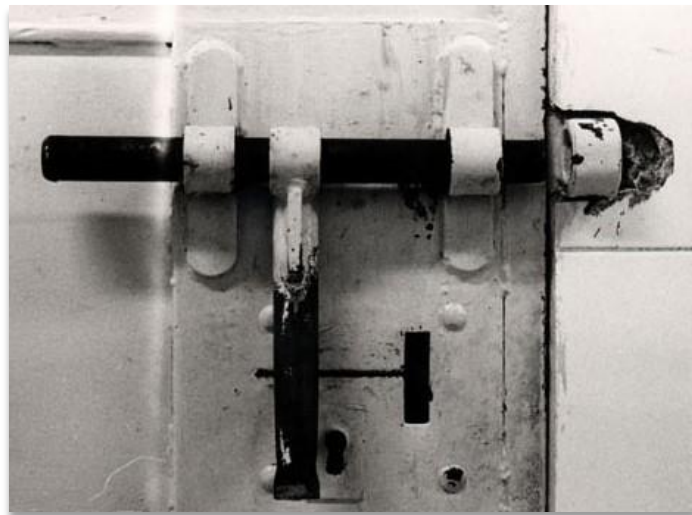


Tesis Doctoral

El virus de la inmunodeficiencia humana en instituciones penitenciarias, a través de prensa escrita española.



Enrique Jesús Vera Remartínez

Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería

Dirección:

Dra. María Pilar Molés Julio

Dr. Julio García Guerrero

Julio 2023

Programa de Doctorado en Ciencias de la Enfermería

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

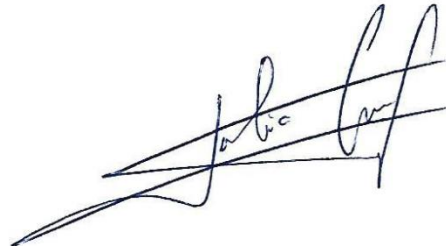
Título de la tesis:

El virus de la inmunodeficiencia humana en instituciones penitenciarias, a través de prensa escrita española.

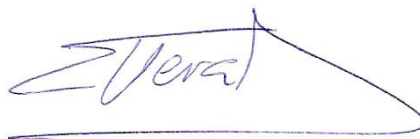
Memoria presentada por Enrique Jesús Vera Remartínez para optar al grado de Doctor por la Universitat Jaume I.



Dra. María Pilar Molés Julio



Dr. Julio García Guerrero



Enrique Jesús Vera Remartínez

Castelló de la Plana, Julio 2023

LICENCIA CREATIVE COMMONS (CC):



**Reconocimiento-CompartirIgual
CC BY-SA**

FINANCIACIÓN:

El investigador de esta tesis doctoral no ha recibido ayuda económica alguna para el desarrollo de la investigación.

«Nada hay más punitivo que darle un significado a una enfermedad, significado que resulta invariablemente moralista. Cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz, tiende a hundirse en significados. En un principio se le asignan los horrores más hondos (la corrupción, la putrefacción, la polución, la anatomía, la debilidad). La enfermedad misma se vuelve metáfora. Luego, en nombre de ella (es decir, usándola como metáfora) se atribuye ese horror a otras cosas, la enfermedad se adjetiva.»

*El SIDA y sus metáforas
Susan Sontag
(1933 - 2004)*

Agradecimientos

Quisiera empezar los agradecimientos por la primera persona que me introdujo en el apasionante mundo de las prisiones, mi gran amigo Salvador Granero, aquel día en el que me propuso trabajar como enfermero interino en el centro penitenciario de Castellón y que de su mano, fui guiado en aquel inicio de mi andadura profesional.

Al Dr. Miguel Ruiz Garrido por aceptarme para la realización de esta tesis como tutor, no sólo guiando mis ideas en el desarrollo de este proyecto sino también modelando parte de mi formación investigadora.

A mi directora de tesis, María Pilar Molés, quién siempre creyó en mí, me animó y ayudó para que este proyecto se viese materializado.

Como no, a Julio García, mi codirector de tesis, amigo, compañero y con el que tuve el privilegio y el orgullo de compartir una experiencia profesional e investigadora durante más de treinta años. He aprendido mucho a tu lado, siempre fue para mí un referente.

A Andrés Marco, Enrique Acín, Juan Bellido, Joan Paredes, Arnau Fabregat, Josefa Casino, Alejandro Albert, Inés Estanislao, a mis compañeras y compañeros del Grupo de Enfermería de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria y a todas aquellas personas que de una forma desinteresada han colaborado con este proyecto.

Agradecer enormemente a todas las enfermeras y enfermeros que han participado de forma anónima con sus vivencias, experiencias y aportaciones profesionales enriqueciendo esta investigación.

Quisiera agradecer también a mis colegas de doctorado, Martín Flores y María Delcampo los ratos compartidos, con las inquietudes que conllevan los cursos de doctorado.

A todos aquellos que de una forma u otra han hecho posible este trabajo y que no quisiera omitir.

Para finalizar quiero agradecer al amor de mi vida Amelia, su complicidad, paciencia infinita, sus desvelos y su apoyo en todos estos años escuchándome y animándome a seguir adelante.

A mis hijos Cristina y Quique, por el tiempo robado y como ejemplo de constancia y superación.

A mis padres, que sin lugar a dudas, estarían muy orgullosos de su hijo.

RESUMEN



RESUMEN

OBJETIVOS:

Conocer las características de las informaciones publicadas en prensa escrita española sobre el VIH/SIDA, en relación a las prisiones españolas desde 1981 a 2020. Describir las vivencias de Enfermería respecto a la pandemia del VIH en prisión.

MATERIAL Y MÉTODO:

Investigación mixta, documental, retrospectiva, con análisis temático mediante un diseño explicativo secuencial. Se realizó búsqueda de noticias en principales periódicos de prensa escrita nacional y realización de grupos de discusión.

RESULTADOS:

Hay pocas noticias sobre VIH y prisiones, se detallan secciones, temporalidad, tendencias de publicación, sentimiento de las noticias. La percepción de los profesionales fue que se publicaron pocas noticias. El SIDA forzó un cambio estructural en la asistencia sanitaria penitenciaria.

CONCLUSIONES:

La prensa reflejó poco sobre la pandemia del VIH en prisión. El sentimiento de las noticias varió dependiendo de los periodos analizados. El papel de enfermería, coincide con la definición del modelo de adaptación de Callista Roy.

PALABRAS CLAVE:

Periódicos como asunto; síndrome de inmunodeficiencia adquirida; antirretrovirales; prisiones.

ABSTRACT



ABSTRACT

OBJECTIVES:

To find out features of information published in Spanish written press about HIV/AIDS pandemic, concerning Spanish prisons from 1981 to 2020. To describe the experiences of nurses in prisons.

MATERIAL AND METHOD:

A mixed, documentary, retrospective research, with thematic analysis using sequential explanatory design. We searched for news in the main national newspapers and conducted focus groups.

RESULTS:

There is little news on HIV and prisons; sections, temporality, publication trends, news sentiment are detailed. Perception of the professionals was that few news items were published. AIDS forced a structural change in prison healthcare.

CONCLUSIONS:

The press reflected little about the HIV pandemic in prison. The emotions of the news varied depending on the periods analysed. The role played by nursing professionals in prisons during the HIV pandemic agrees with the definition of Callista Roy's model of adaptation.

KEYWORDS:

Newspapers as topic; acquired immunodeficiency syndrome; anti-retroviral agents; prisons.

Índice de texto

	Pág.
INTRODUCCIÓN.	1
PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN.	7
1. Aspectos generales de la infección.	9
1.1. Breve resumen histórico.	9
1.2. El virus.	18
1.2.1. Tipos de virus.	18
1.2.2. Estructura.	19
1.2.3. Inmunopatología.	20
1.2.4. Respuesta inmune.	21
1.2.5. Dinámica de replicación viral.	21
1.3. Evolución natural de la infección.	23
1.3.1. Infección aguda.	24
1.3.2. Fase intermedia o infección crónica.	24
1.3.3. Fase de enfermedad.	25
1.4. Clasificación de la infección por VIH.	26
1.5. Algunos datos epidemiológicos de la infección VIH.	29
1.5.1. A nivel mundial.	30
1.5.2. A nivel nacional.	33
1.5.3. A nivel de Comunidad Valenciana.	36
1.5.4. A nivel de Instituciones Penitenciarias.	38
1.6. Vías de transmisión.	42
1.7. Diagnóstico de laboratorio.	43
1.8. Tratamiento.	44
1.9. Cuidados de enfermería.	48
1.10. Medidas preventivas y precauciones universales.	50
1.11. Aspectos bioéticos en relación con el VIH/SIDA.	53
2. La infección VIH en Instituciones Penitenciarias.	57
2.1. La aparición del VIH.	57

	Pág.
2.2. Marco normativo penitenciario.	59
2.3. La epidemia del VIH/SIDA en las prisiones españolas.	62
2.4. Situación a principios de la década de los noventa.	69
2.5. Desarrollo de la Sanidad Penitenciaria.	73
SEGUNDA PARTE: PROCESO DE INVESTIGACIÓN.	77
1. Justificación.	79
2. Objetivos.	83
2.1. Objetivo general cuantitativo.	84
2.2. Objetivos específicos cuantitativos.	84
2.3. Objetivo general cualitativo.	85
2.4. Objetivos específicos cualitativos.	85
3. Metodología.	87
3.1. Metodología cuantitativa.	87
3.1.1. Diseño.	87
3.1.2. Emplazamiento.	87
3.1.3. Selección.	88
3.1.3.1. Estrategia de búsqueda.	88
3.1.3.2. Criterios de inclusión.	88
3.1.3.3. Criterios de exclusión.	89
3.1.4. Variables incluidas.	89
3.1.5. Extracción de datos.	90
3.1.6. Análisis de datos.	91
3.2. Metodología cualitativa.	93
3.2.1. Diseño.	93
3.2.2. Participantes.	95
3.2.3. Obtención de la información.	96
3.2.4. Variables consideradas de los participantes.	96
3.2.5. Perfil de los informantes.	97
3.2.6. Trabajo de campo.	98
3.2.7. Registro de la información.	99
3.2.8. Prueba piloto del guión de las preguntas.	99

	Pág.
3.2.9. Guión de las preguntas.	100
3.2.10. Análisis del contenido temático del discurso enfermero.	101
3.3. Aspectos éticos y legales.	102
TERCERA PARTE: INFORME DE RESULTADOS.	103
1. Resultados cuantitativos.	105
1.1. Sobre las búsquedas realizadas.	105
1.2. Evolución en el tiempo de las noticias publicadas.	107
1.3. Análisis de tendencias temporales.	112
1.4. Diferencias en día y mes del año en que se publican.	112
1.5. Publicaciones según evolución histórica del SIDA.	115
1.6. Secciones de publicación.	117
1.7. Autoría de las noticias.	122
1.8. Revistas científicas y laboratorios farmacéuticos.	124
1.9. Análisis de sentimiento del contenido de las noticias.	126
1.10. Análisis de n-gramas: bigramas y trigramas.	129
1.11. Análisis de nube de palabras.	130
2. Resultados cualitativos.	131
2.1. Análisis sobre el contenido del discurso enfermero.	131
2.2. La visión ofrecida por la prensa sobre VIH y prisión.	132
2.3. La visión sobre el trabajo de enfermería en prisiones.	136
2.4. La visión sobre los pacientes a los que atendían.	155
2.5. La propia visión de enfermería sobre su rol, vivencias personales y de su entorno sobre la pandemia de VIH en prisiones.	161
CUARTA PARTE: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.	181
1. Consideraciones iniciales para el análisis.	183
2. Discusión sobre los resultados del estudio.	187
2.1. Discusión de resultados cuantitativos.	187
2.2. Discusión de resultados cualitativos.	206
3. Conclusiones.	213
4. Limitaciones de la investigación.	217

	Pág.
5. Líneas futuras de investigación.	219
BIBLIOGRAFÍA.	221
ANEXOS.	239
ANEXO 1: Informe de una epidemia de tuberculosis en 1987.	241
ANEXO 2: Circular sobre jornada completa y regulación de guardías..	245
ANEXO 3: Sintaxis análisis del sentimiento.	249
ANEXO 4: Sintaxis evolución temporal, n-gramas y wordclouds.	261
ANEXO 5: Hoja de información y consentimiento informado.	271
ANEXO 6: Comité de Ética de la investigación con seres humanos. ...	275

Índice de tablas

	Pág.
Tabla 1: Clasificación de la infección VIH (CDC 1993).	27
Tabla 2: Entidades diagnósticas que definen inclusión en la categoría C..	28
Tabla 3: Entidades diagnósticas que definen inclusión en la categoría B..	29
Tabla 4: Datos regionales de la ONU en 2020.	32
Tabla 5: Medicamentos autorizados por la FDA para tratar el VIH.	45
Tabla 6: Combinaciones farmacológicas en una única presentación.	46
Tabla 7: Pauta de profilaxis post-exposición en adultos.	47
Tabla 8: Factores de riesgo asociados a la infección VIH en prisiones. ...	57
Tabla 9: Características de los participantes en los grupos focales.	97
Tabla 10: Relación de preguntas guía para los grupos de discusión.	100
Tabla 11: Número de noticias encontradas en las búsquedas.	105
Tabla 12: Principales fechas de publicación de las búsquedas.	107
Tabla 13: Análisis de tendencia de publicaciones por años y periódicos. .	112
Tabla 14: Comparación por periódicos de una distribución observada a una distribución teórica entre los días de la semana.	113
Tabla 15: Comparación por periódicos de una distribución observada a una distribución teórica entre los meses del año.	114
Tabla 16: Relación entre el número de publicaciones y etapa de la evolución histórica del SIDA.	117
Tabla 17: Conceptualización de las codificaciones sobre noticias.	132
Tabla 18: Conceptualización de las codificaciones sobre la importancia del VIH en el trabajo de enfermería en centros penitenciarios. .	137
Tabla 19: Conceptualización de las codificaciones sobre los medios con los que cuenta Enfermería.	146
Tabla 20: Conceptualización de las codificaciones sobre las dificultades con las que cuenta Enfermería.	151
Tabla 21: Conceptualización de las codificaciones sobre diferencias de Género.	156
Tabla 22: Conceptualización de las codificaciones sobre los reclusos.	159

