seropositivitat al VIH, VIH en la parella, percepció de gravetat, ús referit del preservatiu i compartir xeringues abans de l'ingrés en presó.
- Taula 28 . Diferències Pre-Post respecte al qüestionari d'Informació sobre la Infecció per VIH/SIDA, edicions de 1995 i 1996. (Test McNemar)
- Taula 29 . Diferències Pre-Post respecte a la "Valoració Global del Qüestionari d'Informació sobre la Infecció per VIH/SIDA". (Test T-Tests)
- Taula 30 . Diferències Pre-Post en quan a coneixements sobre l'ús del preservatiu. (Test McNemar)
- Taula 31.- Diferència Pre-Post en quan al total de l'escala coneixements sobre l'ús del preservatiu. (Test t-tests)
- Taula 32. Diferències Pre-Post en quan a la Percepció d'Estar Ben Informat/da sobre la Infecció per VIH/SIDA. (Test McNemar)
- Taula 33. Diferències Pre-Post en quan a Comunicació amb la Parella sobre Ús del Preservatiu (1996). (Test McNemar;  $p=0.0352$ )
- Taula 34. Diferències Pre-Post en quan al ítem 5 de l'escala de norma subjectiva. ( $p=0.0244$ ) (Test Wilcoxon)
- Taula 35. Diferències pre-post en quan a l'ús referit del preservatiu. (Test McNemar)
- Taula 36. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari de informació sobre la infecció per VIH/SIDA en relació a l'any de intervenció, 1995.
- Taula 37. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en relació a l'any d'intervenció, 1996.

- Taula 38. Diferències Pre-Post estadísticament significatives de la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en relació a l'any d'intervenció, 1996. (Test t-test)
- Taula 39. Diferències Pre-post significatives en el qüestionari de coneixements sobre ús correcte del preservatiu, edició de 1996. (Test Mc Nemar)
- Taula 40. Diferències Pre-post significatives en la puntuació global del qüestionari de coneixements sobre ús correcte del preservatiu, edició de 1996. (Test t-test)
- Taula 41. Diferències Pre-Post en quan a la percepció d'estar ben informat/da sobre com contraure la infecció per VIH/SIDA. (Test McNemar)
- Taula 42. Diferències significatives Pre-post, respecte a l'escala de Norma Subjectiva ítem número 5, edició de 1996. (Test Wilcoxon)
- Taula 43. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en funció del gènere. (Test McNemar)
- Taula 44. Diferències Pre-post de la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en funció del gènere.
- Taula 45. Diferències Pre-post estadísticament significatives en el qüestionari sobre ús correcte del preservatiu en funció del gènere.
- Taula 46. Diferències Pre-post en la puntuació global del qüestionari sobre ús correcte del preservatiu en funció del gènere. (Test t-test)
- Taula 47. Diferències Pre-Post en quan a la percepció d'estar ben informat/da sobre com contraure la infecció per VIH/SIDA en funció del gènere. (Test McNemar)
- Taula 48. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en relació al grup d'edat de 26 a 35 anys. (McNemar Test)
- Taula 49. Diferències Pre-Post de la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup d'edat de 22 a 25 anys. (Test t-test)
- Taula 50. Diferències Pre-Post de la puntuació global del qüestionari informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup d'edat de 26 a 34 anys. (Test t-test)
- Taula 51. Diferències Pre-Post de la puntuació global del qüestionari informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup d'edat de majors de 35 anys. (Test t-test)
- Taula 52. Diferències Pre-Post estadísticament significatives del qüestionari de coneixements sobre l'ús correcte del preservatiu en el grup de edat 26-34 anys. (McNemar Test)
- Taula 53. Diferències Pre-Post de la puntuació global al qüestionari de coneixements sobre ús correcte del preservatiu en el grup d'edat de 26-34 anys. (Test t-test)
- Taula 54.- Diferències significatives Pre-Post respecte al qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA segons temps efectiu passat en presó inferior o igual a 2 anys. (McNemar Test)

- Taula 55. - Diferències significatives Pre-Post respecte a la puntuació global del qüestionari de informació sobre la infecció per VIH/SIDA segons temps efectiu passat en presó inferior o igual a 2 anys. (Test t-test)
- Taula 56.- Diferències significatives Pre-Post respecte a la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA segons temps efectiu passat en presó més de 2 anys. (Test t-test)
- Taula 57.- Canvis significatius en el total de coneixements sobre l'ús del preservatiu segons el temps efectiu en presó. (Test t-test)
- Taula 58. Diferències significatives Pre-post respecte als ítems 4 i 5 de l'escala de Norma Subjectiva segons el temps efectiu passat en presó (grup de més de 2 anys). (Test de Wilcoxon)
- Taula 59: Diferències significatives Pre-post respecte als ítems 4 i 5 de l'escala de Norma Subjectiva segons el temps efectiu passat en presó (grup de més de 2 anys). (Test de Wilcoxon)
- Taula 60. Diferències significatives en els ítems d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en la distribució per ús referit del preservatiu (Grup de persones que diuen no haver-ho utilitzat "mai") (McNemar Test)
- Taula 61. Diferències significatives en la puntuació global del qüestionari d'informació sobre VIH/SIDA, en la distribució per ús referit del preservatiu. (Test T-test)
- Taula 62. Diferències significatives en la puntuació global del qüestionari de coneixements sobre l'ús del preservatiu en la distribució per ús referit del preservatiu. (Test t-test)
- Taula 63. Diferències significatives Pre-post respecte al ítem número 5 de l'escala de Norma Subjectiva en la distribució per ús referit del preservatiu. (Grup de persones que refereixen no utilitzar "mai" el preservatiu). (Test de Wilcoxon)
- Taula 64. Diferències pre-post significatives en el grup de persones que són VIH+ en el qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA. (McNemar Test)
- Taula 65. Diferències pre-post significatives en la puntuació global del qüestionari en el grup de persones VIH+. (Test t-test)
- Taula 66. Diferències pre-post significatives en el qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup de persones VIH-. (McNemar)
- Taula 67. Diferències pre-post significatives en el total del qüestionari de informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes VIH-. (Test t-test)
- Taula 68. Diferències pre-post en quan als coneixements sobre l'ús correcte dels preservatius en el grup de persones portadores del VIH. (McNemar Test)
- Taula 69. Diferències pre-post significatives en l'anàlisi global del qüestionari sobre l'ús correcte del preservatiu entre les persones VIH+. (Test t-test)
- Taula 70. Diferències significatives respecte a la informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes la parella dels quals és seropositiva front al VIH.
- Taula 71. Diferències significatives respecte a l'anàlisi total del qüestionari de informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes cuya parella es seropositiva. (Test t-test)

- Taula 72. Diferències significatives respecte a la informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes la parella dels quals és seronegativa front al VIH. (McNemar Test)
- Taula 73. Diferències significatives respecte a l'anàlisi total del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA entre els subjectes la parella dels quals és seronegativa. (Test t-test)
- Taula 74. Diferències significatives en els coneixements sobre l'ús correcte del preservatiu entre els subjectes la parella dels quals és seropositiva al VIH. (McNemar Test)
- Taula 75. Diferències significatives respecte a la puntuació global del qüestionari de coneixements sobre l'ús correcte del preservatiu entre els subjectes la parella dels quals era seropositiva al VIH. (Test t-test)
- Taula 76. Diferències significatives en el ítem 4, 5 de l'escala de Norma Subjectiva entre els subjectes que saben que la seua parella es seropositiva al VIH. (Test de Wilcoxon)
- Taula 77. Diferències significatives en el ítem 4, 5 de l'escala de Norma Subjectiva entre els subjectes que saben que la seua parella es seropositiva al VIH. (Test de Wilcoxon)
- Taula 78. Diferències significatives en el ítem NS3 de l'escala de Norma Subjectiva, entre els subjectes que desconeixen l'estat serològic de la teua parella. (Test de Wilcoxon)
- Taula 79. Diferències Pre-Post significatives en el qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup de parelles en les que ambdós són seropositius al VIH. (McNemar Test)
- Taula 80. Diferències Pre-Post significatives en la valoració global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup de parelles en els que ambdós són seropositius. (Test t-test)
- Taula 81. Diferències Pre-Post significatives de la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA en el grup de parelles en les quals ambdós són seronegatius. (Test t-test)
- Taula 82. Diferències Pre-Post significatives en la puntuació global del qüestionari d'informació sobre la infecció per VIH/SIDA segons tipus de parelles. (Test t-test)
- Taula 83. Diferències Pre-Post significatives la puntuació global del qüestionari sobre ús correcte del preservatiu en el grup de parelles. (Test t-test)
- Taula 84. Diferències Pre-Post significatives en el ítem número 1 de l'escala de 'Percepció de Gravetat' en el grup de parelles en les quals ella es seronegativa i ell seropositiu. (Test de Wilcoxon)
- Taula 85. Diferències Pre-Post significatives en el ítem número 4 de l'escala de 'Norma Subjectiva' en el grup de parelles en el que ella es seropositiva i ell seronegatiu i en el grup en el que ambdós són seropositius. (Test de Wilcoxon)
- Taula 86. Diferències Pre-Post significatives en el ítem número 4 de l'escala de 'Norma Subjectiva' en el grup de parelles en el que ella es seropositiva i ell seronegatiu i en el grup en el que ambdós són seropositius. (Test de Wilcoxon)

**Figura 1.- Determinants en l'adopció de comportaments de prevenció o de risc (Ubillos S. 1995) (19):**

**Figura 2: Promoció de la salut i infecció per VIH/SIDA en el medi penitenciari. Del coneixement a l'acció. Etapes de l'Estudi:**

**Figura 3: Dades sociopenitenciaries:**

**Figura 4: GUIÓ DE TEMES:**

**Figura nº 5: Guió de qüestions plantejades en las sessions informatives que serviren de base per a elaborar l'entrevista amb les dones:**

**Figura nº 6: Guió d'entrevista als professionals per a elaborar el qüestionari autocomplimentat:**

**Figura nº7: "El Joc del Més Enllà"**

**Figura nº8 : Ús referit del preservatiu en les tres últimes relacions sexuals**

**Figura nº 9: Seropositivitat al VIH: nombre de portadors del virus de la SIDA**

**Figura nº 10: Parella portadora de VIH**

**Figura nº11: Diferència pre-post sobre informació per VIH/SIDA**

**Figura nº12: Diferència de coneixements sobre l'ús del preservatiu**

**Figura 13: Diferència sobre com 'pillar la SIDA**

**Figura nº14: Comunicació amb la parella sobre l'ús del preservatiu**

**Figura nº 15: Grau d'importància de l'opinió de la parella sobre l'ús del preservatiu**

**Figura nº16: Diferències pre-post en quan a l'ús del preservatiu**

**Figura nº 17: Grau d'importància de l'opinió de la parella respecte a l'ús del preservatiu**

**Figura nº18: Importància de l'opinió de la parella amb respecte a l'utilització del preservatiu**

**Figura nº19: L'opinió de la parella sobre l'utilització del preservatiu**

**Figura nº 20: L'opinió de la parella sobre l'ús del preservatiu en parelles amb Ella VIH+**

**Figura nº21: L'opinió de la parella sobre l'utilització del preservatiu en la parelles VIH+**

# Anexes

**ANEXE I****AUDICIÓ: LES DONES I LA SALUT EN UN CENTRE PENITENCIARI****Grup:****G****P**

(1) alimentació	
(2) estils vida	
(3) malalties	
(4) medicació	
(5) problemes psic.	
(6) depressió	
(7) sexualitat	
(8) entorn habitabilit	
(9) informació sobre salut	
(10) maternitat	
(11) drogues	
(12) atenció mèdica	
(13) SIDA	



**AUDICIÓ: LES DONES I LA SALUT EN UN CENTRE PENITENCIARI**

Propostes	
Disponibilitat	

**Perfil sociopenitenciari:**

- Edat:
- Estat civil:
- Nombre de fills:
- Nivell educatiu:
- Treball abans d'ingresar:
- Temps que ha passat en presó:
- Temps que duu en aquest centre:
- Temps previsible per a eixir en llibertat:
- Nombre d'activitats del centre en les que participa:

**ANEXE II**

¿Te han indicado lo que vamos a hacer?

Te vamos a hacer una serie de preguntas para saber la información que tienes respecto al SIDA. Lo que nos digas es totalmente secreto. Queremos conocer las actitudes y hábitos de las personas de este centro para poder ayudarles mejor, tanto para proporcionaros la información que necesitáis sobre la enfermedad así como la forma de prevenir su contagio. La entrevista dura aproximadamente 30 minutos. ¿Tienes algún inconveniente?.

Nombre \_\_\_\_\_

INICIALES

1.Apellido \_\_\_\_\_

2.Apellido \_\_\_\_\_

Observaciones: -----  
-----  
-----

Visita Nº. \_\_\_\_\_

1. Fecha entrevista \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

2. Fecha de Nacimiento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

3. Sexo: 1 Hombre 2 Mujer 3 Varón transexual

\_\_\_\_\_

4. Estado

S C D SEP VIUDA

1 2 3 4 5

5. Trabajo Estable: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

(Contratada, fija o propia empresa) 1 2

6. ¿Cual era tu trabajo? (recoger literalmente)

---

7. Situación Laboral (en el último año antes del ingreso en prisión)

1. TRABAJANDO
2. PARO
3. JUBILACION
4. ESTUDIANTE
5. LABORES
6. SERV MILITAR
7. OTROS

8. Nivel de instrucción:

1. NO SABE LEER
2. BASICA INCOMPLETA
3. BASICA COMPLETA
4. BACH SUPERIOR
5. FORM PROFESIONAL
6. EST GR MEDIO
7. EST GR SUPERIOR

9. ¿ Cuales eran tus fuentes de ingresos económicos?

	SI	NO	NC
- Trabajo	1	2	3
- Cobertura de desempleo	1	2	3
- Beneficiencia	1	2	3
- Amigos, familia, conyuge	1	2	3
- Fuentes ilegales o probablemente ilegales	1	2	3
- Trabajo esporádico	1	2	3
- Otros	1	2	3

10. ¿Cual era la fuente principal?

- |   |   |
|---|---|
| - Trabajo                                   | 1 |
| - Cobertura de desempleo                    | 2 |
| - Beneficencia                              | 3 |
| - Amigos, familia, conyug.                  | 4 |
| - Fuentes ilegales o probablemente ilegales | 5 |
| - Otras                                     | 6 |
| - N.C                                       | 9 |

11. ¿ Tenías vehículo propio, o que pudieras usar cuando quisieras?

- |         | SI | NO |
|---------|----|----|
| - Moto  | 1  | 2  |
| - Bici  | 1  | 2  |
| - Coche | 1  | 2  |

12. ¿Cual es tu situación procesal?

- |                |   |
|----------------|---|
| - Preventivo   | 1 |
| - Penado       | 2 |
| - Penado-mixto | 3 |

13. ¿Cual es tu clasificación actual?

- Primer grado            1
- Segundo grado        2
- Tercer grado           3
- Pendiente              4
- Preventivo             5
- Otros                    6
- N.C.                     9

14. ¿Es tu primer ingreso en prisión?

- SI                        1
- NO                       2

15. ¿A qué edad ingresaste por primera vez en prisión?

/ \_ / \_ / (años)

16. ¿A lo largo de tu vida, cuanto tiempo efectivo has pasado en prisión?

/ \_ / \_ /            / \_ / \_ /  
años                    meses

17. ¿Cuántas veces has ingresado de libertad? / \_ / \_ /

18. ¿Años (en meses) que calculas, aproximadamente, te quedan en prisión?

/ \_ / \_ /

Este tiempo te parece:

POCO ----- MUCHO  
1   2   3   4   5   6   7  
A MEDIAS

19. Señala en las actividades del centro que participas diariamente:

- A. ESCUELA
- B. AUDIOVISUALES
- C. PELUQUERIA
- D. TALLER DE CREATIVIDAD
- E. TALLER DE ANTE Y NAPA
- F. ORDENANZA DE .....
- G. OTRAS .....

## OBTENCION DE INFORMACION

A CONTINUACION VOY A LEERTE UNA SERIE DE LUGARES DE DONDE SE PUEDE RECOGER INFORMACION SOBRE EL SIDA. "DURANTE ESTE **ULTIMO MES** HAS TENIDO INFORMACION SOBRE EL SIDA DE...(LEA LA LISTA)

	NO	SI	NS	NC	NA
A- Televisión.....	—	....	—	....	—
B- Radio .....	—	....	—	....	—
C- Prensa .....	—	....	—	....	—
D- Folletos,posters.....	—	....	—	....	—
E- Programa de tratamiento de drogas .....	—	....	—	....	—
F- Hospital.....	—	....	—	....	—
G- Especialista del C.P.....	—	....	—	....	—
I- Médico del C.P .....	—	....	—	....	—
J- Trabajador Social del C.P.....	—	....	—	....	—
K- Psicólogo del C.P.....	—	....	—	....	—
L- Educador del C.P .....	—	....	—	....	—
M- Funcionario del C.P.....	—	....	—	....	—
N- Otros del C.P. (.....) .....	—	....	—	....	—
O- Pareja.....	—	....	—	....	—
P- Familia (no esposo) .....	—	....	—	....	—
Q- Amigo/a.....	—	....	—	....	—
R- Compañera de celda .....	—	....	—	....	—
N- Otros.....	—	....	—	....	—

## INFORMACIÓN

LEA: UNA DE LAS COSAS MAS IMPORTANTES QUE PRETENDEMOS EN ESTE PROGRAMA ES QUE LA GENTE APRENDA TODO LO NECESARIO SOBRE EL SIDA.