	Pág.
Tabla 23: Conceptualización de las codificaciones sobre ROL enfermero.	162
Tabla 24: Conceptualización de las codificaciones sobre la experiencia familiar y el entorno.	168
Tabla 25: Conceptualización de las codificaciones sobre las vivencias. ...	172

Índice de figuras

	Pág.
Figura 1: Estructura del VIH.	20
Figura 2: Respuesta inmunitaria frente al VIH.	23
Figura 3: Evolución de la infección VIH a nivel mundial.	31
Figura 4: Evolución de muertes relacionadas con el SIDA a nivel mundial.	31
Figura 5: Evolución anual de los casos de SIDA en España.	33
Figura 6: Características de los nuevos diagnósticos VIH en España.	34
Figura 7: Nuevos diagnósticos VIH por comunidades autónomas. 2020... ..	35
Figura 8: Número de fallecimientos por VIH/SIDA en España.	36
Figura 9: Casos de SIDA declarados en la Comunidad Valenciana.	37
Figura 10: Evolución de las nuevas infecciones por VIH, Comunidad Valenciana.	37
Figura 11: Principales vías de transmisión de las nuevas infecciones en la Comunidad Valenciana en 2020.	38
Figura 12: Prevalencia de infección VIH en población penitenciaria.	39
Figura 13: Evolución del número de Casos de SIDA en prisiones.	40
Figura 14: Evolución de la mortalidad por VIH/SIDA en prisiones.	41
Figura 15: Evolución del número de internos/as en programa de reducción de daños con metadona.	71
Figura 16: Diseño de la investigación cualitativa.	94
Figura 17: Noticias publicadas por años sobre VIH/SIDA y noticias relacionadas con VIH/SIDA y prisiones.	107
Figura 18: Noticias publicadas por décadas.	108
Figura 19: Noticias sobre VIH/SIDA en prisiones. <i>La vanguardia</i>	109
Figura 20: Noticias sobre VIH/SIDA en prisiones. <i>ABC</i>	110
Figura 21: Noticias sobre VIH/SIDA en prisiones. <i>El País</i>	111
Figura 22: Noticias sobre VIH/SIDA en prisiones. <i>El Periódico Mediterráneo</i>	111
Figura 23: Total de noticias publicadas por día de la semana.	112
Figura 24: Total de noticias publicadas por día de la semana y periódico..	113

	Pág.
Figura 25: Total de noticias publicadas por mes del año.	114
Figura 26: Total de noticias publicadas por mes del año y periódico.	115
Figura 27: Porcentaje de noticias según etapa de evolución histórica.	116
Figura 28: Porcentaje de noticias por periódico y etapa histórica.	116
Figura 29: Número de noticias por secciones de publicación.	118
Figura 30: Número de noticias por secciones. <i>La Vanguardia</i>	119
Figura 31: Número de noticias por secciones. <i>ABC</i>	120
Figura 32: Número de noticias por secciones. <i>El País</i>	121
Figura 33: Número de noticias por secciones. <i>El Periódico Mediterráneo</i> ..	122
Figura 34: Firmantes de las noticias publicadas.	123
Figura 35: Firmantes de las noticias publicadas por periódicos.	124
Figura 36: Análisis de sentimiento conjunto de noticias por periódicos. ...	126
Figura 37: Análisis de sentimiento en promedio.	126
Figura 38: Análisis individual del sentimiento principales periódicos.	127
Figura 39: Diagramas de caja con las distribuciones de sentimiento.	128
Figura 40: Los veinte bigramas con más repeticiones.	129
Figura 41: Los veinte trigramas con más repeticiones.	129
Figura 42: Análisis de nube de palabras.	130
Figura 43: Representación gráfica de los temas principales del discurso enfermero sobre la pandemia del VIH y las prisiones.	131
Figura 44: Códigos emergentes en torno a la categoría noticias.	132
Figura 45: Categorías y códigos sobre el trabajo enfermero en prisiones..	137
Figura 46: Categorías y códigos sobre los pacientes.	155
Figura 47: Categorías y códigos sobre los profesionales.	161
Figura 48: Línea temporal distintas legislaturas y periodos de pandemia..	199

Índice de imágenes

	Pág.
Imagen 1: Sarcoma de Kaposi. Tumoraciones miembro inferior izquierdo.	10
Imagen 2: Jeringuilla fabricada con la caña de un bolígrafo Bic.	63
Imagen 3: Máquina para tatuar de fabricación casera.	64
Imagen 4: Arquitectura de distintos modelos de centros penitenciarios. ...	67
Imagen 5: Unidad de custodia Hospital General Universitario de Castelló.	70
Imagen 6: Kit de intercambio de jeringuillas utilizado en el PIJ.	72
Imagen 7: Carteles anunciadores del primer y último evento SESP.	74
Imagen 8: Portadas del primer número y uno actual de la RESP.	75
Imagen 9: Primera noticia publicada sobre el VIH/SIDA.	106
Imagen 10: Noticia relacionada con revista científica y laboratorio farmacéutico.	125
Imagen 11: Certificación académica del Instituto Carlos III.	148
Imagen 12: Hoja de encuesta SURI (Ejemplar para la historia clínica).	163
Imagen 13: Algunos recortes de prensa del periódico <i>ABC</i>	191
Imagen 14: Algunos recortes de prensa en <i>El País</i>	192
Imagen 15: algunos recortes de prensa en <i>El Periódico Mediterráneo</i>	194

Leyenda de siglas y acrónimos

3TC: Lamivudina.

ABC: Abacavir.

ACTG 175: Ensayo clínico sobre SIDA del grupo de estudio 175 (*AIDS Clinical Trial Group Study Team*).

ADN: Ácido desoxirribonucleico.

ARN: Ácido ribonucleico.

ATV: Atazanavir.

AZT: Ácidotimidina o Zidovudina.

bDNA: Prueba de detección de ácidos nucleicos. Rama ADN (*Branched DNA*).

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CCR5: Gen CCR5 (C-C quimiocina receptora de tipo 5).

CD4: Linfocitos T4.

CD8: Linfocitos T8.

CDC: Centro para el Control de Enfermedades (*Center Diseases Control*).

CE: Comunidad Europea.

CEISH: Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos.

CIP: Macro SPSS para el cálculo de intervalos de confianza de proporciones.

COBI,c: Cobicistat.

CRF 01_AE: Forma Recombinante Circulante 01 de subtipos A y E.

CRF 02_AG: Forma Recombinante Circulante 02 de subtipos A y G.

CRF: Formas Recombinantes Circulantes.

CTL: Linfocito T Citotóxico. Participa en el proceso de inmunidad celular.

CV: Carga Viral.

CXCR4: Correceptor del linfocito T4.

CXCR5: Correceptor de las células macrófagos.

D4T: Estavudina.

DDC: Zalcitabina.

DDI: Didanosina.

DG II.PP.: Dirección General de Instituciones Penitenciarias.

DOR: Doravirina.

DRV: Darunavir.

DTG: Dolutegravir.

EFV: Efavirenz.

EIA: Enzimoimmunoanálisis.

ELFA: Enzimoimmunoanálisis de Fluorescencia.

ELISA: Enzimoimmunoanálisis de Adsorción.

ENV: Glicoproteína responsable de la infectividad del virus VIH.

ETR: Etravirina.

EVG: Elvitegravir.

FDA: Agencia de Administración de Alimentos y Medicamentos.

FeLV: Virus de la leucemia felina.

FOS: Fostemsavir.

FPV: Fosamprenavir.

FTC: Emtricitabina.

GAG: Proteínas estructurales del genoma del virus VIH.

GP 120: Glicoproteína 120 (forma parte de la envoltura del virus VIH).

GP 41: Glicoproteína 41 (forma parte de la envoltura del virus VIH).

HAART: Terapia Antirretroviral de Alta Actividad (*Highly Active Antirretroviral Therapy*).

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.

HTLV-I: Virus linfotrópico de células T en humanos tipo I (origina leucemia de células T en adultos).

HTLV-II: Virus linfotrópico de células T en humanos tipo II (origina leucemia de células peludas).

HTLV-III: Virus linfotrópico de células T en humanos tipo III (origina inmunodeficiencia humana).

IF: Inhibidores de la fusión.

IFI: Inmunofluorescencia indirecta.

INI: Inhibidores de la integrasa.

IP: Inhibidores de la proteasa.

ITIAN: Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos.

ITINAN: Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos.

ITS: Infección de transmisión sexual.

LAV: Virus asociado a la linfadenopatía.

LIA: Inmunoanálisis lineal.

MVC: Maraviroc.

NANDA: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería

NANDA-I: Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería Internacional.

NASBA: Amplificación basada en la transcripción de ácidos nucleicos.

NIC: Clasificación de intervenciones enfermeras (*Nursing Intervention Classification*).

NK: Células que participan en el proceso de inmunidad celular (*Natural Killer*).

NLP: Procesamiento del lenguaje natural (*Natural Language Processing*).

NOC: Clasificación de resultados enfermeros (*Nursing Outcomes Classification*)

NTP-700: Norma técnica de prevención número 700.

NVP: Nevirapina.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

ONU: Organización de las Naciones Unidas.

ONUSIDA: Programa de Naciones Unidas para el SIDA.

P17: Proteína 17 (forma parte de la matriz del virus VIH)

P24: Proteína 24 (forma parte de la envoltura de la cápsida del virus VIH).

PACEP: Plan de Amortización y Creación de Establecimientos Penitenciarios.

PAE: Proceso de Atención de Enfermería.

PCR: Reacción en Cadena de la Polimerasa.

PID: Personas que se Inyectan Drogas.

PIJ: Programa de Intercambio de Jeringuillas.

PMM: Programa de Mantenimiento con Metadona.

POL: Proteínas necesarias para la replicación viral del VIH.

PPE: Profilaxis post-exposición.

PreEP: Profilaxis pre-exposición.

QAQDAS: *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software.*

RAL: Raltegravir.

RD: Real Decreto.

RESP: Revista Española de Sanidad Penitenciaria.

RIPA: Radioinmunoprecipitación.

RPT: Relación de Puestos de Trabajo.

RPV: Rilpivirina.

RTV: Ritonavir.

SARS COV-2: Coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo.

SESP: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria.

SGSP: Subdirección General de Sanidad Penitenciaria.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SIV: Virus de la Inmunodeficiencia en Simios.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SQV: Saquinavir.

STLV: Virus linfotrópico de células T en simios.

T-20: Enfuvirtida.

TAF: Tenofovir alafenamida.

TARGA: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

TARV: Tratamiento Antirretroviral.

TDF: Tenofovir.

TDO: Tratamiento Directamente Observado.

TPV: Tripanavir.

UDI: Usuario de Drogas Intravenosas.

UDVP: Usuario de Drogas por Vía Parenteral.

URF: Formas Recombinantes Únicas.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (de forma genérica).

VIH-I: Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo I.

VIH-II: Virus de la Inmunodeficiencia Humana tipo II.

WB: Prueba de confirmación diagnóstica. Western Blot.

INTRODUCCIÓN



Introducción

Esta investigación pretende plasmar como la prensa escrita española, reflejó la historia de una de las mayores pandemias que nos afectó durante un largo periodo de tiempo y en un grupo de población muy específico, el de las personas reclusas en las instituciones penitenciarias, un grupo humano que generalmente despierta muy poco interés social.

Las personas reclusas en instituciones penitenciarias son una población marginal, por su número y consideración social. Al inicio de los primeros casos de infección y ante el desconocimiento científico existente en aquellos momentos sobre esta patología, se originó una gran alarma, que sembró temor entre los reclusos y los funcionarios que los custodiaban, y la estigmatización de los que la sufrían (1).

Fueron tiempos convulsos, sobre todo cuando empezaron a extenderse los primeros casos dentro de los centros, que originaron protestas inicialmente por parte de los reclusos, con incluso algún motín, para reivindicar unas condiciones higiénico-sanitarias adecuadas, en especial para los infectados/as (2–4).

También llevó a la formalización de protestas por parte de los funcionarios de prisiones, llegando incluso a la realización de manifestaciones, reclamando medios para evitar contagios (5,6). Se llegó a proponer incluso, hasta la segregación de los infectados en centros específicos para enfermos/as, como si se tratase de «leproserías» (7).

A toda esta situación se añadió que la asistencia sanitaria en las prisiones españolas era más que precaria. Instalaciones obsoletas, asistencia reducida a mínimos (no más de tres horas presenciales diarias de médico/a y enfermero/a), medios escasos o inexistentes, falta de medicinas, sueldos bajos, que generaban en todo el personal sanitario una falta de motivación (8).

La aparición y extensión en las prisiones de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y su correlato, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), constituyó un punto de partida para una serie de cambios necesarios en el ámbito penitenciario.

Uno de los hitos fundamentales en estos cambios fue el establecimiento de una Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (SGSP), dependiente en aquel momento del Ministerio de Justicia, encargada de establecer un sistema sanitario exclusivo de prisiones y paralelo al Sistema Nacional de Salud (SNS) (8).

Desde la SGSP se creó un sistema propio de vigilancia epidemiológica, se impulsaron programas de prevención y de educación sanitaria, dirigidos tanto a los reclusos/as como a los funcionarios/as (8).

La educación para la salud y las charlas, tanto individuales como colectivas, sentaron las bases de los programas de prevención, sobre todo en un momento en el que no se disponía de ninguna otra herramienta para combatir al virus.

Se establecieron convenios de asistencia especializada con el SNS. Los pacientes penitenciarios fueron visitados por especialistas, se iniciaron los primeros tratamientos antirretrovirales con el primer producto que se dispuso, Zidovudina (Retrovir®). Se iniciaron conjuntamente los tratamientos coadyuvantes para combatir otras enfermedades oportunistas que generaba la inmunosupresión (9).

Paulatinamente, fueron apareciendo nuevos fármacos o tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) y nuevas combinaciones de los mismos, convirtiendo una enfermedad mortal en sus inicios, en una enfermedad crónica (9).