PUESTO QUE NO CONOCEMOS LO QUE LAS PERSONAS SABEN DEL SIDA, NOS PUEDES AYUDAR RESPONDIENDO A UNAS PREGUNTAS. CUANDO TERMINEMOS TE INDICARE SI SON VERDADERAS O FALSAS,PERO EN PRINCIPIO ME GUSTARIA SABER SI TU LAS CONSIDERAS "VERDADERAS" O "FALSAS".

V=VERDADERO    F=FALSO

NS=NO SABE    NC=NO CONTESTA

V.....F.....NS.....NC

- 1- Si el resultado del test de una persona es positivo,significa que tiene SIDA .....— .....— .....— .....—
- 2- Si se mantienen relaciones sexuales sólo con una pareja,no se puede contagiar con el virus .....— .....— .....— .....—
- 3- No se puede contagiar si se utilizan jeringuillas compradas a un compañero .....— .....— .....— .....—
- 4- Estrechando la mano o tocando a alguien infectado se puede contraer la infección .....— .....— .....— .....—
- 5- Utilizar el preservativo cuando se mantienen relaciones sexuales evita el contagio.....— .....— .....— .....—
- 6- Tu puedes coger el virus dando sangre o plasma.....— .....— .....— .....—
- 7- Una mujer embarazada infectada puede transmitir el virus a su hijo que está por nacer .....— .....— .....— .....—
- 8- Limpiar las jeringuillas con agua es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA .....— .....— .....— .....—
- 9- Se puede coger el virus si se come en un restaurante donde el cocinero tiene SIDA.....— .....— .....— .....—



- 10- Limpiar las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.....— .....— .....— .....—
- 11- Si practico solamente sexo por boca puedo evitar el SIDA.....— .....— .....— .....—
- 12- Se puede contraer el SIDA compartiendo toallas .....— .....— .....— .....—
- 13- Se puede contraer el SIDA si se mantienen relaciones sexuales con un hombre que ha mantenido relaciones con otros hombres .....— .....— .....— .....—
- 14- Al realizar sexo por boca, si se evita la eyaculación se evita el contagio .....— .....— .....— .....—
- 15- El SIDA se puede contraer al masturbar a la pareja .....— .....— .....— .....—
- 16- El virus del SIDA se puede contraer al compartir jeringuillas utilizadas por otra persona .....— .....— .....— .....—
- 17- El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de las "chutas" .....— .....— .....— .....—
- 18- Se puede transmitir este virus al compartir vasos o cubiertos .....— .....— .....— .....—
- 19- El SIDA se contagia si se com-parte diariamente la taza del WC .....— .....— .....— .....—

## HÁBITOS SEXUALES

20. Desde que estás en este centro, ¿cuántas parejas sexuales has tenido?

- ninguna
- 1 pareja
- más de 1 pareja. Número de parejas —

**\*.- SOLO PARA AQUELLOS QUE TIENEN SOLO UNA PAREJA.  
MUESTRA LA TARJETA "B"**

21. De las **tres últimas relaciones sexuales** que has tenido, ¿con qué frecuencia has utilizado un preservativo cuando has practicado sexo por boca, ano o vagina?

\_\_\_\_\_

ENTREVISTADOR:

SI LA RESPUESTA A LA PREGUNTA 21 ES "NUNCA UTILIZA PRESERVATIVOS", NO LEA LA PREGUNTA 22.A, SEÑALE "NA".

SI UTILIZA SIEMPRE PRESERVATIVOS (PREGUNTA 21 = SIEMPRE), NO LEA LA COLUMNA B DE LA PREGUNTA 22.A, SEÑALE "NA".

EN EL RESTO DE LOS CASOS, MUESTRE LA **TARJETA B** Y ANOTE LA LETRA CORRESPONDIENTE BAJO LAS COLUMNAS A Y B.

22. A continuación voy a leerte una serie de prácticas sexuales. De las **últimas tres relaciones sexuales** que has tenido, indícame con qué frecuencia has realizado cada una de ellas señalándolo en la **TARJETA B**.

**22.A. SOLO A MUJERES CON PAREJA**

**HOMBRES.**

	A Con condón 9	B Sin condón 9
NO APLICABLE		
Vaginal (1) Su pene en tu vagina .....	—	—
Oral (2) Su pene en tu boca .....	—	—
Anal (3) Su pene en tu ano .....	—	—
Vaginal (4) Su pene en tu vagina durante tu regla.....	—	—
Oral/vaginal (5) Su boca en tu vagina durante tu regla .....	—	—
Oral/anal (6) Tu boca en su ano .....	—	—
Oral/anal (7) Su boca en Tu ano .....	—	—

PASA A LA PREGUNTA 23.

**22.B. SOLO PARA MUJERES CON PAREJA**

**MUJER**

Oral/vaginal (1) Tu boca en su vagina.....	—	—
Oral/vaginal (2) Su boca en tu vagina .....	—	—
Oral/vaginal (3) Su boca en tu vagina durante tu regla .....	—	—
Oral/vaginal (4) Tu boca en su vagina durante su regla.....	—	—
Oral/anal (5) Tu boca en su ano .....	—	—
Oral/anal (6) Su boca en tu ano .....	—	—

23.A Sabes seguro si tu pareja es portadora de VIH

Si, seguro .....—

No,seguro .....—

No se, no estoy seguro.....—

23.B SOLO PARA SUJETOS QUE RESPONDEN: NO SE, NO ESTOY SEGURO

MI PAREJA ES VIH+

**PROBABLE** ----- **IMPROBABLE**

1 2 3 4 5 6 7

**A MEDIAS**

PASA A LA PREGUNTA 28 (DROGAS)

---

---

\*.- ¡SOLO PARA AQUELLOS CON MAS DE UNA PAREJA¡

24. En estos **tres últimos meses**:

DS NC NA

24a Cuantas de tus parejas han sido mujeres \_\_\_ 7 8 9

24b Cuantas de tus parejas han sido hombres \_\_\_ 7 8 9

24c ¿Cuantas de tus parejas usaban DIV durante este periodo?

SI NO HA TENIDO PAREJAS DE ALGUNO DE LOS DOS SEXOS,SEÑALE "NA"

Hombres \_\_ \_\_ DS NC NA

Mujeres \_\_ \_\_ DS NC NA

PARA LA PREGUNTA 25 SEÑALE LA TARJETA "B".

25. En las **tres últimas relaciones sexuales** ¿Con que **frecuencia** has utilizado el **preservativo** cuando has mantenido sexo oral,anal o vaginal?

.....

ENTREVISTADOR:

SI LA RESPUESTA EN LA PREGUNTA 25 ES "NO UTILIZA PRESERVATIVOS" ("NUNCA"), NO LEA LA PREGUNTA 26 A (con condón).

SI UTILIZA SIEMPRE PRESERVATIVOS ("SIEMPRE"), NO LEA LA COLUMNA 26 B (sin condón), SEÑALE "NA". EN EL RESTO DE LOS CASOS, ANOTE LA LETRA CORRESPONDIENTE BAJO LAS COLUMNAS A Y B.

MUESTRE LA TARJETA "B"

**26.- MUJERES CON PAREJAS  
HOMBRES.**

	A	B
	Con condón	Sin condón
NO APLICABLE	9	9
Vaginal (1) Su pene en tu vagina.	___	___
Oral (2) Su pene en tu boca.	___	___
Anal (3) Su pene en tu ano	___	___
Vaginal (4) Su pene en tu vagina durante tu regla.	___	___
Oral/vaginal (5) Su boca en tu vagina durante tu regla.		___
Oral/anal (6) Tu boca en su ano		___
Oral/anal (7) Su boca en tu ano		___

27.A Sabes si alguna de tus parejas era VIH+ ( portador del virus)

- Si ----- Número -----

- No ----- Número -----

-No se, no estoy seguro ----- Número -----

27.B SOLO PARA SUJETOS QUE RESPONDEN: NO SE, NO ESTOY SEGURO DE ESAS PAREJAS:

ALGUNA ERA VIH+ (PORTADOR)

PROBABLE ----- IMPROBABLE  
 1 2 3 4 5 6 7

A MEDIAS

28. ¿Qué número de relaciones sexuales has mantenido en los últimos 3 meses?

/\_\_/\_/

A continuación voy a realizar una serie de preguntas sobre tus **HABITOS DE CONSUMO DE DROGAS**. Al principio de la encuesta ya hemos comentado que tu información es anónima pero además tiene que ser sincera para que los resultados de la entrevista sean útiles.