Las campañas de prevención fueron concienciando a esta población reclusa para evitar las prácticas de riesgo con la transmisión del virus y con todo ello la prevalencia empezó a disminuir (10).

Una buena aproximación histórica al momento vivido se puede realizar a través de la prensa escrita, pues detalla con los conocimientos del momento todo lo que fue acaeciendo.

También el poder conocer cómo fueron esas vivencias desde el prisma de la enfermería penitenciaria, puede contribuir a enriquecer el contenido de esta investigación.

Para poder llevar a cabo este proyecto, se ha realizado una investigación mixta, documental, retrospectiva, con análisis temático mediante un diseño explicativo secuencial.

Se pretende dar respuesta a las preguntas:

- ¿De qué manera ha podido influir durante los últimos cuarenta años la pandemia del VIH/SIDA en las instituciones penitenciarias y cómo se ha reflejado a través de la prensa escrita española?
- ¿Cómo han sido las vivencias de las enfermeras/os de instituciones penitenciarias, respecto a la pandemia del VIH/SIDA?

Para poder contestar a las preguntas planteadas, esta investigación se estructura en cuatro apartados que se detallan someramente:

Una primera parte, en la que se realiza una contextualización del tema a tratar desde una doble vertiente: por un lado los aspectos generales de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y por otro lado como se desarrolló esta infección en el ámbito penitenciario.

En una segunda parte, se realiza una justificación del porqué de la investigación. Se plantean unos objetivos y se desarrolla ampliamente toda la metodología utilizada para llevar a cabo la investigación.

La tercera parte está dedicada a la recogida de los resultados obtenidos tanto cuantitativos como cualitativos.

Para finalizar, una cuarta parte, dirigida a establecer una discusión sobre la metodología empleada, los resultados y obtención de las principales conclusiones de la investigación, así como las posibles limitaciones y líneas de futuras investigaciones.

PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN



1. Aspectos generales de la infección

1.1. Breve resumen histórico

El origen del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) se fecha el día cinco de junio de 1981 en la ciudad de Los Ángeles (California). Dicha referencia nos remonta a una de las primeras comunicaciones en la literatura médica en forma de alerta por parte del Centro para el Control de Enfermedades (CDC), informando de una forma de neumonía que afectaba a jóvenes homosexuales (11).

Será en posteriores estudios retrospectivos publicados a finales de los ochenta donde se pudo documentar la aparición de diecinueve casos de SIDA en pacientes fallecidos ya en la década de los años cincuenta del siglo veinte (12).

Esto puso de manifiesto de forma retrospectiva que se trataba de una patología que no era nueva. No obstante, con la finalidad de establecer un desarrollo de su evolución histórica desde el punto de vista de la literatura científica, se establecen tres periodos

Periodo del descubrimiento (1979 - 1985)

Un dermatólogo neoyorquino, el doctor Alvin Friedman-Kien, en 1979 identificó a un grupo de pacientes que presentaban unas raras lesiones dermatológicas compatibles con un sarcoma de Kaposi, se trataba de una tumor poco frecuente, que afectaba a vasos sanguíneos de la piel y a algunos órganos (13).

Esta patología, por lo general, suele manifestarse en personas de edad avanzada y es especialmente frecuente entre personas de ascendencia mediterránea, judía o africana, así como personas que se han sometido a algún tipo de trasplante (14). Lo curioso del grupo descrito por Friedman-Kien, es que eran varones jóvenes, de raza blanca, de clase media y que, en un periodo de

tiempo breve, de dos a seis meses, acababan falleciendo, cuando este proceso patológico suele presentar un curso evolutivo de bastante mayor duración.

En 1981 y de forma simultánea, Siegal et al.(15), Gottlieb et al. (16) y Masur et al. (17) alertan de la aparición en Los Ángeles, San Francisco, Miami y Nueva York, de varios casos de jóvenes varones, homosexuales, que presentan cuadro clínico compatible con neumonía por *Pneumocystis carinii* (en la actualidad *Pneumocystis jirovecii*).

Este tipo de infección respiratoria es típica en personas inmunodeprimidas. Algunos de los casos presentaban conjuntamente lesiones compatibles con el sarcoma de Kaposi ya relatado.

En nuestro país fue descrito el primer caso a finales de 1981 por el Dr. Vilaseca, se trataba de un caso de sarcoma de Kaposi con un absceso cerebral por *Toxoplasma gondii* en una persona homosexual (18).

En la siguiente imagen se aprecian las tumoraciones ocasionadas por un sarcoma de Kaposi en fase avanzada a un paciente del centro penitenciario de Castellón.

Imagen 1: Sarcoma de Kaposi. Tumoraciones miembro inferior izquierdo.



Fuente: Elaboración propia.

Con posterioridad fueron surgiendo nuevos casos y los patrones epidemiológicos apuntaban a que afectaba a varones homosexuales, grupos de adictos a heroína por vía intravenosa, hemofílicos y haitianos, con lo que se comenzó a definir como la enfermedad de las «cuatro haches» (19).

La idea de que fuese un agente infeccioso transmisible cada vez cobraba más fuerza, poniendo el punto de mira en un grupo de virus, concretamente los retrovirus, descubiertos hacía poco tiempo, que eran capaces de producir enfermedad de características parecidas en animales. Se conocía ya la leucemia murina de los ratones o la leucemia felina en gatos (FeLV). También se descubrió otro retrovirus que originaba leucemia de células T, en primates asiáticos, se trataba del virus linfotrópico de células T, concretamente en simios (STLV) (20).

A raíz de todos estos descubrimientos se empezaron a estudiar enfermedades provocadas por retrovirus en humanos, como es el caso de la leucemia de las células «T» del adulto, identificada por Robert Gallo y colaboradores, originada por el virus linfotrópico humano de células T al que se denominó (HTLV-I). Otro retrovirus originaba la leucemia de células peludas y se le llamó (HTLV-II) (20).

Se inició una colaboración entre el equipo de Robert Gallo, en el laboratorio de investigación de tumores experimentales del Instituto Nacional del Cáncer americano (NIH) en Bethesda (Washington) y los estudios realizados por el equipo de investigadores del Instituto Pasteur de París, dirigidos por Luc Montagnier. Entre ellos se compartía material de laboratorio y conocimientos, siendo a partir de unas muestras de cultivos celulares obtenidos de adenopatías de un paciente francés, cuando el veinte de mayo de 1983 François Barré-Sinoussi, Jean Claude Chermann y Luc Montagnier, publicaron el descubrimiento de un virus vinculado a los casos de inmunodeficiencia reportados desde 1981 al que denominaron virus asociado a la linfadenopatía o virus LAV (21).

Casi simultáneamente Robert Gallo y su equipo encontraron un retrovirus como posible causa probable de la inmunodeficiencia humana, al que dieron el nombre de HTLV-III (22). Se comprobó posteriormente por secuenciación genética, que ambos eran el mismo retrovirus que en principio se llamó HTLV-III, aunque en 1986 el Comité Internacional sobre Taxonomía Viral cambió este nombre por el que conocemos actualmente de Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), a propuesta de varios importantes investigadores (23).

Se iniciaron una serie de disputas por atribuirse la autoría del descubrimiento entre ambos, que no se solucionarían hasta 1987, momento en el que se les consideró a los dos equipos como descubridores mediante un comunicado conjunto emitido por el presidente de los Estados Unidos y el primer ministro francés (24).

Concretamente, se atribuyó el descubrimiento del VIH-I y el VIH-II a Luc Montagnier, siendo Robert Gallo quien aportó buena parte de la metodología para realizarlo. A partir de este momento se zanjaron todo tipo de disputas y les fueron concediendo diversos galardones y premios entre los que podemos destacar en nuestro país en el año 2000, el Premio Príncipe de Asturias de Investigación Científica y Técnica (25).

En 2008 recibirían el Premio Nobel de Medicina Luc Montagnier junto a su colaboradora François Barre-Sinoussi por el descubrimiento del VIH y conjuntamente Harald Zur Hausen por el descubrimiento del agente causal del cáncer de cuello de útero (26).

En 1985 se dio otro importantísimo paso con la autorización para el uso de test de detección de anticuerpos, que sería una herramienta imprescindible para el diagnóstico de la infección, por parte del *Public Health Service and the Food and Drug Administration* (FDA), a partir de los trabajos de Petriccioni (27).

Periodo pre-HAART (1986 -1995)

Hace alusión, según su acrónimo en términos anglosajones, a la etapa previa a los tratamientos antirretrovirales de alta actividad (*Highly Active Antiretroviral Therapy*). Fue un periodo en el que inicialmente no se disponía de ningún tratamiento y caracterizado por una rápida extensión de la infección, acompañado también de unas elevadas cifras de mortalidad fundamentalmente en varones jóvenes de dieciocho a treinta y cinco años. El VIH llegó a constituir la segunda causa de muerte entre estos adultos jóvenes, tras los accidentes de tráfico y por delante de las defunciones por consumo de drogas, que fue tercera causa. Todo ello generó una situación de alarma entre la comunidad científica y la sociedad en general (28).

En 1986 la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control de la Enfermedades (CDC) de Atlanta, establecieron la definición de caso de SIDA (29,30). En 1987 se realizó una nueva clasificación clínica de la enfermedad (31).

En febrero de 1987 se estableció la obligatoriedad en todos los bancos de sangre de todas las comunidades autónomas españolas, de realizar pruebas serológicas de anticuerpos del VIH en todos los donantes de sangre (32).

La FDA americana autorizó la comercialización del primer fármaco con actividad demostrada contra el VIH, el veinte de marzo de 1987, como un producto que inhibía la replicación viral a través de la inhibición de una enzima del virus llamada transcriptasa inversa. Este fármaco contiene como principio activo la Zidovudina, Ácidotimidina o AZT (Retrovir®) (33).

La Zidovudina fue el primer fármaco que demostró actividad frente al virus utilizándose para tratar la infección VIH/SIDA, aunque pronto mostraría sus carencias en forma de generación de resistencias virales y de efectos secundarios frecuentes y serios. Se inició una concienciación a nivel internacional para destinar más presupuestos por parte de los gobiernos en

esta lucha, dirigido al incremento de la investigación en nuevos fármacos, así como de la investigación epidemiológica y de las vías de su transmisión (9).

A finales de 1988, varios ensayos clínicos realizados en pacientes con patologías oportunistas, permitieron aprobar la autorización para su uso de productos como: Interferón para tratar el sarcoma de Kaposi. Ganciclovir para pacientes infectados con Citomegalovirus. En junio de 1989 se autorizó el uso de Pentamidina, utilizada en forma de aerosoles para tratar la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*. También se empezó a usar la eritropoyetina precozmente para tratar la anemia que solía originar el tratamiento con Zidovudina (9).

La Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1988 realizó una sesión especial que declaró de interés universal la lucha frente a este virus. Se propuso el día uno de diciembre como «día mundial del SIDA».

En 1989 se firmó el Manifiesto de Montreal, que constituyó una declaración de derechos y necesidades de las personas infectadas (9).

En marzo de 1990 a partir de los trabajos de Volberding et al. (34), se amplió el uso de Zidovudina en pacientes asintomáticos, dado que había sido utilizada exclusivamente en pacientes enfermos de SIDA o con sintomatología.

En 1991 la FDA americana autorizó un nuevo antirretroviral, Didanosina (ddI), para ser utilizada como alternativa en aquellos pacientes con SIDA que no toleraban la Zidovudina. Aparece poco después otro fármaco Zalcitabina (ddC). Los tres pertenecen a la misma familia, son inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI) (9).

En 1992 se comienzan a utilizar los tres fármacos tanto en monoterapia como en biterapia, por ejemplo de AZT/ddC o AZT/ddI, obteniéndose buenas remisiones a seis y ocho meses, pero con presencia de efectos secundarios, resistencias y fundamentalmente mala adherencia al tratamiento (9).

En 1993 las autoridades americanas incluyeron el cáncer de cérvix, la tuberculosis y las neumonías recurrentes dentro de las enfermedades definitorias de caso de SIDA (35), razón por la que a partir de 1994 aumentarían de forma importante el número de casos con respecto a años anteriores, al incluir estas patologías en la definición de caso y las cifras de linfocitos CD4.

En agosto de 1994 los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) aconsejaron la utilización de Zidovudina para la prevención en el embarazo de la transmisión vertical del virus (36).

La cumbre de París sobre el SIDA, celebrada el primero de diciembre de 1994, reunió a mandatarios de cuarenta y dos países, dónde se declaró a la humanidad amenazada por la pandemia del SIDA, comprometiéndose a implementar estrategias adecuadas para enfrentar lo que se consideró una emergencia sanitaria (37).

Periodo post-HAART (1996 - Actualidad)

A partir de 1996 se empezaron a utilizar nuevos fármacos del grupo de los inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa, como la Estavudina (d4T) y Lamivudina (3TC), así como un nuevo grupo de fármacos con diferente mecanismo de acción, los inhibidores de la proteasa viral. Ensayos clínicos como el ACTG 175 o el estudio Delta demostraron que la combinación de tres fármacos, sobre todo de fármacos con diferentes mecanismos de acción, era mucho más eficaz que la monoterapia o la biterapia prescritas hasta entonces, y que además la aparición de resistencias virales se retrasaba hasta casi desaparecer con una correcta cumplimentación de los tratamientos por parte de los pacientes (38).

En este mismo año se creó un programa conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA, llamado ONUSIDA, encargado de coordinar la vigilancia y lucha frente a esta pandemia (39).

A partir de 1998 comienzan a utilizarse los inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos (ITINAN). Con los años fueron apareciendo nuevos grupos con diferente mecanismo de acción antiviral como los inhibidores de la fusión; antagonistas de CCR5; inhibidores de la enzima integrasa; inhibidores de la fijación; inhibidores de la post-fijación y potenciadores fármaco-cinéticos etc. (33).

Resultó muy importante a partir del año 2000 los acuerdos entre ONUSIDA y los principales laboratorios productores de fármacos antirretrovirales para conseguir una distribución de estos productos a precios asequibles a países más pobres. En la misma línea, a partir de noviembre de 2001 se permitió la producción de fármacos antirretrovirales genéricos, que abaratarían los costes de estos medicamentos (40).

En 2007 se iniciaron los primeros ensayos clínicos con fármacos concretos como profilaxis pre-exposición para disminuir el riesgo de infección en personas que estuviesen expuestas al virus. Será a partir de junio de 2012 cuando se autorice en Estados Unidos la utilización de Truvada® (Emtricitabina + Tenofovir disoproxilo) como primer tratamiento preventivo (40).

En 2012 se dio a conocer el caso de Timothy Brown, traductor estadounidense que fue diagnosticado de infección VIH en 1995, mientras estudiaba en Berlín y que, precisando de un trasplante de médula como tratamiento para un linfoma y tras buscar un donante adecuado, se encontró uno con una mutación genética natural conocida como Delta 32 CCR5, que inmuniza frente a la mayoría de cepas del virus. Después del trasplante medular y curar su proceso neoplásico, también se convirtió en el primer paciente curado de la infección por el VIH. Es lo que se conoció como el caso del «paciente de Berlín». Fallecería el veintinueve de septiembre de 2020 como consecuencia de una leucemia (40).

También en 2020 apareció el segundo caso de curación espontánea, el llamado «paciente de Londres», que tras un trasplante de células madre, treinta

meses después del mismo y sin ningún otro tratamiento continuaba sin detectarse virus en sangre (41).

En 2013 durante el décimo cuarto Congreso Europeo de SIDA se presentó el llamado estudio GARDEL, proyecto dirigido por la Fundación Huésped, uno de los avances más destacados del tratamiento del VIH, al demostrar que usando dos fármacos se pueden obtener resultados similares que con el clásico tratamiento con tres fármacos para la infección, resultado más económico y con menos efectos adversos (42).

En la actualidad se han simplificado los tratamientos mediante la combinación de distintos fármacos en un solo comprimido, facilitando así la adherencia y comodidad para los pacientes (43).

Otra de las vías principales dentro del campo de la investigación ha sido el poder conseguir una vacuna eficaz, por lo que desde el año 2000 se han destinado fondos con destino a la investigación de la misma. Uno de los principales problemas para conseguirlo es la gran variabilidad genética del virus con todos los distintos subtipos y recombinaciones de los mismos (44).

Se pusieron en marcha distintos ensayos clínicos. Se han planteado realización de vacunas con virus vivos atenuados; con virus inactivos; con utilización de proteínas virales (imitando a las vacunas recombinantes de la hepatitis B); utilización de péptidos virales; utilización de vectores virales y bacterianos usando virus y bacterias donde se insertan genes del VIH; vacunas de ADN, etc. (44).

La realidad es que, a fecha de hoy, no hay ninguna vacuna preventiva frente a la infección por el VIH, aunque se sigue investigando y ensayando prototipos de vacunas, porque la historia nos ha demostrado que, si hay algo que sea efectivo frente a una pandemia, es la existencia de una vacuna que sea eficaz (44).

1.2. El virus

El virus de la inmunodeficiencia humana es un virus del género *Lentivirus* (virus cuyo periodo de incubación es bastante largo); pertenece a la familia *retroviridae*. Es un virus ARN monocatenario, que se replica a través de la formación de un ADN provisional mediante un proceso de retrotranscripción en la célula hospedadora, infectando células principales del sistema inmunitario del organismo como son: los linfocitos T CD4+ (llamados también linfocitos cooperadores) y células macrófagos (45).

Esta infección provoca una depresión funcional del sistema inmunitario del organismo que puede generar la aparición de infecciones oportunistas y cierto tipo de neoplasias (45).

1.2.1. Tipos de virus

Son dos las variantes principales del virus que producen inmunodeficiencia en los seres humanos: VIH-1 y VIH-2. El VIH-1 es el virus original descubierto por Luc Montagnier y Robert Gallo, al que se había denominado virus LAV o virus HTLV-III. Su distribución es mundial. Se trata de un virus más virulento e infeccioso que la otra variante. Sus diversos subtipos derivan de virus muy semejantes encontrados en unos primates conocidos como monos verdes, que habitan en el sur de Camerún (46).

Las cepas se han clasificado en tres grandes grupos según su homología genética: M (*Main* o principal); el grupo O (*Outlier* o atípico) y el grupo N (no M no O). El grupo M se subdivide en nueve subtipos (A, B, C, D, F, G, H, J, K) y en cepas recombinantes entre ellos: formas recombinantes circulantes (CRF) constituidas por fragmentos genómicos de distintos subtipos que tienen puntos de recombinación comunes y observados en al menos tres individuos no relacionados epidemiológicamente; y formas recombinantes únicas (URF) encontradas en individuos de forma aislada o en grupos de infectados relacionados epidemiológicamente y que no comparten puntos de recombinación (46).

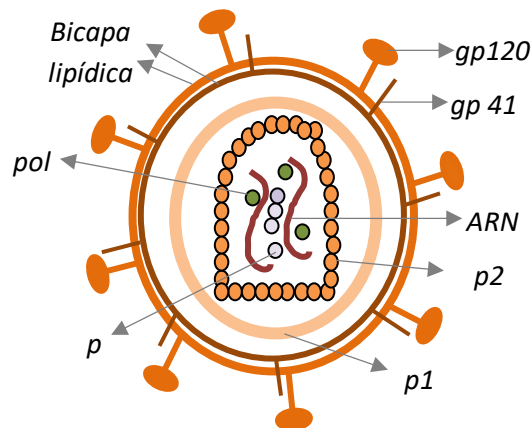
Ciertos virus del grupo M del VIH-1 causan el 90% de las infecciones por VIH. Dentro de ellos el subtipo A es más prevalente en África Occidental, Rusia y países de la antigua Unión Soviética. El subtipo B es el más prevalente en Europa, América y Oceanía. El subtipo C en el sur de África e India. Entre las formas recombinantes circulantes se destaca CRF 01_AE en Asia y CRF 02_AG en África Occidental (46).

El VIH-2 es una cepa menos virulenta y de distribución más circunscrita, concretamente en países de África Occidental, aunque se han detectado algunos casos también en Europa, concretamente en Portugal y Francia, así como en India y Estados Unidos. Los diferentes subtipos son bastante semejantes a los del virus SIV de los simios, lo que justifica la posibilidad de una posible zoonosis al saltar entre especies (46).

1.2.2. Estructura

Es un virus ARN, esférico de unas 10 μ de diámetro, con una doble capa lipídica como envoltura externa, donde se suelen encontrarse diferentes proteínas de membrana del huésped. En la envoltura lipídica destacan unas glicoproteínas virales, gp41 y gp120, que definen el tropismo del virión VIH hacia células huéspedes. Así se origina la unión del receptor gp120 a receptor CD4 y para la fusión de la membrana viral con la membrana de la célula huésped se encarga la gp41. Bajo la envoltura externa se encuentra la proteína de la matriz p17 y dentro la cápside, donde está la proteína p24 se encuentra también el material genético, constituido por ARN y las enzimas que son necesarias para la replicación (transcriptasa inversa, integrasa y proteasa). El virus contiene también tres proteínas estructurales, GAG que codifica las proteínas necesarias de la cápside; POL codifica las proteínas necesarias para la replicación; y ENV es una glicoproteína responsable de la infectividad de la partícula viral a través de la unión a los receptores específicos de la célula (45).

Figura 1: Estructura del VIH



Fuente: Guía práctica del SIDA 8ª edición (47).

1.2.3. Inmunopatología

Es conocido desde el inicio de la pandemia que el virus provoca un deterioro importante en el funcionamiento del sistema inmunitario y en concreto de la inmunidad celular del individuo, teniendo especial afinidad por los linfocitos T colaboradores y por los macrófagos tisulares (45).

El virus, por su afinidad a través de los receptores de la gp120 y un correceptor del linfocito T4 (CXCR4), se fusiona a través de su membrana y en el caso de los macrófagos a través del correceptor (CRXR5). Una vez disuelta parte de la membrana, permite el acceso de la núcleo-cápside (con todo el genoma viral) al citoplasma de la célula huésped. El ARN viral por mediación de la enzima transcriptasa inversa, transforma la ribonucleasa en ADN, que se integrará en el núcleo de la célula por mediación de la enzima integrasa, entrando a formar parte del genoma de la célula huésped, quedando dentro del núcleo en estado latente (45).

Cuando se origina un estímulo mediado por citoquinas o por otros motivos, la célula infectada se activa y comienza a dividir el ADN pro-vírico, en ARN viral. Con la mediación de la enzima proteasa, se ensambla el ARN, se recubre de la cápside nueva y forma una nueva membrana lipídica, saliendo de la célula infectada mediante un proceso de gemación celular, destruyendo la célula infectada que sirvió para crear nuevos virus y así reproducirse (45).

1.2.4. Respuesta inmune

Existe una respuesta celular y una respuesta humoral. Dentro de la respuesta celular el organismo cuenta con las células dendríticas, son unas células de gran tamaño, con extensiones citoplasmáticas que las configuran en forma de dendritas. Estas generan antígenos para activar la respuesta humoral (47).

Las células NK (*Natural Killer*) actúan liberando citoquinas como el interferón, cuya finalidad es inhibir el proceso de replicación viral. También a través de quimiocinas consiguen activar la proliferación de más linfocitos T para dar batalla al virus (47).

Los macrófagos actúan fagocitando las células infectadas. Pero los macrófagos también son células diana para el VIH, pudiendo infectarlos igualmente y disminuyendo por tanto su actividad (47).

Existe otro tipo de linfocito T, que juega un papel importante en la defensa del organismo, así como en el pronóstico de la infección (en función del cociente entre CD4/CD8), se trata del linfocito CD8+, conocido como linfocito T citotóxico (CTL), que se encarga de atacar a las células infectadas, mediante unas enzimas que provocan la destrucción de aquellas células que se encuentran infectadas, respetando a las sanas (47).

Existe también una respuesta humoral específica mediante anticuerpos neutralizantes específicos ante la presencia de diversas proteínas virales, tanto de la membrana (gp41 y gp120), como del núcleo. Existe una inmunidad humoral inespecífica mediada por el interferón y el sistema del complemento, que es una cascada enzimática que ayuda a nuestro organismo a defenderse (47).

1.2.5. Dinámica de la replicación viral

En el momento que se origina la infección, se inicia el llamado «periodo ventana». Suele durar entre cuatro y doce semanas, durante las cuales no es

posible detectar todavía la presencia de anticuerpos, a pesar de que existe una viremia elevada. La respuesta inmune del organismo es la responsable de esa contención. En este momento de primo-infección ese equilibrio dependerá de la virulencia del agente patógeno y de la respuesta inmunitaria del huésped. La resultante de ambas se manifiesta por la carga viral basal, que es un indicador adecuado del pronóstico ya que indica el equilibrio establecido entre el virus y el sistema inmunitario del paciente (47).

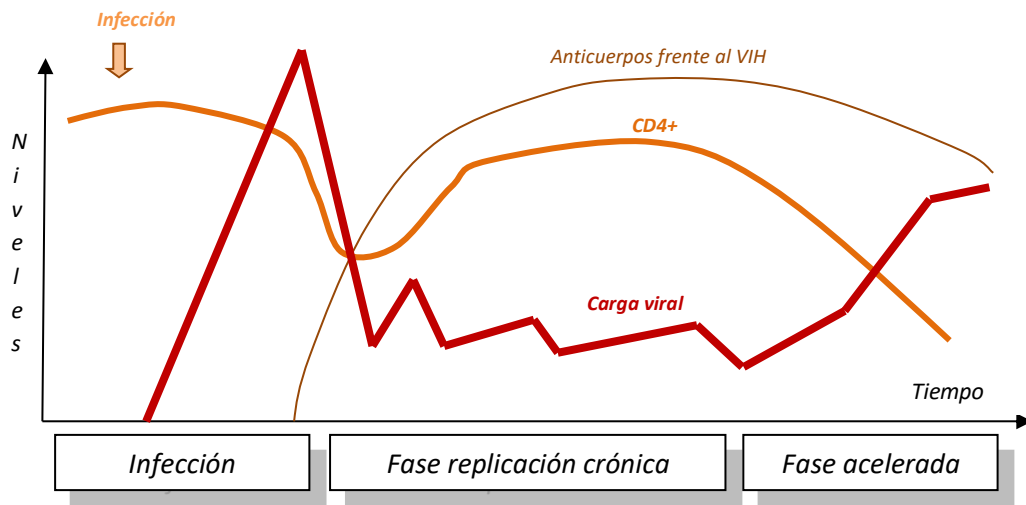
Si el virus es poco agresivo y hay una respuesta inmune potente, el nivel replicativo del virus será bajo y condicionará el que el paciente sea un progresor lento o no progresor hacia la enfermedad. Por el contrario, si el virus es agresivo y existe una respuesta inmune baja, los niveles replicativos del virus serán elevados (aumenta la carga viral basal) y presentará una evolución acelerada hacia la enfermedad, si no son tratados (47).

Pasado el periodo ventana se inicia la fase crónica de la infección, caracterizada por una intensa actividad inmunitaria tanto celular como humoral que puede durar años. A pesar de ello, la destrucción de linfocitos CD4 va originando una inmunosupresión progresiva que conducirá a la fase avanzada de la infección (47).

Esta última fase se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas, con una disminución de los linfocitos CD4, disminución de la respuesta celular (disminución de linfocitos CD8, células NK) y humoral (disminuyen anticuerpos frente a proteínas como la p24) y un aumento importante de la carga viral (47).

Pueden apreciarse las distintas fases en el desarrollo de la infección por el VIH (figura 2).

Figura 2: Respuesta inmunitaria frente al VIH



Fuente: Guía práctica del SIDA 8ª edición (47).

Otro factor a tener en cuenta, es que el virus en ocasiones escapa al sistema inmune por mecanismos de variabilidad genética, debido a que en su replicación suelen presentarse bastantes errores en la fabricación de determinadas proteínas virales, que en ocasiones los anticuerpos neutralizantes son incapaces de reconocerlas. También la utilización de fármacos antirretrovirales puede generar la aparición de cepas resistentes por crecimiento selectivo del virus con modificaciones en su estructura, dejando de hacer el efecto esperado. Es por lo que en ocasiones se deben modificar los fármacos para el tratamiento (47).