29.- Antes de ingresar en el centro consumías... (1=SI consumía; 2=NO consumía)

	SI - NO	Fecha de Inicio
A) Cigarrillos	--	-----
B) Alcohol	--	-----
C) Colas	--	-----
D) Otros inhalantes	--	-----
E) Marihuana o hashish	--	-----
F) LSD / Acido	--	-----
G) Anfetaminas	--	-----
H) Mescalina	--	-----
I) Valium /ansiolitic.	--	-----
J) Rohipnol	--	-----
K) Buprex	--	-----
L) Heroína	--	-----
M) Metadona	--	-----
N) Coca	--	-----
O) Crack	--	-----
P) Otros	--	-----

**COGE LA TARJETA B**

30. ¿Solías compartir jeringuillas? ¿En los tres meses previos a tu ingreso compartiste?.  
Señálame en la TARJETA B, esos últimos tres meses cuantas veces compartiste.

-----

31. ¿Cuándo fue la última vez que usaste la jeringuilla de otra persona?

Fecha -----

32. ¿Cuándo fue la última vez que le prestaste la jeringuilla a otro?

Fecha -----

33. ¿Tienes anticuerpos del SIDA?    SI 1  
  NO 2  
  NO ESTA SEG. 3  
  NO CONTESTA 4  
  N/A 5

34. Desde que ingresaste en prisión, desde ---/ --- /--- :

Has hecho algo para evitar el SIDA:

SI 1  
NO 2  
NC 9

Si contesta afirmativamente: ¿ Qué conductas has realizado?  
¿ Qué has hecho?

(Señala sólo los encabezamientos y preguntas mencionados abiertamente "2")

Ha habido algún otro cambio en (Leer el encabezamiento mencionado y concretar la pregunta, puntuar "2"):

1. Higiene en general
2. Buscar consejo
3. Tipo de pareja
4. Actividad sexual
5. Frecuencia sexual



Después, pregunta el resto de las preguntas pertenecientes al encabezamiento y las que conteste afirmativamente, puntuales "3".

	No mencionado -----	Mencionado abiertamente -----	Leído -----	NA ---
A) No compartir vasos y cubiertos	1	2	3	4
B) He limpiado el ino- doro con lejía	1	2	3	4
C) He buscado consejo de otras compañeras	1	2	3	4
D) He buscado consejo médico	1	2	3	4
E) Ha dejado de tener relaciones sexuales	1	2	3	4
	No mencionado -----	Mencionado abiertamente -----	Leído -----	NA ---
EMBARAZO	1	2	3	4
F) Ha evitado quedar- se embarazada	1	2	3	4
SEXO SEGURO	1	2	3	4
G) Ha utilizado preser- vativo <u>siempre</u> .	1	2	3	4
H) Ha utilizado condo- nes con mayor fre- cuencia	1	2	3	4
I) Ha reducido la fre- cuencia de coito anal (firsting)	1	2	3	4
J) Ha reducido la fre- cuencia de la penetración	1	2	3	4
K) Ha eliminado la pe- netración	1	2	3	4

L) Ha reducido el sexo por boca	1	2	3	4
M) Ha eliminado el sexo por boca	1	2	3	4
N) Ha reducido el sexo anal y otros de riesgo (firsting ....)	1	2	3	4
O) Ha eliminado el sexo anal y otros de riesgo	1	2	3	4

---

TARJETA C

NADA ----- TOTALMENTE  
PROBABLE 1 2 3 4 5 6 7 PROBABLE  
A MEDIAS

---

---

## TARJETA A

### CODIGOS:

**A=Nunca/ Ninguna vez**

**B=Alguna vez al mes**

**C=Aproximadamente 1 vez a la semana**

**D=2-6 veces a la semana**

**E=Aproximadamente 1 vez al día**

**F=2-3 veces al día, casi todos los días**

**G=4 ó más veces al día, casi todos los días**

---

**TARJETA B**

**CODIGOS:**

**A=Siempre**

**B=Más de la mitad del tiempo**

**C=Sobre la mitad del tiempo**

**D=Menos de la mitad del tiempo**

**E=Nunca**

---

**PRESERVATIVO**

**FACIL DE CONSEGUIR**    -----    **DIFICIL DE CONSEGUIR**  
1    2    3    4    5    6    7  
**A MEDIAS**

**PRESERVATIVO**

**INCOMODO**    -----    **COMODO**  
1    2    3    4    5    6    7  
**A MEDIAS**

## TOMA TARJETA D

### EFICACIA

- 1- Soy capaz de utilizar un preservativo, aun cuando mi pareja lo considere ridículo. -----
  - 2- Soy capaz de utilizar un preservativo, aun cuando mi pareja me diga que pierde placer. -----
  - 3- Soy capaz de pedirle a mi pareja que use el preservativo. -----
  - 4- Soy capaz de preguntarle a mi pareja si es portador/a -----
  - 5- Soy capaz de utilizar preservativo siempre -----
  - 6- Soy capaz de renunciar a la penetración si no puedo utilizar el preservativo -----
  - 7- Soy capaz de renunciar a la relación si no puedo utilizar un preservativo -----
  - 8- Soy capaz si no tengo preservativo, de renunciar a una relación sexual aun teniendo muchos deseos de hacerlo -----
  - 9- Si no tengo preservativo soy capaz de renunciar a una relación aun cuando mi pareja me insista -----
  - 10- Si no tengo preservativo, soy capaz de renunciar a una relación aun cuando mi pareja se enfade -----
  - 11- Soy capaz de evitar relaciones sexuales con personas que no conozco intimamente. -----
-

---

TARJETA D

CAPAZ DE  
HACERLO

1

2

3

4

5

6

7

INCAPAZ DE  
HACERLO

A MEDIAS

---



Dime el nombre de 4 personas importantes para tí:

TIPO DE RELACION

A -----

B-----

C -----

D -----

(Colocar en posición D la pareja con quien tiene la mayoría de bis a bis)

## EJEMPLO DE PRUEBA

X) -----

**PIENSA QUE DEBO TRABAJAR EN UN  
EMPLEO FIJO**

PROBABLE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	IMPROBABLE
QUE LO	1	2	3	4	5	6	7			QUE LO PIENSA
PIENSA				A MEDIAS						

A) -----

**PIENSA QUE DEBO  
UTILIZAR PRESERVATIVO  
SI REALIZO UNA PENETRA-  
CION CON ALGUIEN DESCONO-  
CIDO**

PROBABLE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	IMPROBABLE
QUE LO	1	2	3	4	5	6	7			QUE LO PIENSA
PIENSA				A MEDIAS						

A) -----

CREO QUE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	CREO QUE NO
DEBO HACER	1	2	3	4	5	6	7			DEBO HACER
LO QUE				A MEDIAS						LO QUE PIENSA
PIENSA										

B) -----

**PIENSA QUE DEBO  
UTILIZAR PRESERVATIVO  
SI REALIZO UNA PENETRA-  
CION CON ALGUIEN DESCONO-  
CIDO**

PROBABLE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	IMPROBABLE
QUE LO	1	2	3	4	5	6	7			QUE LO PIENSA
PIENSA				A MEDIAS						

B) -----

CREO QUE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	CREO QUE NO
DEBO HACER	1	2	3	4	5	6	7	DEBO HACER LO
LO QUE				A MEDIAS				QUE PIENSA
PIENSA								

C) -----

**PIENSA QUE DEBO  
UTILIZAR PRESERVATIVO  
SI REALIZO UNA PENETRA-  
CION CON ALGUIEN DESCONO-  
CIDO**

PROBABLE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	IMPROBABLE
QUE LO	1	2	3	4	5	6	7	QUE LO PIENSA
PIENSA				A MEDIAS				

C) -----

CREO QUE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	CREO QUE NO
DEBO HACER	1	2	3	4	5	6	7	DEBO HACER
LO QUE				A MEDIAS				LO QUE PIENSA
PIENSA								

D) -----

**PIENSA QUE DEBO  
UTILIZAR PRESERVATIVO  
SI REALIZO UNA PENETRA-  
CION CON ALGUIEN DESCONO-  
CIDO**

PROBABLE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	IMPROBABLE
QUE LO	1	2	3	4	5	6	7	QUE LO PIENSA
PIENSA				A MEDIAS				

D) -----

CREO QUE	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	CREO QUE NO
DEBO HACER	1	2	3	4	5	6	7	DEBO HACER
LO QUE				A MEDIAS				LO QUE PIENSA
PIENSA								

**CONSECUENCIAS - SUSCEPTIBILIDAD**

**SI LOS DEMAS UTILIZAN EL PRESERVATIVO EVITARAN EL CONTAGIO**

PROBABLE -----IMPROBABLE  
1 2 3 4 5 6 7  
A MEDIAS

---

**ACTITUD  
(TARJETA E)**

MUY BASTANTE A POCO NADA  
IMPORTANTE IMPORTANTE MEDIAS IMPORTANTE. IMPORTANTE.

---

1 2 3 4 5 6 7

---

**(TARJETA F)**

PROBABLE

---

1 2 3 4 5 6 7

IMPROBABLE

A MEDIAS

## INTENCION

A continuación voy a leer una serie de acciones, por favor indícame señalando en la TARJETA C la probabilidad de que realices cada una de ellas, a lo largo del próximo mes.