1.3. Evolución natural de la infección

La evolución natural de la infección por el VIH, se ha caracteriza por el curso de una infección con una replicación viral activa y bastante destructiva del sistema inmunológico de los pacientes, dando paso a la aparición de infecciones oportunistas y desarrollo de la enfermedad. Este curso clínico es más o menos variable dependiendo fundamentalmente de dos factores por un

lado, la virulencia y agresividad del virus, y por el otro lado de la respuesta inmunológica del huésped (47).

Dentro de la evolución natural de la infección por el VIH se pueden distinguir varios periodos o estadios bien definidos, fase de infección aguda; fase intermedia o crónica; fase final o de enfermedad (47).

1.3.1.- Infección aguda

Es el periodo comprendido desde que se origina la infección inicial y hasta que se produce la aparición de anticuerpos (seroconversión). Es un periodo generalmente asintomático, aunque también puede aparecer sintomatología similar a un cuadro seudogripal, caracterizado por la aparición de un estado de quebrantamiento general con fiebre, odinofagia, cefalea, fotofobia, rash cutáneo, siendo un proceso limitado, entre dos y cuatro semanas. Pueden aparecer poliadenopatías generalmente a ambos lados del cuello y supraclaviculares, lo que puede plantear un diagnóstico diferencial con la mononucleosis infecciosa (47).

En algunos pacientes, puede aparecer sintomatología de tipo neurológico como meningitis, meningoencefalitis e incluso hasta un síndrome de Guillén-Barré. Hematológicamente, destaca por la presencia de leucopenia, con linfopenia o linfocitosis con linfocitos activados o atípicos. Además puede presentarse también anemia transitoria y trombocitopenia. Se evidencia una replicación viral significativa, lo que se traduce en la detección de cargas virales considerablemente elevadas. Entre el periodo inicial de replicación viral inicial y la aparición de anticuerpos se establece un «periodo de ventana» con duración aproximada entre uno y dos meses, en el que los test de anticuerpos pueden ser negativos (47).

1.3.2.- Fase intermedia o Infección crónica

Se trata de un periodo más o menos sintomático, caracterizado por producirse un equilibrio entre la multiplicación del virus y las defensas del organismo infectado. La duración suele ser de años y dependerá del nivel de

viremia alcanzado, así como de la respuesta inmune. Se distinguen varios grupos de pacientes en función de su progresión (47)

- Progresores rápidos, supone entre un cinco y un diez por ciento de los pacientes infectados. La progresión al estado de enfermedad o SIDA oscila entre uno y cinco años. Se caracterizan por una rápida disminución de linfocitos CD4 y una replicación del virus con cargas virales superiores a diez mil copias de ARN/ml. Disminuye la respuesta de los linfocitos CD8 y en general bajos niveles de anticuerpos.
- Progresores típicos, supone la mayoría de infectados (de un ochenta a un noventa por ciento). Progresan a SIDA entre cinco y diez años. Se caracterizan por presentar una disminución progresiva de linfocitos CD4; importante respuesta de los linfocitos CD8 así como una disminución importante de la carga viral tras la primera infección.
- Progresores lentos o no progresores, suponen entre un cinco y un diez por ciento de los infectados. Son pacientes asintomáticos con más de diez años de seguimiento, con una respuesta inmunológica tanto celular como humoral importante y con cargas virales muy bajas o incluso negativas. (Siempre referido a pacientes no tratados con antirretrovirales).

1.3.3.- Fase de enfermedad

Es la última fase de la evolución natural de la infección VIH. Se caracteriza por el fracaso inmunitario del huésped, con incapacidad de producir linfocitos CD4 y con una merma de los mismos (menos de 100 CD4 /mm³); con una multiplicación viral muy elevada (cargas virales superiores a 10⁶ copias/mm³), poniendo al organismo a merced de infecciones oportunistas variadas por ejemplo virales como citomegalovirus; parásitos como el *criptosporidium*; hongos como las candidiasis; y bacterianas como neumonía por *Pneumocytis jirovecii*, tuberculosis, entre otras (47).

Al existir una pérdida de la vigilancia inmunológica también pueden aparecer proliferaciones neoplásicas como linfomas o incluso sarcoma de

Kaposi. Las terapias antirretrovirales altamente efectivas iniciadas a partir de 1996, no sólo han modificado la historia natural de esta enfermedad, también han originado una disminución muy importante de todas aquellas infecciones oportunistas y proporcionado mejor calidad de vida al paciente (47).

1.4.- Clasificación de la infección por VIH

La primera clasificación para poder estratificar los casos se realizó en 1986 por parte del *Center for Diseases Control* en Atlanta (CDC) (29).

En 1987 se le añadieron algunas enfermedades a la clasificación anterior para ir completado la casuística (30).

En 1993 se realizó una nueva clasificación, que incluía tres nuevas entidades nosológicas como el cáncer de cérvix, tuberculosis y neumonías recurrentes. También se añadió un nuevo criterio, el número de linfocitos CD4 para que pudiera aportar el valor pronóstico en función del estado inmunológico de los pacientes (35).

La clasificación se establece considerando tres categorías:

Categoría A: pacientes con infección aguda o infección crónica asintomática.

Categoría B: Pacientes con trastornos menores.

Categoría C: Enfermedades diagnósticas de SIDA.

Después se establecen tres niveles en función del grado de inmunidad:

Nivel 1: pacientes con cifras de linfocitos CD4+ superiores a 500 cél./mm.

Nivel 2: Pacientes con cifras de linfocitos CD4+ entre 200-499 cél./mm.

Nivel 3: Pacientes con cifras de linfocitos CD4+ inferiores a 200 cél./mm.

Las categorías unidas al nivel inmunológico determinarán la clasificación.

Se consideran diagnósticos de SIDA: en general las categorías del grupo C (C1, C2, C3 independientemente de la situación inmunológica). Por incluir aquellas situaciones clínicas diagnósticas de SIDA (tabla 2).

Dentro de la categoría B Se considera caso de SIDA la categoría B3, siempre que a la situación de inmunodepresión se suma a una de las patologías susceptibles de ser caso de SIDA (tabla 3).

El en grupo A, que sería el de aquellos pacientes asintomáticos, se considera caso de SIDA a la categoría A3, por presentar un déficit inmunitario importante.

La incorporación en 1993 a la clasificación, de las tres nuevas patologías comentadas (cáncer de cérvix, tuberculosis y neumonías recurrentes), supuso un aumento de los casos de SIDA en 1994 con respecto a los años anteriores, en especial en las prisiones, a costa de casos de tuberculosis (48).

Esta clasificación de 1993 es la vigente para adultos y adolescentes a partir de trece años (tabla 1).

Tabla 1: Clasificación de la infección VIH (CDC 1993)

Cifra de linfocitos CD4	CATEGORÍAS CLÍNICAS		
	A	B	C
>500 cél./mm.	A1	B1	C1
200-499 cél./mm.	A2	B2	C2
< 200 cél./mm.	A3	B3	C3

Fuente: Guía práctica del SIDA 8ª Edición (47).

Tabla 2: Entidades diagnósticas que definen inclusión en la categoría C

- 1.- Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
 - 2.- Candidiasis esofágica.
 - 3.- Carcinoma de cérvix invasivo *.
 - 4.- Coccidioidomicosis diseminada.
 - 5.- Criptococosis extrapulmonar.
 - 6.- Criptosporidiasis, con diarrea de más de un mes.
 - 7.- Infección Citomegalovirus en órganos distintos a (hígado, bazo, ganglios).
 - 8.- Retinitis por Citomegalovirus.
 - 9.- Encefalopatía por VIH.
 - 10.- Infección virus herpes simple mucocutáneo (más de 1 mes de evolución).
 - 11.- Histoplasmosis diseminada.
 - 12.- Isosporidiasis crónica (más de 1 mes de evolución).
 - 13.- Sarcoma de Kaposi.
 - 14.- Linfoma de Burkitt o equivalente.
 - 15.- Linfoma inmunoblástico o equivalente.
 - 16.- Linfoma cerebral primario.
 - 17.- Infección por *Mycobacterium avium* (diseminada o extrapulmonar)
 - 18.- Tuberculosis pulmonar *.
 - 19.- Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
 - 20.- Infección por otras micobacterias, diseminada o extrapulmonar.
 - 21.- Neumonía por *Pneumocystis jirovecii*.
 - 22.- Neumonía recurrente *.
 - 23.- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
 - 24.- Sepsis recurrentes por especies de *Salmonella* distintas a *S. tify*
 - 25.- Toxoplasmosis cerebral en pacientes de más de un mes de edad.
 - 26.- *Wasting síndrome* o síndrome constitucional.
-

(*) Categorías nuevas a parte de las clasificaciones de 1986 (29), 1987 (31).

Fuente: Guía práctica del SIDA 8ª edición (47)

Por lo que corresponde a las enfermedades definatorias de caso de SIDA incluidas en el Grupo B, se describen a continuación (tabla 3).

Tabla 3: Entidades diagnósticas que definen inclusión en categoría B

-
- 1.- Angiomatosis bacilar.
 - 2.- Candidiasis oral.
 - 3.- Candidiasis vulvo-vaginal persistente o recidivante.
 - 4.- Displasia cervical uterina moderada o severa.
 - 5.- Fiebre superior a 38,5°C o diarrea de más de un mes de evolución.
 - 6.- Leucoplasia oral vellosa.
 - 7.- Herpes Zoster (más de un episodio o multimetamérico)
 - 8.- Púrpura trombocitopénica ideopática.
 - 9.- Listeriosis.
 - 10.- Enfermedad inflamatoria pélvica.
 - 11.- Neuropatía periférica.
 - 12.- Otras complicaciones menores asociadas a la infección por el VIH.
-

Fuente: Guía práctica del SIDA 8ª edición (47)

La historia natural de la infección por el VIH ha experimentado un cambio radical desde la aparición de las terapias antirretrovirales de gran actividad, que combinan varios fármacos con la finalidad de disminuir la viremia y aumentar el número de linfocitos CD4, produciéndose una disminución en la morbilidad y mortalidad, y por tanto aumentando la supervivencia de los pacientes infectados (49).

1.5. Algunos datos epidemiológicos de la infección por VIH

Desde la aparición de los primeros casos de infección en 1981, el VIH se ha ido distribuyendo por todo el mundo, configurándose como una pandemia de finales del siglo XX. El crecimiento de contagios fue progresivo, llegando en 1998 a su pico máximo y disminuyendo a partir de aquí paulatinamente.

Según fuentes de ONUSIDA (50), desde el inicio y hasta el cierre de datos en 2020 se produjeron 79,3 millones de infectados. Falleciendo como consecuencia de enfermedades relacionadas con el SIDA un total de 36,3 millones de personas.

1.5.1.- Datos epidemiológicos a nivel mundial

En 2020 un total de 37,7 millones de personas vivían con el VIH (50), de los cuales:

- 36,0 millones eran personas adultas.
- 1,7 millones eran niños hasta los 14 años.

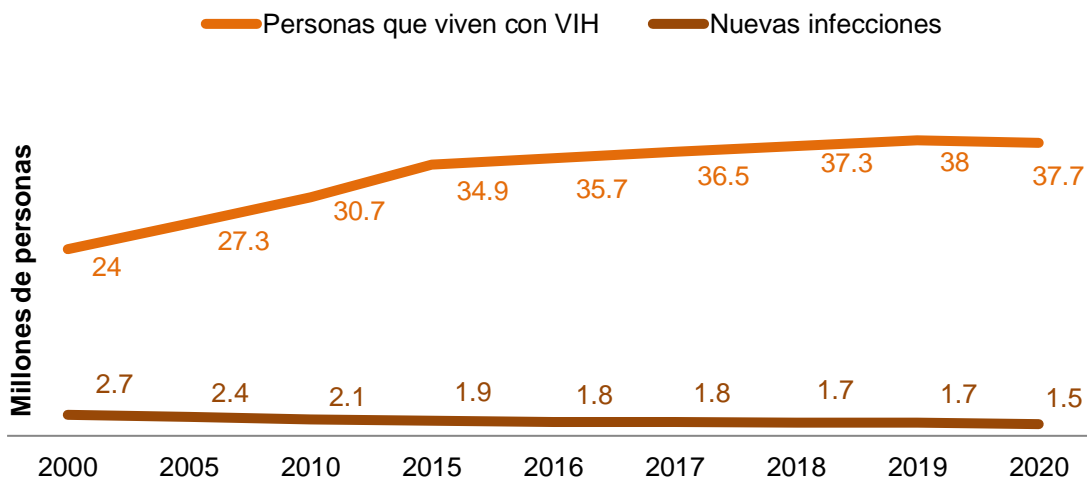
El 84% de los infectados eran conocedores de su estado serológico respecto al VIH. Al cierre de junio de 2021, 28,2 millones de personas tenían acceso a la terapia antiretroviral (50).

Con respecto a las nuevas infecciones originadas, se alcanzó el pico máximo en 1998 con un total de 2,8 millones de nuevas infecciones en ese año, reduciéndose hasta la actualidad en un 52%. En 2020 se originaron un total de 1,5 millones de infecciones (50).

Con respecto a la mortalidad por causas relacionadas con el SIDA, se alcanzó el pico máximo en 2004 con 1,7 millones de defunciones. Se ha reducido hasta la actualidad en algo más del 47%. En 2020 fueron 680 000 óbitos relacionados con el SIDA (50).

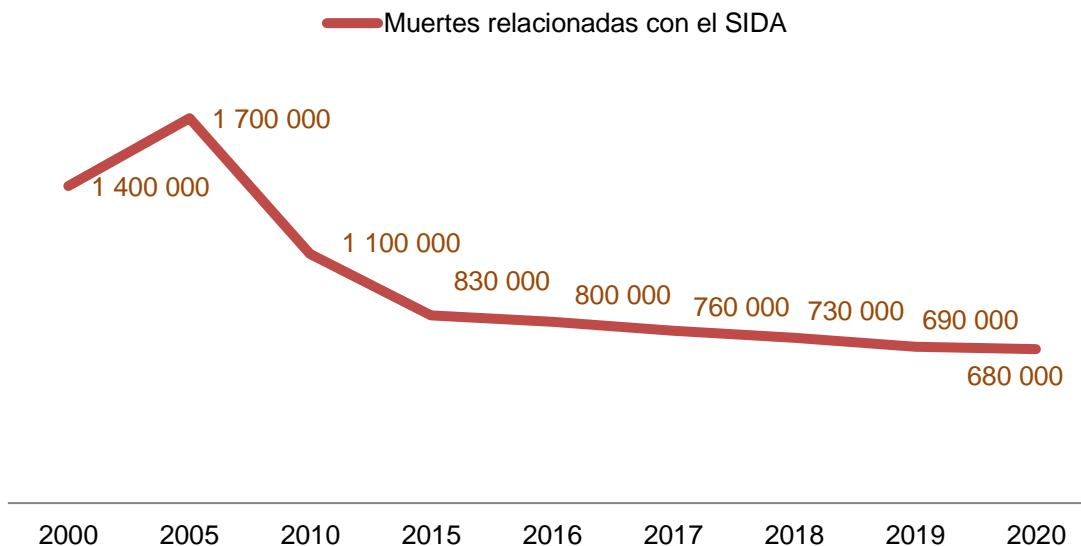
En las siguientes figuras se representa gráficamente la evolución a través de los años de las personas que viven con el VIH y las nuevas infecciones originadas a nivel mundial (Figura 3). También el número de fallecimientos en un periodo de veinte años (Figura 4).

Figura 3: Evolución de la infección VIH a nivel mundial



Fuente: ONUSIDA (50)

Figura 4: Evolución de muertes relacionadas con el SIDA a nivel mundial



Fuente: ONUSIDA (50)

Por lo que respecta a la distribución por regiones que establece la Organización de Naciones Unidas (ONU), Las cifras se pueden apreciar en la tabla siguiente (tabla 4).

Tabla 4: Datos regionales de la ONU en 2020

REGIÓN	Personas que viven con VIH	Nuevas infecciones 2020	Muertes relacionadas
África Oriental y Meridional	20,6 Millones	670 000	310 000
Asia y el Pacífico	5,8 Millones	240 000	130 000
África Occidental y Central	4,7 Millones	200 000	150 000
Europa Occidental, Central y América del norte	2,2 Millones	67 000	13 000
América latina	2,1 Millones	100 000	31 000
Europa Oriental y Asia Central	1,6 Millones	140 000	35 000
El Caribe	330 000	13 000	6000
Oriente Medio y África Septentrional	230 000	16 000	7900
TOTAL MUNDIAL:	37,7 Millones	1,5 Millones	680 000

Fuente: ONUSIDA (50)

El riesgo de contraer VIH a nivel mundial en 2020 (50):

- Es treinta y cinco veces mayor entre las personas que se inyectan drogas (PID).
- Treinta y cuatro veces mayor para personas transgénero.
- Veintiséis veces mayor para las personas que ejercen la prostitución.

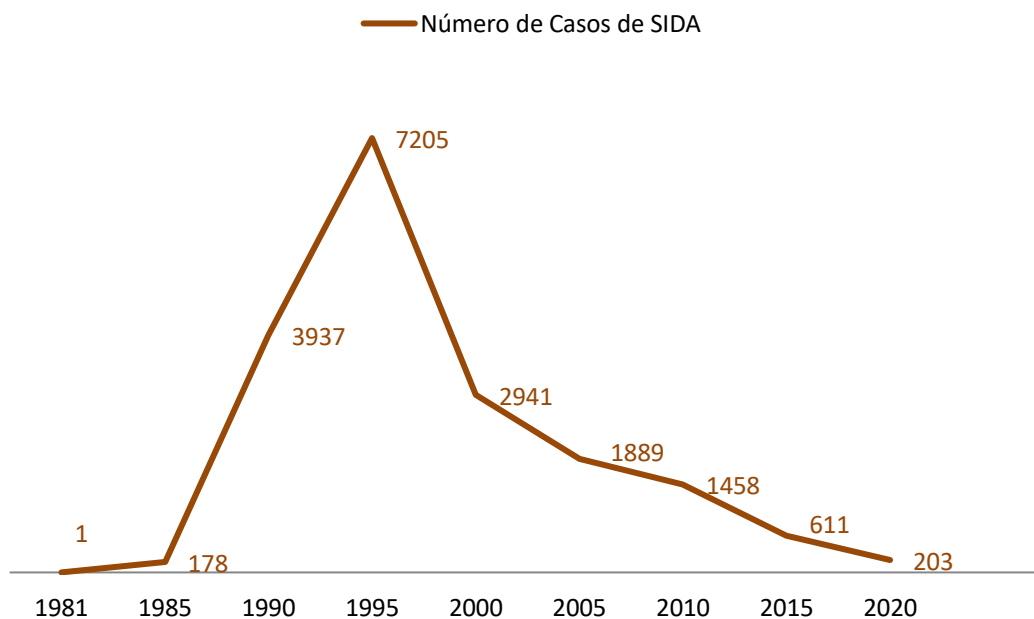
- Veinticinco veces mayor entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH).
- Aunque el VIH puede infectar a cualquier persona, está demostrado que puede afectar preferentemente a algunos grupos como son prostitución y sus clientes, HSH, PID, transgénero y sus parejas sexuales, representaron en 2020, el sesenta y cinco por ciento de las nuevas infecciones a nivel mundial (50).

1.5.2.- Datos epidemiológicos a nivel nacional

Según los últimos datos facilitados por el Sistema de Información de nuevos diagnósticos de VIH y el Registro Nacional de Casos de SIDA (51), desde el inicio y hasta el 30/06/2021 se notificaron en nuestro país un total de 88 684 casos de SIDA, de los que: 70 711 fueron hombres y 17 973 mujeres.

Se alcanzó el pico máximo a mediados de los noventa, iniciando un progresivo declive desde 1996, tras la generalización de los tratamientos antiretrovirales de gran actividad.

Figura 5: Evolución anual de los Casos de SIDA en España

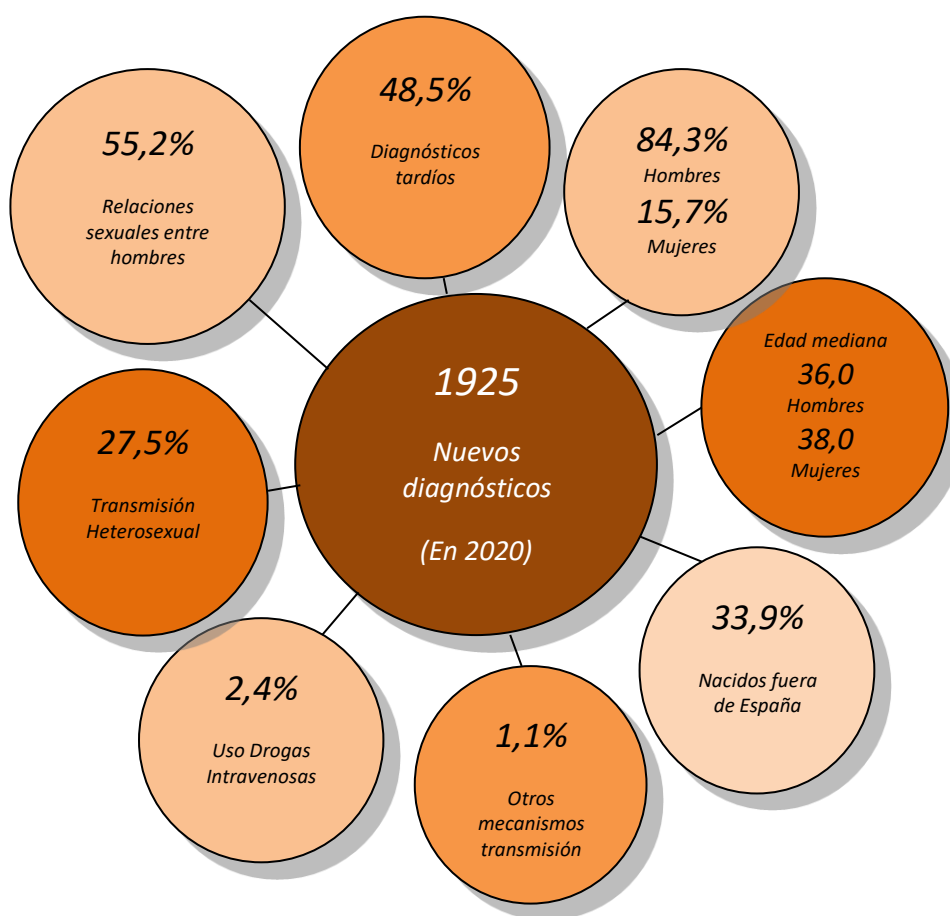


Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA (51)

Durante 2020 se registraron 1925 nuevos diagnósticos de SIDA. Las tasas globales de estos nuevos diagnósticos en España están en niveles similares a las de otros países de Europa Occidental, aunque la tasa es superior a la de la media de la Unión Europea (51).

Las nuevas infecciones por VIH en nuestro país son transmitidas fundamentalmente por vía sexual, de las cuales ocupan un lugar prioritario las relaciones sexuales no protegidas entre hombres (51).

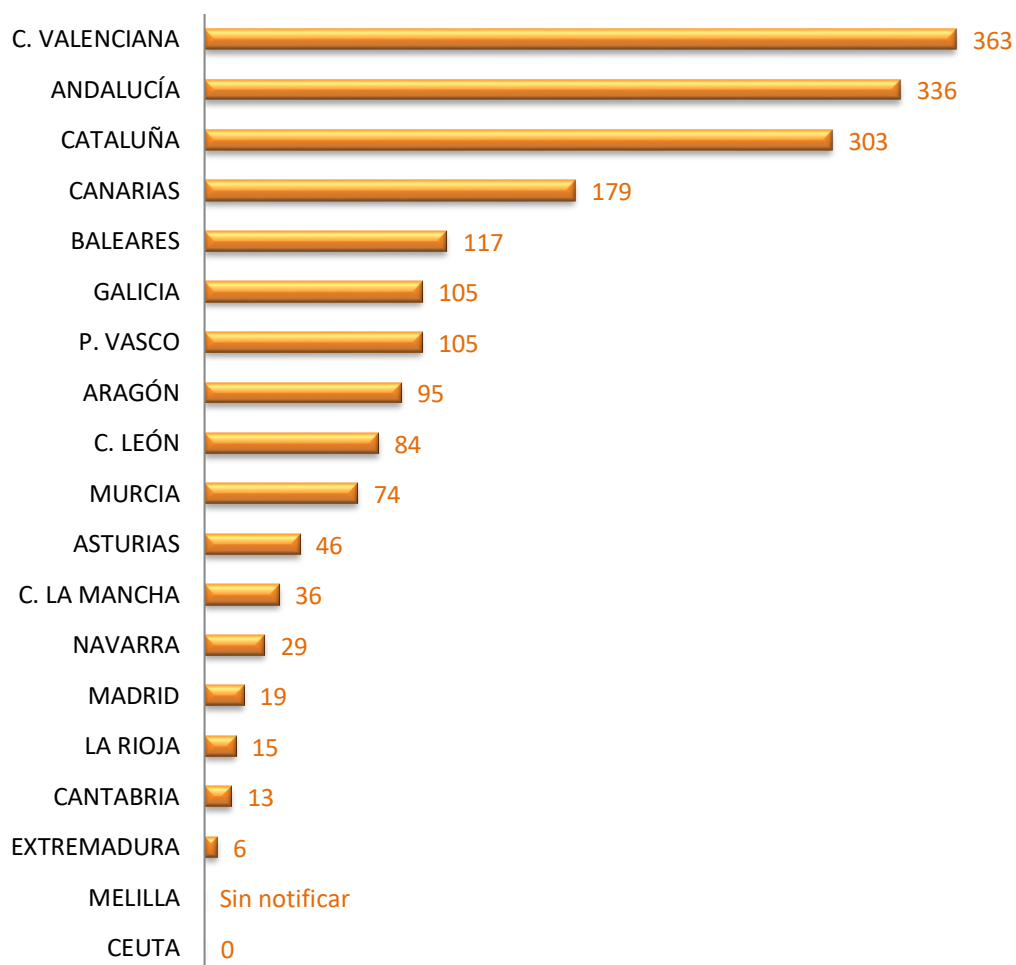
Figura 6: Características de los nuevos diagnósticos de SIDA en España



Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA (51)

La distribución por Comunidades Autónomas se representa a continuación (figura 7), donde la Comunidad Valenciana, Andalucía y Cataluña encabezan el listado de número de nuevos diagnósticos de SIDA (51).