	Puntuación -----	NA -----	NC -----
¿En que medida piensas que...			
1.Utilizarás el preservativo siempre	—	—	—
2.Reducirás la frecuencia de penetración	—	—	—
3.Reducirás la frecuencia de sexo por boca	—	—	—
4.Dejarás de mantener relaciones sexuales	—	—	—
5.Siempre llevarás contigo un preservativo	—	—	—
6.Evitarás quedarte embarazada	—	—	—
<b>SOLO EX AVDP</b>			
7.Te mantendrás sin consumir heroína toda tu vida	—	—	—
8.Te mantendrás sin consumir cocaína toda tu vida	—	—	—
9.Reducirás tus relaciones con ADVP	—	—	—

---

TARJETA C

PROBABLE ----- IMPROBABLE  
1 2 3 4 5 6 7  
A MEDIAS

---

---

ACTITUD  
(TARJETA E)

BUENO      -----      MALO  
          1      2      3      4      5      6      7  
                        A MEDIAS

---



**NORMA SUBJETIVA (CONSECUENCIAS) TARJETA C  
Y ACTITUD (TARJETA E)**

	Consecuencia	Actitud	NA	NC
1. Si utilizo preservativo <u>haré el ridículo</u>	----	---	---	---
2. Si utilizo el preservativo <u> puedo perder la erección</u>	----	---	---	---
3. Si utilizo el preservativo <u>mi pareja pensará que tengo la infección</u>	----	---	---	---
4. Si utilizo el preservativo <u>mi pareja pensará que no me fio de él/ella</u>	----	---	---	---
5. Si utilizo preservativo <u>me quitaré placer sexual</u>	----	---	---	---
6. Si utilizo preservativo <u> puedo estropear la situación</u>	----	---	---	---
7. Si pienso en las practicas <u>de riesgo no puedo disfrutar</u>	----	---	---	---
8. El preservativo me <u>impide dejarme llevar</u>	----	---	---	---
9. Utilizar el preservativo <u>condiciona mi libertad</u>	----	---	---	---
10. Utilizar el preservativo <u>quita encanto a la situación</u>	----	---	---	---
<b>PARA VIH+ (Percibido)</b>				
11. Si utilizo el preservativo <u>evitaré la reinfección</u>	----	---	---	---
12. Si utilizo el preservativo <u>evitaré infectar a mi pareja</u>	----	---	---	---
13. Si utilizo el preservativo <u>evitaré el embarazo</u>	----	---	---	---

## ANEXE III

### 1.- PREGUNTAS PARA LA DISCUSIÓN EN LOS FOROS COMUNITARIOS.

Los miembros del Taller de Salud hemos organizado esta reunión para conocer vuestras opiniones acerca de cómo luchar contra el SIDA desde el medio penitenciario. Nos gustaría que antes de recoger vuestras propuestas, debatiéramos un tiempo acerca de estas cuestiones:

1.1.- ¿Creéis que las personas que estamos aquí en prisión, somos conscientes de que debemos cuidarnos por nosotros mismos en relación al SIDA, antes que esperar que los demás (la dirección, los médicos...) nos solucionen las cosas? ¿La gente se cuida aquí dentro en relación al SIDA?

1.2.- ¿Pensáis que las personas que estamos aquí dentro somos “responsables” o “irresponsables” en relación a transmitir la infección por el VIH a otras personas o en evitar que nos lo transmitan a nosotros/as mismos/as? ¿Se toman precauciones para evitar nuevas infecciones o reinfecciones por el VIH? Tenemos o no respeto respecto a nuestra salud y a la de los demás.

1.3.- Seguidamente en los papeles que se os han repartido podéis ir anotando las propuestas para contestar a la pregunta que nos ha reunido hoy aquí: ¿Cómo luchar contra el SIDA desde el Medio Penitenciario?

### 2.- CUESTIONES PARA LA ELABORACIÓN DE EVALUACIÓN Y LAS CONCLUSIONES POR PARTE DEL TALLER DE SALUD.

2.1.- Después de la puesta en común, ¿Qué propuestas destacarías como más importantes de cada apartado, (en función a quien van dirigidas y según el tema)?

2.2.- Piensas que estas propuestas reflejan la opinión generalizada, lo que se habla y se dice en los patios...¿Qué cosas se comentan en los patios en relación al tema y no han aparecido reflejadas en las propuestas?

2.3.- “El Juego del Más Allá”: vamos a imaginar un sueño: ¿Cómo te imaginas la situación ideal para luchar contra el SIDA dentro de la prisión? ¿Qué haría la administración, los profesionales, los internos/as, los familiares, el resto de sociedad...?

2.4.- Después de ponerlo en común, ¿qué propuestas de ese mundo imaginario te parecen más necesario, urgente y posible de realizar?

2.5.- ¿Cómo piensas que podríamos difundir todas estas propuestas y nuestra reflexión final para que haga orejas quien corresponda (internos/as, profesionales, administración, sociedad...)?

**A.- OPINIÓN DE LAS INTERNAS ACERCA DE UN FUTURO PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA DIRIGIDO A MUJERES EN EL MEDIO PENITENCIARIO.**

1.- ¿QUE PERSONA PREFERIRIAS QUE TE INFORMASE SOBRE EL SIDA?  
(Ordena de mayor a menor)

- MEDICO/A

- ATS

- MAESTRO/A

- EDUCADOR/A

- ALGUNA COMPAÑERA ENTRENADA PARA DAR ESA INFORMACION

- OTRA PERSONA: .....

2.- ¿CUAL DE ESTOS ASPECTOS TE INTERESARIA MAS CONOCER SOBRE EL SIDA? (Ordena de mayor a menor en cada uno de los grupos de frases)

2.1.- INFORMACIÓN:

i - CONOCER COMO SE PUEDE CONTAGIAR Y COMO EVITAR CONTAGIARLO.

i - CONOCER COMO PUEDE CUIDARSE UNA PERSONA CON ANTICUERPOS DEL SIDA.

i - CONOCER LAS DIFERENCIAS ENTRE "NO TENER ANTICUERPOS DEL SIDA", "TENER ANTICUERPOS DEL SIDA" Y "TENER EL SIDA".

i - CONOCER COMO ACTUA EL VIRUS DEL SIDA EN NUESTRO CUERPO Y QUE EFECTOS PRODUCE.

i - CONOCER COMO UNA MUJER EMBARAZADA PUEDE PASAR EL VIRUS A SU FUTURO HIJO.

i - SABER QUE PASA CON LOS NIÑOS QUE HAN COGIDO EL SIDA.

## 2.2.- HABILIDADES

h - SABER COMO CONVENCER A MI PAREJA PARA QUE SE PONGA UN CONDON.

h - SABER COMO COLOCAR CON LA BOCA UN CONDON A MI PAREJA SIN QUE SE DE CUENTA.

h - CONOCER COMO TENGO QUE DESINFECTAR UN OBJETO CORTANTE PARA ELIMINAR EL VIUS DEL SIDA.

## 2.3.- MÉTODOS

a - DISCUTIR EN GRUPO SOBRE LAS DIFICULTADES EN PRACTICAR LAS COSAS QUE EVITAN EL SIDA.

a - RECIBIR INFORMACION POR ESCRITO Y CON DIBUJOS (FOLLETOS, LIBRITOS, POSTERS...) SOBRE EL SIDA.

a - HACER CARTELES O PROPAGANDA PARA DECIR A LA GENTE QUE ES Y COMO SE TRANSMITE EL SIDA.

a - VER ALGUNA PELICULA O LEER UNA NOTICIA SOBRE EL RECHAZO HACIA LAS PERSONAS CON SIDA Y COMENTARLO EN GRUPO.

a - COMUNICAR EXPERIENCIAS PERSONALES EN GRUPO QUE ME AYUDEN NO CONTAGIARME Y A NO CONTAGIAR A OTROS.

**B.- OPINIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD, DIRECTIVOS Y EXPEROS EN PROMOCIÓN DE SALUD Y INFECCIÓN POR VIH/SIDA ACERCA DE UN FUTURO PROGRAMA EDUCATIVO PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA DIRIGIDO A MUJERES EN EL MEDIO PENITENCIARIO.**

Queremos conocer tu opinión para ver qué características debería tener un hipotético Programa de Educación para la Salud para la prevención y control del SIDA, dirigido a las internas penadas (que están cumpliendo condena después de efectuarse el juicio) del Centro de Cumplimiento de Valencia. Los ítems de esta encuesta se han formulado a partir de entrevistas realizadas a dos profesionales de la salud del centro, la subdirectora médica, el director y a dos grupos de internas.