Figura 7: Nuevos diagnósticos SIDA por Comunidades Autónomas. 2020



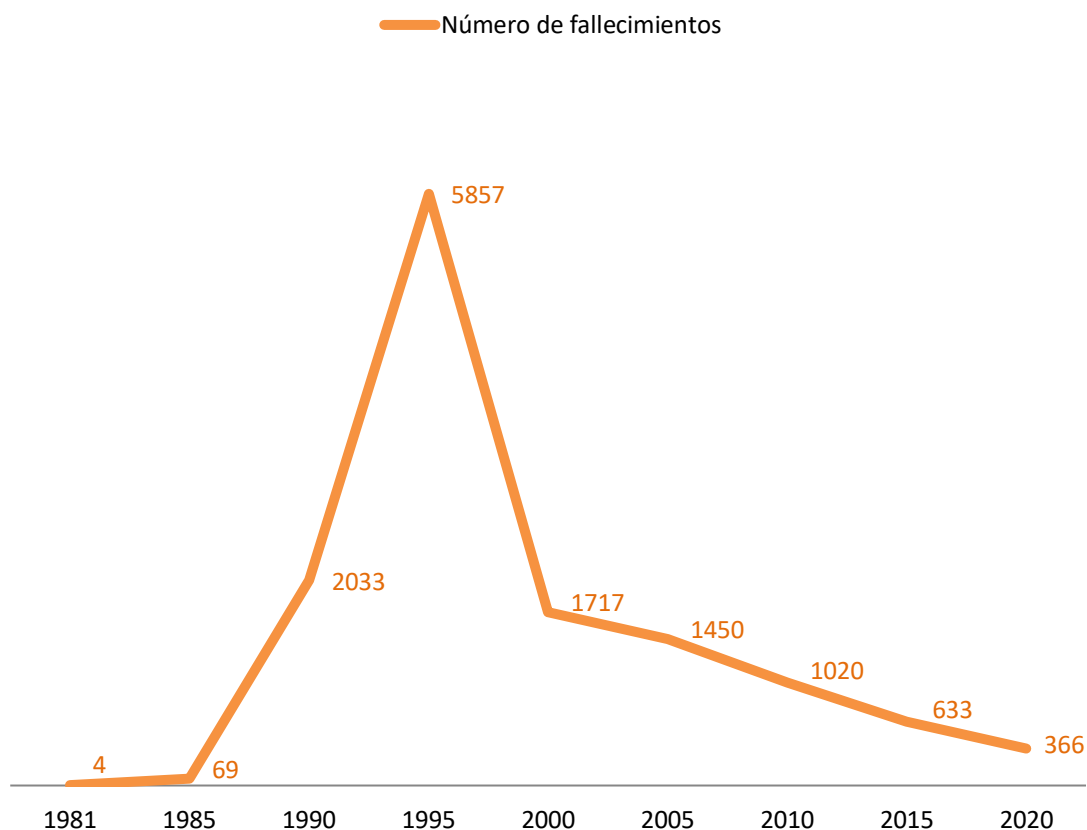
Fuente: Registro Nacional de Casos de SIDA (51)

La mortalidad por VIH/SIDA ha disminuido progresivamente gracias a las terapias antirretrovirales de alta eficacia, según refiere el Plan Nacional sobre SIDA (52).

Entre 1981 y 2020 fallecieron un total de 59 891 personas como consecuencia del VIH/SIDA. El mayor número de defunciones se alcanzó en 1995 con un total de 5875. A partir de este año disminuyó un 68% hasta 1998, siendo más lento el descenso a partir de 1999.

Solo durante 2020 fallecieron como consecuencia de esta enfermedad 366 personas: 293 (80,1%) hombres y 73 (19,9%) mujeres, que sobre el total de defunciones que fue de 493 776 suponen (0,7 por 1000). La tasa de mortalidad global por VIH/SIDA fue de 0,8 por 100 000 habitantes. Ver figura 8 (52).

Figura 8: Número de fallecimientos por VIH/SIDA en España

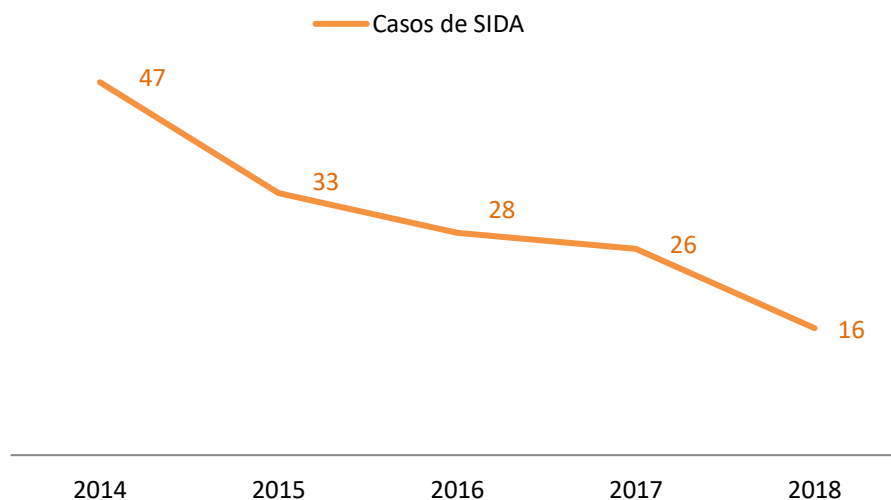


Fuente: Plan Nacional sobre el SIDA (52)

1.5.3.- Algunos datos epidemiológicos de la Comunidad Valenciana

Según los últimos datos accesibles, en la Consellería de Sanitat, a través del Sistema de Vigilancia del VIH/SIDA, se declararon como casos de SIDA en 2018 un total de dieciséis, experimentando un ligero descenso en los últimos años como se aprecia en la figura 9 (53).

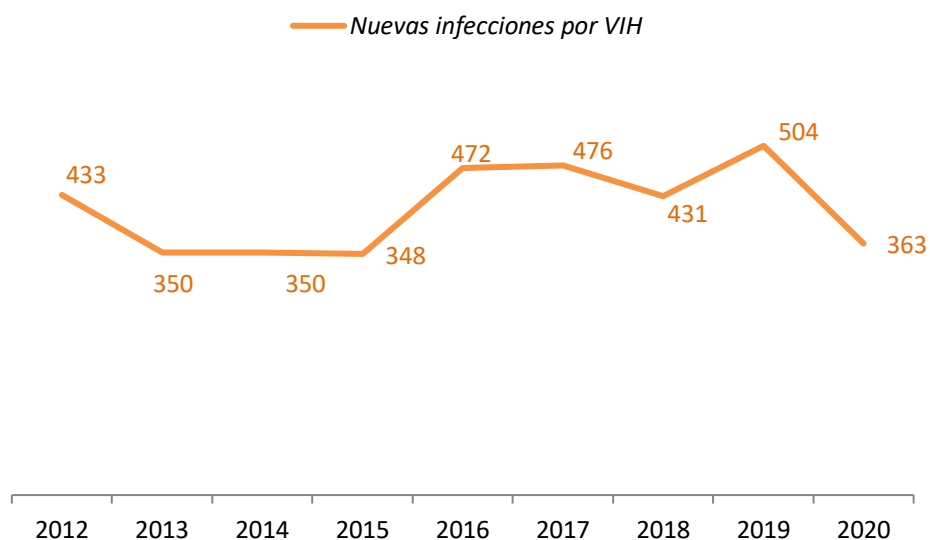
Figura 9: Casos de SIDA declarados en la Comunidad Valenciana



Fuente: Consellería de Sanidad (53)

En base a la información ofrecida por el Centro Nacional de Epidemiología se puede apreciar la evolución de las nuevas infecciones VIH.

Figura 10: Evolución nuevas infecciones por VIH Comunidad Valenciana

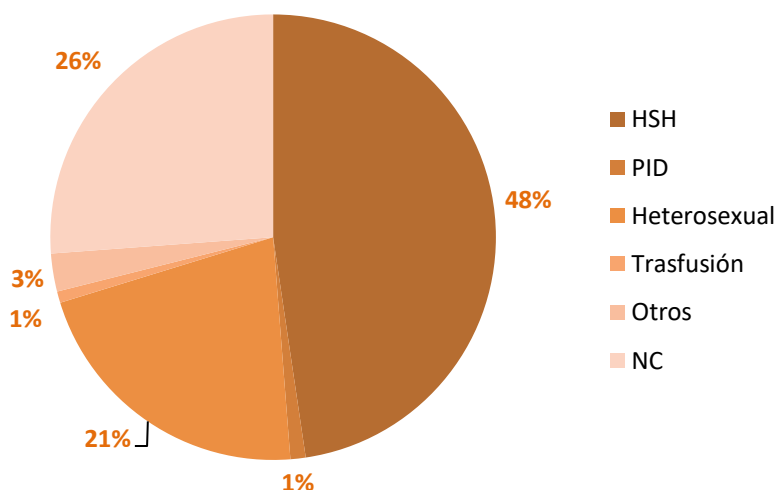


Fuente: Registro Nacional de Casos de Sida (51)

A pesar del descenso con respecto a otros años, fue la Comunidad Valenciana la que encabezó a nivel autonómico el mayor número de nuevas infecciones durante 2020 (51).

El mecanismo de transmisión principal es el de origen sexual (69,2%) de los infectados, especialmente hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y por vía heterosexual (51). (Figura 11).

Figura 11: Principales vías de transmisión de las nuevas infecciones en la Comunidad Valenciana en 2020



Fuente: Registro Nacional de Casos de Sida (51)

1.5.4.- Algunos datos epidemiológicos de instituciones penitenciarias

La asistencia sanitaria durante los primeros años de la pandemia en los centros penitenciarios fue bastante precaria. A finales de 1989 se produjo un punto de inflexión, con la creación de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, organizándose una red sanitaria, paralela a la del Sistema Nacional de Salud a lo largo de los años noventa.

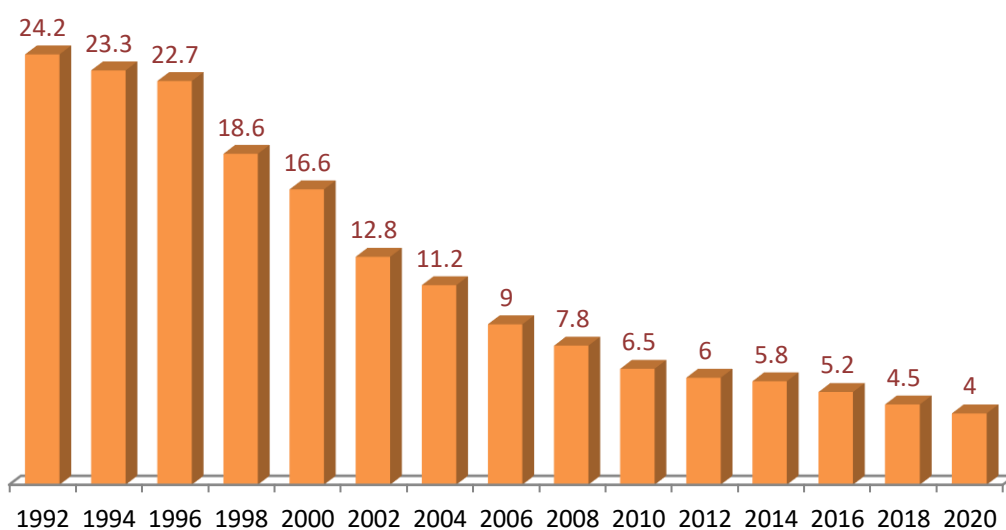
Los primeros datos epidemiológicos comienzan a ser fiables a partir de este momento, pues anteriormente no había registros adecuados. Además, la infección VIH modificaría completamente el devenir de la asistencia sanitaria en los centros penitenciarios (54).

La Administración General del Estado, por otro lado, transfirió las competencias en materia de administración penitenciaria a Cataluña en 1984 mediante el Real Decreto 3482/1983 de veintiocho de diciembre, publicado en el Boletín Oficial del Estado (55), razón por la que se habla de cifras correspondientes a la Administración General del Estado, para referirse a todos los centros penitenciarios a excepción de los de Cataluña.

Posteriormente en 2011 se transferirían las competencias en materia de sanidad al País Vasco, mediante Real Decreto 894/2011 de veinticuatro de junio, publicado en el Boletín Oficial del Estado (56).

La prevalencia de infecciones de VIH en porcentaje sobre la población penitenciaria, ofrece una visión de la importancia que supuso para los centros penitenciarios (figura 12). Como se puede observar afectaba a una cuarta parte de la población al inicio de los años noventa (57).

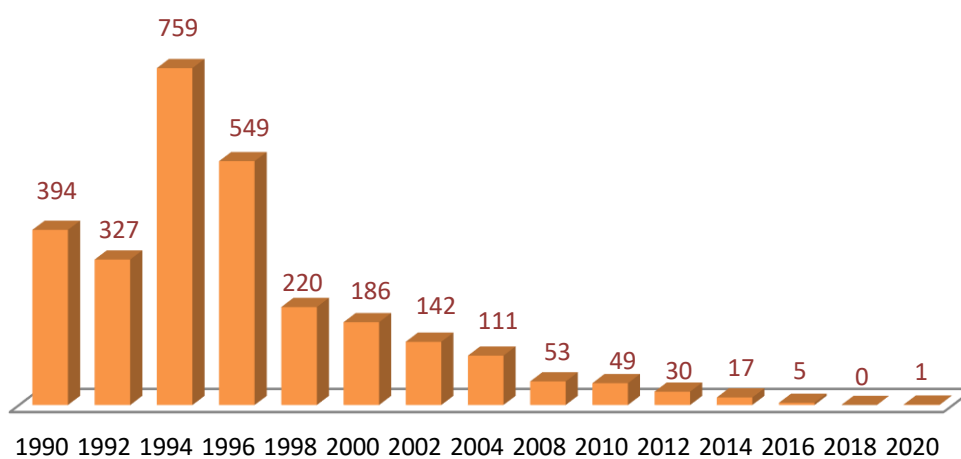
Figura 12: Prevalencia de infección VIH en población penitenciaria (en porcentaje).



Fuente: Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria (57)

Los Casos de SIDA declarados en prisiones dependientes de la Administración General del Estado (Figura 13), también han seguido una evolución descendente y de forma particular a partir de 1994, año donde se incrementó la cifra, como consecuencia de la nueva clasificación de casos de SIDA de 1993, donde se incluyó la tuberculosis como enfermedad definitoria de caso de SIDA lo que supuso en prisiones un mayor número de declaraciones.