**0.1.- QUÉ TITULACIÓN PROFESIONAL (MÉDICO/A, PSICÓLOGO/A, TRABAJO SOCIAL, ETC..) TIENES? .....**

**0.2.- DENOMINACIÓN DEL PUESTO DE TRABAJO QUE OCUPAS ACTUALMENTE.....**

**0.3.- NÚMERO DE AÑOS QUE LLEVAS TRABAJANDO EN EL CAMPO DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD (O EDUCACIÓN PARA LA SALUD) o bien EN EL MEDIO PENITENCIARIO.....**

**¿QUÉ CARACTERÍSTICAS PIENSAS QUE DEBERÍA TENER UN PROGRAMA COMO ESTE?**

De cada aspecto del programa tienes unos ítems que debes ordenar de mayor a menor según pienses que tienen mayor o menor importancia, cada ítem es independiente de los otros. Pon un número dentro de cada recuadro, con el número "1" puntuaras al ítem que consideres más importante, con el "2" al segundo y así sucesivamente. siempre tienes la posibilidad de añadir uno o más ítems que tu consideres interesantes y no están en la encuesta; si añades algún ítem, obviamente, puntúalo también. Gracias y ánimo.

**1.- ¿QUÉ PROFESIONALES PIENSAS QUE DEBERÍAN LLEVAR A CABO EL PROGRAMA?**

1.1 MEDICO Y ATS.

1.2 MEDICO, ATS Y PSICÓLOGO (SI EL PROGRAMA INCLUYE ESTOS ASPECTOS).

1.3 PROFESIONALES DEL EQUIPO SANITARIO Y EDUCATIVO (PROFESORES) QUE VOLUNTARIAMENTE QUIERAN PARTICIPAR.

1.4 EQUIPO MULTIDISCIPLINAR DONDE PUDIERAN ESTAR PROFESIONALES DEL AREA SANITARIA, EDUCATIVA, DE TRATAMIENTO Y FUNCIONARIOS.

1.5 OTROS:.....

**2.- ORDENA DE MAYOR A MENOR SEGÚN LA INFLUENCIA QUE PIENSAS DEBE DE TENER CADA PROFESIONAL A LA HORA DE DESARROLLAR EL PROGRAMA.**

2.1 MEDICO/A

2.2 ATS

2.3 MAESTRO/A

2.4 EDUCADOR/A DEL CENTRO PENITENCIARIO

2.5 ALGUNA INTERNA ENTRENADA PARA DAR ESA INFORMACION

2.6 OTRO PROFESIONAL U OTRAS PERSONAS: .....

**3.- CUESTIONES SOBRE LA FORMA DE IMPLANTACIÓN (ORDENA DE MAYOR A MENOR IMPORTANCIA):**

3.1 ES NECESARIO CUIDAR LA FASE PREVIA A LA PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA, PARA TENER EN CUENTA ASPECTOS COMO LA PUBLICIDAD Y LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES QUE VAN A INTERVENIR.

3.2 EL PROGRAMA TENDRÍA UNA PRIMERA FASE DE ACCIÓN MAS DIRECTA SOBRE LAS INTERNAS Y UNA SEGUNDA FASE DE

INCORPORACIÓN DE CONTENIDOS DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD EN CADA AREA ESPECIFICA DEL CENTRO: SANITARIA, EDUCATIVA, DE TRATAMIENTO, FUNCIONARIADO, ETC.

3.3 ES IMPORTANTE CONSIDERAR EN LA IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA LA ROTACIÓN DE LOS INTERNOS Y LA PERDIDA DE ESTOS POR CONDUCCIONES A OTROS CENTROS.

3.4 SE DEBERÍA FAVORECER AL MAXIMO LA PARTICIPACIÓN DE LOS INTERNOS EN TODO EL DESARROLLO DEL PROGRAMA.

3.5 HABRÍA QUE ADAPTARSE AL HORARIO DEL MODULO PARA FAVORECER LA ACCESIBILIDAD AL PROGRAMA.

3.6 .....

**4.- NÚMERO DE SESIONES, DURACIÓN Y PARTICIPANTES POR SESIÓN (ORDENA DE MAYOR A MENOR):**

4.1 EN 2 O 3 SESIONES DE GRUPOS PEQUEÑOS (DE 15-20 PERSONAS COMO MÁXIMO).

4.2 EN UNA PRIMERA PARTE EN GRAN GRUPO Y EN UNA SEGUNDA PARTE EN GRUPOS REDUCIDOS DE INTERNOS VOLUNTARIOS.

4.3 EN VARIAS SESIONES (4 O 5), CON POCO TIEMPO.ENTRE ELLAS Y ABIERTAS A TODO EL MÓDULO.

4.4 EL NÚMERO DE SESIONES ESTARÁ EN FUNCIÓN DE LOS CONTENIDOS Y DEL GRUPO DE INTERNOS A QUIEN VAYA DIRIGIDO.

4.5 SERÍA INTERESANTE QUE LAS SESIONES NO ESTUVIERAN EXCESIVAMENTE JUNTAS EN EL TIEMPO.

4.6 CADA SESION DEBERÍA DURAR 45 MINUTOS MÁXIMO.

4.7 .....

## **5.- CONTENIDOS DEL PROGRAMA EN GENERAL:**

5.1 ADAPTARLOS A LOS PROFESIONALES QUE VAN A LLEVARLO A CABO Y AL TIPO DE INTERNAS A LOS QUE VAN DIRIGIDOS.

5.2 ES IMPORTANTE QUE HAYA UN ESPACIO DE TIEMPO GRANDE EN CADA SESION PARA ACLARAR DUDAS Y PREGUNTAS.

5.3 SE DEBERÍAN CONSIDERAR CONTENIDOS ESPECIALMENTE DIRIGIDOS PARA LAS PERSONAS QUE INGRESAN EN EL CENTRO.

5.4 .....

<p><b>¿QUÉ CONTENIDOS CONCRETOS CONSIDERAS QUE SE DEBERÍAN DESARROLLAR? (ORDENA COMO ANTES DE MAYOR A MENOR IMPORTANCIA EN CADA UNO DE LOS APARTADOS, 6, 7 Y 8)</b></p>
---

## **6.- INFORMACIÓN:**

i - CONOCER COMO SE PUEDE CONTAGIAR Y COMO EVITAR CONTAGIARLO.

i - CONOCER COMO PUEDE CUIDARSE UNA PERSONA CON ANTICUERPOS DEL SIDA.

i - CONOCER LAS DIFERENCIAS ENTRE "NO TENER ANTICUERPOS DEL SIDA", "TENER ANTICUERPOS DEL SIDA" Y "TENER EL SIDA".

i - CONOCER COMO ACTUA EL VIRUS DEL SIDA EN NUESTRO CUERPO Y QUE EFECTOS PRODUCE.

i - CONOCER COMO UNA MUJER EMBARAZADA PUEDE PASAR EL VIRUS A SU FUTURO HIJO.

i - SABER QUE PASA CON LOS NIÑOS QUE HAN COGIDO EL SIDA.

i - .....



## **7.- HABILIDADES**

h - SABER COMO CONVENCER A MI PAREJA PARA QUE SE PONGA UN CONDON.

h - SABER COMO COLOCAR CON LA BOCA UN CONDON A MI PAREJA SIN QUE SE DE CUENTA.

h - CONOCER COMO TENGO QUE DESINFECTAR UN OBJETO CORTANTE PARA ELIMINAR EL VIUS DEL SIDA.

h.- .....

## **8.- MÉTODOS**

a - DISCUTIR EN GRUPO SOBRE LAS DIFICULTADES EN PRACTICAR LAS COSAS QUE EVITAN EL SIDA.

a - RECIBIR INFORMACION POR ESCRITO Y CON DIBUJOS (FOLLETOS, LIBRITOS, POSTERS...) SOBRE EL SIDA.

a - HACER CARTELES O PROPAGANDA PARA DECIR A LA GENTE QUE ES Y COMO SE TRANSMITE EL SIDA.

a - VER ALGUNA PELICULA O LEER UNA NOTICIA SOBRE EL RECHAZO HACIA LAS PERSONAS CON SIDA Y COMENTARLO EN GRUPO.

a - COMUNICAR EXPERIENCIAS PERSONALES EN GRUPO QUE ME AYUDEN NO CONTAGIARME Y A NO CONTAGIAR A OTROS.

a - .....

**9.- RELACION DEL PROGRAMA CON EL TRABAJO HABITUAL DE LOS PROFESIONALES DEL CENTRO (ORDENA DE MAYOR A MENOR):**

9.1 EL PROGRAMA SE DESARROLLARÁ DENTRO DEL HORARIO HABITUAL Y DESCARGANDO DE OTRAS TAREAS A LOS PROFESIONALES QUE PARTICIPEN EN EL.

9.2 HABRÁ FLEXIBILIDAD HORARIA PARA LLEVARLO A CABO DENTRO O FUERA DEL HORARIO HABITUAL. LO DECIDIRAN LOS PROFESIONALES QUE VAN A INTERVENIR.(SIEMPRE SE INCENTIVARIA SI SE HICIERAN HORAS FUERA DE LA JORNADA NORMAL)

9.3 SE PODRÍAN INCORPORAR OTROS PROFESIONALES DE FUERA DEL CENTRO.

9.4 UN PROGRAMA DE ESTAS CARACTERISTICAS NO DEBERÍASOBRECARGAR EXCESIVAMENTE EL TRABAJO HABITUAL COMO PROFESIONAL DEL CENTRO.

9.5 LAS SESIONES DEBERÍAN HACERSE FUERA DEL HORARIO DE JORNADA LABORAL (DE 8 A 15.00 HS.), LOS PROFESIONALES RECIBIRÍAN ALGUN TIPO DE INCENTIVO (P.E. DIAS DE LIBRANZA).

9.6 .....

**10.- ALGUNA OBSERVACION O SUGERENCIA QUE QUIERAS APORTAR:**

Muchas gracias por tu colaboración.

ANEXE V

**TALLER DE**

n°

Lugar:

Fecha:

Hoja

OBJETIVOS	ACTIVIDAD	DESARROLLO	TIEMPO	MATERIAL	OBSERVACIONES

## ANEXE VI

### PROGRAMA LLUNA

### CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

---

Te vamos a hacer una serie de preguntas relacionadas con el tema del Taller. Lo que nos digas es totalmente secreto y confidencial y la información obtenida será utilizada únicamente para evaluar con carácter científico las actividades que vamos a realizar.

0. Edición            1 1995  
                          2 1996

1. Cuestionario      1 Pre  
                          2 Post1  
                          3 Post2

2. Número de cuestionario: \_\_\_\_\_

3. Pon las dos primeras letras de tus apellidos

Primer Apellido \_\_\_\_\_

Segundo Apellido \_\_\_\_\_

4. Fecha entrevista    \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

5. Fecha de Nacimiento    \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

6. Edad (en años)    \_\_\_\_

7. Sexo: 1 Hombre    2 Mujer    3 Varón transexual

**Datos sociodemográficos**

8. Estado:
- 1. Soltero/a
  - 2. Casado/a
  - 3. Pareja sin casar
  - 4. Separado/o o Divorciado/a
  - 5. Viudo/a
  - 6. Otros: especificar \_\_\_\_\_

9. ¿A qué edad ingresaste por primera vez en prisión? /\_\_/\_\_/ años.

10. ¿A lo largo de tu vida, cuanto tiempo efectivo has pasado en prisión?

/\_\_/\_\_/ meses

11. ¿Años (en meses) que calculas, aproximadamente, te quedan en prisión?

/\_\_/\_\_/ meses

12. ¿Cuanto tiempo (en meses) llevas ingresado/a en este centro? /\_\_/\_\_/

**Relaciones Sexuales**

13. Desde que estás en este centro, ¿cuántas parejas sexuales has tenido. Señala con un círculo la respuesta que consideres:

- 1. Ninguna pareja
- 2. Una pareja
- 3. Más de una pareja. Número de parejas /\_\_/\_\_/

14. ¿Qué número de relaciones sexuales has mantenido en los últimos tres meses?

- 1. En los "vis a vis" /\_\_/\_\_/
- 2. Fuera de los "vis a vis" /\_\_/\_\_/
- 3. Total /\_\_/\_\_/

15. ¿Cuántos meses llevas comunicando con la pareja con la que has mantenido el último "vis a vis"?

/\_\_/\_\_/ meses

16. Piensa en los últimos tres contactos sexuales en los que hayas practicado el coito o la penetración. ¿Cuántas veces has usado el preservativo?. Señala con un círculo la respuesta que consideres.

1. Siempre
2. Más de la mitad de las veces
3. La mitad de las veces
4. Menos de la mitad
5. Nunca

17. ¿Solías compartir jeringuillas antes de ingresar al centro? Señala con un círculo la respuesta que consideres.

1. Siempre
2. Más de la mitad de las veces
3. La mitad de las veces
4. Menos de la mitad
5. Nunca

18. En estos últimos tres meses, ¿cuántas veces has compartido jeringuillas o material de inyección sin desinfectar con lejía?

Número de veces: \_\_\_\_\_

### **Seropositividad al VIH**

19. ¿Sabes seguro si tu pareja actual es portadora de VIH? Señala con un círculo la respuesta que consideres.

1. Si, es VIH positiva
2. No, es VIH negativa
3. No sé, no estoy seguro/a

20. ¿Tienes anticuerpos del VIH/SIDA? Señala con un círculo la respuesta que consideres.

1. Si
2. No
3. No estoy seguro/a
4. No contesto

**21. Tienes o tendrías algún inconveniente en utilizar el preservativo? Señala con un círculo la respuesta que consideres.**

- 1. Muchos inconvenientes**
- 2. Bastantes inconvenientes**
- 3. Algunos inconvenientes**
- 4. Pocos inconvenientes**
- 5. Ningún inconveniente**

**22. Tu pareja actual, tiene o tendría algún inconveniente en utilizar el preservativo? Señala con un círculo la respuesta que consideres.**

- 1. Muchos inconvenientes**
- 2. Bastantes inconvenientes**
- 3. Algunos inconvenientes**
- 4. Pocos inconvenientes**
- 5. Ningún inconveniente**

**23. ¿Has hablado del tema (usar el preservativo) con tu pareja?**

- 1. SI**
- 2. NO**

## Información acerca de la infección por VIH/SIDA

Responde si estas frases te parecen verdaderas o falsas, señalando la respuesta con una X en la casilla correspondiente.

Frases	Verdadero	Falso	¿?
1. Una persona desarrolla SIDA, porque su sistema de defensa no funciona y no puede luchar contra algunas enfermedades. (1996)			
2. Una persona infectada por el virus del SIDA pero que no tiene síntomas de la enfermedad, nunca puede transmitir la infección. (1996)			
3. El virus del SIDA sólo está presente en la sangre de las personas infectadas. (1996)			
4. Si una mujer infectada por el virus del SIDA queda embarazada, su hijo puede nacer infectado.			
5. El SIDA es una enfermedad de transmisión sexual y tanto hombres como mujeres pueden transmitirla.			
6. Para evitar infectarse por el virus del SIDA, los toxicómanos deberían usar preservativos y no compartir jeringas ni agujas.(1996)			
7. Utilizar correctamente el preservativo o condón es la mejor manera de prevenir la infección por el VIH a través de las relaciones sexuales.			
8. Cualquier método anticonceptivo (píldora, preservativo, diafragma...) es eficaz para prevenir la infección por el VIH durante las relaciones sexuales.(1996)			
9. Si se mantienen relaciones sexuales sólo con una pareja, no se puede contraer el virus.			
10. Limpiar las jeringuillas con agua es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.			
11. Si ya tienes anticuerpos del virus ya no es necesario usar preservativo ni utilizar jeringuillas de uso personal.			
12. Limpiar suficientemente las jeringuillas con lejía es un medio eficaz para eliminar el virus del SIDA.			
13. Si los dos son portadores del virus del SIDA al practicar sexo con penetración y sin preservativo se perjudican ambos.			
14. Si se realiza sexo por boca sin eyaculación no hay ningún riesgo de contagio.			
15. El SIDA se puede contraer al masturbar a la pareja.			
16. El virus del SIDA se puede contraer al compartir jeringuillas y agujas utilizadas por otra persona.			
17. El SIDA se puede contagiar al compartir el agua de preparar las "chutas".			
18. Si estoy infectado ya da igual que comparta jeringuillas con otros compañeros que también lo están.			



**Percepción de Riesgo**

Responde marcando con un círculo o con una X el número que mejor refleje tu respuesta.

**PR 1. Si USAS preservativos, ¿qué riesgo crees que tienes de “pillar” el virus del SIDA?**

0-----1-----2-----3-----4  
Ningún Riesgo Máximo Riesgo

**PR 2. Si NO USAS preservativos, ¿qué riesgo crees que tienes de “pillar” el virus del SIDA?**

0-----1-----2-----3-----4  
Ningún Riesgo Máximo Riesgo

**PR 3. Si, siendo ya portador/a de VIH/SIDA, mantienes relaciones sexuales con penetración sin preservativo o compartes material de inyección sin desinfectar... ¿qué riesgo crees que tienes de desarrollar la enfermedad del SIDA?**

0-----1-----2-----3-----4  
Ningún Riesgo Máximo Riesgo

**Percepción de Gravedad**

Responde marcando con un círculo o con una X el número que mejor refleje tu respuesta.

**PG 1. Valora según la escala, lo grave que te parecería “pillar” el virus del SIDA en este momento (si ya eres portador/a imagina que no lo seas).**

0-----1-----2-----3-----4  
Nada Grave Muy Grave

**PG 2. Valora según la escala, lo grave que te parecería si siendo ya seropositivo/a, vuelves al “pillar” el virus en posteriores ocasiones (si no eres portador/a imagina que lo seas).**

0-----1-----2-----3-----4  
Nada Grave Muy Grave

## **Norma subjetiva**

**NS1. Señala con un círculo el número aproximado de compañeros/as de tu módulo que utilizan preservativos:**

0      1      2      3      4      5      6 o más      No lo sé

**NS2. Valora del 1 al 6, la opinión que tienen tus compañeros/as de tu módulo sobre el preservativo. Señala con un círculo la respuesta que consideres.**

0. No lo se
1. Totalmente desfavorable
2. Bastante desfavorable
3. Desfavorable
4. Favorable
5. Bastante favorable
6. Totalmente favorable

**NS3. Señala el grado de importancia que tiene para ti la opinión de tus mejores compañeros/as respecto al uso del preservativo.**

1. Nada importante
2. Poco importante
3. Algo importante
4. Importante
5. Bastante importante
6. Muy importante

**NS4. Valora del 1 al 6, la opinión que tiene tu pareja actual (con la que comunicas vis a vis) sobre que utilicéis el preservativo en vuestras relaciones. Señala con un círculo la respuesta que consideres.**

0. No lo se
1. Totalmente desfavorable
2. Bastante desfavorable
3. Desfavorable
4. Favorable
5. Bastante favorable
6. Totalmente favorable

**NS5. Señala el grado de importancia que tiene para ti la opinión de tu pareja actual respecto a que utilicéis el preservativo.**

1. Nada importante
2. Poco importante
3. Algo importante
4. Importante
5. Bastante importante
6. Muy importante

**Información sobre el uso correcto del preservativo.**

Nos gustaría conocer si estas frases las consideras verdaderas o falsas.

Para usar bien el preservativo es necesario:	Respuesta		Ns/Nc
	Verdadera	Falsa	
1.- Colocarlo antes de la erección			
2.- Colocarlo cuando el pene está en erección.			
3.- Colocarlo justo en el momento de la eyaculación.			
4.- Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado.			
5.- Mirar la fecha de caducidad.			
6.- No "manosearlo" hasta su colocación.			
7.- Sujetar el condón por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación.			
8.- Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el condón sujetándolo por los bordes.			

**Percepción de estar bien informado/a**

¿Piensas que estás bien informado/a sobre como puedes "pillar" el virus del SIDA?

1. SI
2. NO

## TALLER SEXO MÁS SEGURO: 1ª SESIÓN \*1\*

TIEMPO	CONTENIDO	OBJETIVOS	TÉCNICA O ACTIVIDAD	MATERIALES
20'	Presentación y explicación de los contenidos y objetivos del taller.	Conocer nombres y las expectativas hacia el taller.	“La tienda”: El taller sería como una tienda donde cada uno viene buscando algo y a cambio dejan algo en la tienda.	Papelógrafo o carteles grandes.
45'	Pase de los cuestionarios.	Evaluación. Línea base	Cuestionario	Cuestionarios elaborados. (*)
20'	Información básica sobre el VIH.	Ofrecer una información clara y comprensible sobre VIH.	Audiovisual y comentarios.	Alternativa TV, vídeos: “Las 7 respuestas claves del SIDA”
35'	“Tengamos las cosas claras”.	Aclaración de conceptos básicos. Incidir es aspectos importantes:  Reinfección.  Alimentación, higiene, deporte.  Toma de Hos.	“Juego de los secretos”: Cada participante escribe en un papel algo que no sabe, le preocupa, etc, sobre el VIH/SIDA: Se doblan los papeles y se meten en una caja. Divididos en pequeños grupos, cada grupo coge un nº de papelitos. Damos un tiempo para que den solución.	Papeles y bolis (los monitores introducirán algunas preguntas claves: reinfección, Probabilidad de contagio en un práctica.

## TALLER SEXO MÁS SEGURO: 1ª SESIÓN \*2\*

TIEMPO	CONTENIDO	OBJETIVOS	TÉCNICA O ACTIVIDAD	MATERIALES
15'	DESCANSO			
35'	Prácticas de riesgo: Prácticas seguras vía sangre	Que identifiquen y conozcan los comportamientos de riesgo y los seguros. "Cómo hacer seguro lo inseguro".	Rompecabezas. Tarjetas de las distintas prácticas y posterior explicación. Tormenta de ideas: Prácticas seguras y no seguras. Cómo hacer seguro lo inseguro. "Demostraciones de desinfección y alternativas de consumo seguro".	Tarjetas plastificadas. Papelógrafo o carteles. Jeringas, biletos, legía.
10'	Resumen	Revisión de los carteles realizados. Valoración subjetiva de la sesión. Introducción de la 2ª sesión y emplazamiento.		

## TALLER SEXO MÁS SEGURO: 2ª SESIÓN \*1\*

TIEMPO	CONTENIDO	OBJETIVOS	TÉCNICA O ACTIVIDAD	MATERIALES
15'	CALENTAMIENTO	DINAMIZAR	Juego: "EL NUDO"	LOS PARTICIPANTES
30'	<p>¿Qué es el SEXO SEGURO?</p> <p>Prácticas sexuales inseguras: "La queja".</p> <p>Prácticas sexuales seguras: "La sorpresa".</p>	<p>Ver el sexo seguro no como una limitación, sino como una opción de placer.</p> <p>Descubrir la sexualidad como algo más amplio.</p> <p>Identificar prácticas sexuales de riesgo y seguras.</p>	<p>Pregunta. "¿Cómo ha afectado el VIH a tu vida sexual?"</p> <p>Damos 1' para pensarlo y pedimos que lo comuniquen.</p> <p>Lluvia de ideas: Prácticas seguras Prácticas inseguras "Por grupos ordenalas de mayor a menor riesgo".</p>	Papelógrafo o carteles y rotuladores
45'	<p>"¿Cómo hacer seguro lo inseguro": Preservativo.</p> <p>Medidas o trucos de prevención</p>	<p>Conocer las medidas preventivas de transmisión por vía sexual.</p> <p>Romper mitos relacionados con el preservativo.</p> <p>Conocer su correcto uso.</p>	<p>1. Lluvia de ideas: Inconvenientes del preservativo</p> <p>Ventajas del preservativo</p> <p>2. Demostraciones para demontar los inconvenientes: Tamaño, resistencia, sensibilidad...</p> <p>3. Prácticas de colocación. Uso correcto. Juego: "La radio".</p>	<p>Papelógrafo</p> <p>Preservativos</p> <p>Maquetas penes</p>

## TALLER SEXO MÁS SEGURO: 2ª SESIÓN \*2\*

TIEMPO	CONTENIDO	OBJETIVOS	TÉCNICA O ACTIVIDAD	MATERIALES
20'	DESCANSO			
90'	<p>Negociación del sexo más seguro:</p> <p>Cuándo plantearlo.</p> <p>Cómo</p> <p>Dónde</p> <p>Cómo resistir o manejar la presión del grupo.</p>	<p>Entrenamiento en habilidades de comunicación/negociación</p> <p>Facilitar la realización de prácticas seguras con la pareja.</p> <p>Controlar la Impulsividad</p> <p>Diferenciar: "Amor y seguridad". ...regalar amor o regalar enfermedad... Saber argumentar el sexo seguro frente a otros. Mantener la propia opinión. Defender sexo seguro.</p>	<p>Vídeo: 2ª parte de "Placer..."</p> <p>Entrenamiento y situaciones a ensayar:</p> <p>1. En grupo realizar una carta abordando el tema con la pareja.</p> <p>2. Si no se pudo negociar antes: "en un vis a vis". (representar varias situaciones que propongan. Si no hay propuestas elegimos: a) Cuando él no quiere. b) Cuando ella no quiere.</p> <p>3. En el modulo, charla entre compañeros sobre el uso del preservativo.</p>	<p>Vídeo</p> <p>Sillas, muebles y cualquier accesorio que facilite la ambientación</p>
30'	Resumen sesión	<p>Seguimiento carteles.</p> <p>Revisión cumpli</p> <p>Alentar practicar</p>		

## TALLER SEXO MÁS SEGURO: 3ª SESIÓN

TIEMPO	CONTENIDO	OBJETIVOS	TÉCNICA O ACTIVIDAD	MATERIALES
15'	CALENTAMIENTO	DINAMIZAR	JUEGO	
60'	Revisión de las prácticas  Explicar lo que no haya quedado claro.	Analizar las dificultades.  Aportar alternativas de solución.	Escenificación de las situaciones planteadas	
45'	Evaluación post.	Comprobar los conocimientos adquiridos y su evolución.	Cumplimentación individual.	Cuestionarios
30'	Clausura del taller. Valoración subjetiva del taller y de los monitores.	Reforzar la asistencia al taller. Conocer el grado de satisfacción y de utilidad del taller así como, defectos que hayan observado.	Entrega de DIPLOMAS Grabación de los comentarios sobre el taller. Entrevista periodística.	Diplomas Grabadora