Figura 13: Evolución del número de casos de SIDA en prisiones



Fuente: Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria (58)

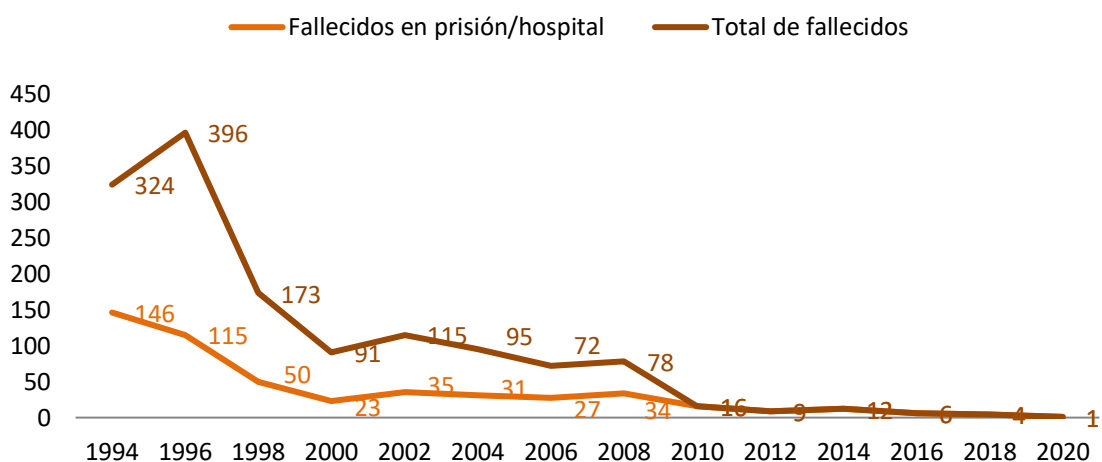
El perfil actual de los casos de SIDA diagnosticados en prisión, es el de hombre, español, con una media de edad entorno a los cuarenta años en el momento del diagnóstico. Según vías de transmisión el grupo mayoritario está constituido por el de los usuarios de drogas por vía intravenosa, aunque con una tendencia progresivamente decreciente. El segundo grupo en importancia es el de relaciones heterosexuales sin protección. Este con una tendencia ascendente. El grupo de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, es minoritario en prisión y más si se compara con la población general (59).

Las enfermedades diagnosticadas de caso de SIDA más habituales en prisión son la tuberculosis pulmonar y las neumonías por *Pneumocystis Jiroveccii* (59). Por lo que respecta a la mortalidad por SIDA en los centros

penitenciarios se produjo en 2020 un sólo fallecimiento bajo custodia judicial (60).

Puede apreciarse la evolución del total de fallecimientos por VIH/SIDA en prisiones: tanto los que fallecieron en los centros penitenciarios o en su hospital de referencia (figura 14), como la diferencia con el total, que está constituida por los que fallecieron en situación de permisos penitenciarios (59).

Figura 14: Evolución de la mortalidad por VIH/SIDA en prisiones



Fuente: Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria (58)

La disminución de la prevalencia, así como de la mortalidad por VIH/SIDA en las prisiones se ha debido fundamentalmente a (59):

- La administración sistemática de tratamientos antirretrovirales de gran actividad, con vigilancia de su adecuada adherencia.
- Los programas de reducción de daños en usuarios de drogas por vía parenteral, que al inicio de la pandemia constituía el mecanismo de transmisión responsable de las tres cuartas partes de las infecciones por VIH en prisión.
- Programas de prevención y promoción de salud.

1.6. Vías de transmisión del virus

Son tres, vía sexual, sanguínea y materno-infantil (61).

- Trasmisión por vía sexual, es la vía de contagio más frecuente en el mundo. La OMS estimó en 2019 en un sesenta por ciento de las nuevas infecciones por VIH por esta vía. Por regiones, Europa (Oriental, Central y Occidental), Asia central y Pacífico; América de Norte, Oriente Medio y Norte de África, supuso el noventa y cinco por ciento de los contagios (62).

Se origina como consecuencia de prácticas sexuales, vaginales, anales u orales, sin protección con una persona portadora del virus

- A través de relaciones sexuales homosexuales, hombres que mantienen sexo con hombres por vía ano-rectal sin protección.
- A través de relaciones heterosexuales.
- Trasmisión parenteral es aquella que ocurre cuando se pone en contacto sangre contaminada por el virus, con la sangre de una persona no infectada.
 - Uso compartido de jeringuillas para inyección de drogas por vía intravenosa.
 - Compartir materiales que puedan originar la transferencia del virus a través de restos sanguíneos, como uso de cepillos dentales, corta uñas, rulos de esnifar cocaína, etc. de forma compartida.
 - Factores de coagulación obtenidos a través de sangre contaminada.
 - Trasfusiones sanguíneas con muestras contaminadas. En la actualidad se someten a un control muy exhaustivo por los bancos de sangre desde 1987 en nuestro país.
 - Inoculación accidental. Personal sanitario por accidente biológico.
 - Donación de órganos de pacientes infectados. Se realiza comprobación previamente en el donante, al igual que con las muestras de sangre y los concentrados.
 - Donaciones de semen o de leche materna.

- Trasmisión materno-infantil, es la que se puede producir de madre infectada a hijo, en tres momentos concretos
 - Durante el embarazo.
 - En el momento del parto.
 - Como consecuencia de la lactancia materna.

1.7. Diagnóstico de la infección por VIH

El diagnóstico está basado en pruebas de laboratorio. Existen dos tipos de métodos para su determinación (47):

- Métodos directos, son aquellos basados en detectar la presencia del virus o de parte de sus constituyentes (proteínas y ácidos nucleicos).
 - Cultivo del virus.
 - Detección de ácidos nucleicos, PCR (reacción en cadena de la polimerasa), bDNA (*branched DNA*), NASBA (amplificación basada en la transcripción de ácidos nucleicos).
 - Antigenemia p24 (proteína de la cápside del virus).
- Métodos indirectos, son aquellos que establecen el diagnóstico a partir de la respuesta inmunitaria del organismo (humoral o celular).
 - Detección de anticuerpos específicos
 - Pruebas de *Screening* como EIA (Enzimoimmunoanálisis); ELISA (Enzimoimmunoanálisis de adsorción), (ELFA (enzimoimmunoanálisis de fluorescencia) Pruebas de aglutinación, etc.
 - Pruebas de confirmación y suplementarias como WB (*Western Blot*); RIPA (radioinmunoprecipitación); IFI (inmunofluorescencia indirecta); LIA (inmunoanálisis lineal), etc.
 - Investigación de la inmunidad celular específica.

En la actualidad con la cantidad de determinaciones que se solicitan a nivel hospitalario (trasplantes, embarazadas, pacientes de hemodiálisis, etc.) hacen necesario la existencia de por lo menos tres técnicas de cribado con

distinto principio o base antigénica y una técnica de confirmación preferentemente *Western-Blot* (63).

La FDA autorizó en 1996 por primera vez la comercialización de test rápidos a partir de muestras de saliva, pudiendo ser utilizados como pruebas de *screening* por su coste más reducido con respecto a las pruebas convencionales. Pronto se comercializarían estos test, también a partir de otras muestras como orina o sangre capilar, con una sensibilidad y especificidad elevada. No obstante, en casos de resultados positivos, es conveniente realizar una prueba de laboratorio para confirmar el diagnóstico (64,65).

1.8. Tratamiento

El tratamiento antirretroviral (TARV) de la infección VIH y su indicación han sufrido muchas variaciones en el tiempo, pero los dos criterios fundamentales para el inicio de la terapia antirretroviral y el control evolutivo de la enfermedad durante todo este tiempo, han sido el número de linfocitos CD4 y la carga viral plasmática del VIH (66).

En un principio se adoptaron como criterios de inicio de tratamiento (66):

- Pacientes sintomáticos, independiente de CD4 y de Carga Viral (CV).
- Pacientes asintomáticos con CD4 < 350 /ml. Independiente de su CV.
- Pacientes asintomáticos con CD4 ≥ 350/ml. y CV ≥ 100 000 copias.

En la actualidad el criterio de inicio es detectar la infección. Cuanto más precozmente se inicie tratamiento, mejor pronóstico se espera para el paciente.

Sería excesivamente prolijo y no es objeto de análisis en estas líneas el describir todas las combinaciones de antirretrovirales que se han utilizado en el tratamiento de la Infección VIH, pero para facilitar la comprensión, se expone en la tabla 5 los fármacos empleados hasta ahora (33).

Tabla 5: Medicamentos autorizados por la FDA para tratar la infección por VIH

Grupo	Actuación	Nombre genérico (abreviatura)	Nombre comercial	Fecha autorización FDA
Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos. (ITIAN)	Bloquean la transcriptasa inversa, enzima que necesita el virus para reproducirse.	ZIDOVIDINA (AZT)	Retrovir®	19/03/1987
		LAMIVUDINA (3TC)	Epivir®	17/11/1995
		ABACAVIDIR (ABC)	Ziagen®	17/12/1998
		TENOFOVIR (TDF)	Viread®	26/10/2001
		EMTRICITABINA (FTC)	Emtriva®	02/07/2003
Inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de nucleósidos. (ITINAN)	Se liga alterando la transcriptasa inversa, enzima necesaria para la reproducción del virus.	EFAVIRENZ (EFV)	Sustiva®	17/09/1998
		ETRAVIRINA (ETR)	Intelence®	18/01/2008
		NEVIRAPINA (NVP)	Viramune®	25/03/2011
		RILPIVIRINA (RPV)	Edurant®	20/05/2011
		DORAVIRINA (DOR)	Pifeltro®	30/08/2018
Inhibidores de la proteasa. (IP)	Bloquean la enzima proteasa del virus, necesaria para su reproducción.	SAQUINAVIR (SQV)	Invirase®	06/12/1995
		RITONAVIR (RTV)	Norvir®	01/03/1996
		NELFINAVIR (NLF)	Viracept®	14/03/1997
		ATAZANAVIR (ATV)	Reyataz®	20/06/2003
		FOSAMPRENAVIR (FPV)	Lexiva®	20/10/2003
		TIPRANAVIR (TPV)	Aptivus®	22/06/2005
Inhibidores de la fusión (IF)	Impide la penetración del virus en los linfocitos CD4	DARUNAVIR (DRV)	Prezista®	23/06/2006
		ENFUVIDITIDE (T-20)	Fuzeon®	13/03/2003
Antagonistas de CCR5	Bloquean los correceptores CCR5 en la superficie de los linfocitos CD4	MARAVIROC (MVC)	Celsentri®	06/08/2007
Inhibidores de la Integrasa (INI)	Bloquean la enzima integrasa	DOLUTEGRAVIR (DTG)	Tivicay®	13/08/2013
		ELVITEGRAVIR (EVG)	Vitekta®	24/09/2014
		RALTEGRAVIR (RAL)	Isentress®	26/05/2017
Inhibidores de la fijación	Inhibidor de la fusión por la proteína gp120	FOSTEMSAVIR (FOS)	Rukobia®	02/07/2020
Inhibidores post-fijación	Bloquean receptores de los CD4 en superficie de ciertos inmunocitos	IBALIZUMAB-UIYK	Trogarzo®	06/03/2018
Potenciadores farmacocinéticos	Incrementan la eficacia de medicamentos incluidos en un mismo régimen	COBICISTAT (COBI,c)	Tybost®	24/09/2014

Fuente: HIVinfo.NIH.gov (33)

En la actualidad se tiende a simplificar los tratamientos mediante la combinación de distintos fármacos en un solo comprimido, facilitando así la adherencia al tratamiento y la comodidad del paciente (33).

Tabla 6: Combinaciones farmacológicas en una única presentación

Nombre genérico (abreviatura)	Nombre comercial	Fecha autorización FDA
LAMIVUDINA, ZIDOVUDINA (3TC /ZDV)	Combivir®	27/09/1997
LOPINAVIR, RITONAVIR (LPVr, LPV /RTV)	Kaletra®	15/09/2000
ABACAVIR, LAMIVUDINA, ZIDOVUDINA (ABC / 3TC / ZDV)	Trizivir®	14/11/2000
EMTRICITABINA, TENOFOVIR (FTC / TDF)	Truvada®	02/08/2004
ABACAVIR Y LAMIVUDINA (ABC/3TC)	Kivexa®	17/12/2004
EFAVIRENZ, EMTRICITABINA, TENOFOVIR (EFV / FTC /TDF)	Atripla®	17/07/2006
EMTRICITABINA, RILPIVIRINA, TENOFOVIR (FTC / RPV /TDF)	Complera®	10/08/2011
ELVITEGRAVIR, COBICISTAT, EMTRICITABINA, TENOFOVIR (EVG /COBI / FTC / TDF)	Stribild®	27/08/2012
ABACAVIR, DOLUTEGRAVIR, LAMIVUDINA (ABC / DTG / 3TC)	Triumeq®	22/08/2014
DARUNAVIR, COBICISTAT (DAR / COBI)	Rezolsta®	19/11/2014
ATAZANAVIR, COBICISTAT (ATZ / COBI)	Evotaz®	29/01/2015
ELVITEGRAVIR, COBICISTAT, EMTRICITABINA, ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR (EVG /COBI / FTC / TAF)	Genvoya®	05/11/2015
EMTRICITABINA, RILPIVIRINA, ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR (FTC /RPV/ TAF)	Odefsey®	01/03/2016
EMTRICITABINA, ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR (FTC /TAF)	Descovy®	04/04/2016
DOLUTEGRAVIR, RILPIVIRINA (DTG / RPV)	Juluca®	21/11/2017
BICTEGRAVIR, EMTRICITABINA, ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR (BIC / FTC /TAF)	Biktarvy®	07/02/2018
LAMIVUDINA, TENOFOVIR (3TC / TDF)	Cimduo®	28/02/2018
EFAVIRENZ, LAMIVUDINA, TENOFOVIR (EFV /3TC / TDF)	Symfi®	22/03/2018
DARUNAVIR, COBICISTAT, EMTRICITABINA, ALAFENAMIDA DE TENOFOVIR (DRV /COBI/FTC /TAF)	Symtuza®	17/07/2018
DORAVIRINA, LAMIVUDINA, TENOFOVIR (DOR/ 3TC / TDF)	Delstrigo®	30/08/2018
DOLUTEGRAVIR, LAMIVUDINA (DTG / 3TC)	Dovato®	08/04/2019

Fuente: HIVinfo.NIH.gov (33)

Las cifras de linfocitos CD4 y las cargas virales servirán para controlar la evolución del tratamiento y su adherencia. Puesto que no se puede erradicar el VIH con los tratamientos actuales, el objetivo es conseguir la supresión de la carga viral plasmática para evitar la progresión de la infección (66).

Existe un tratamiento para aquellas personas que han podido tener una exposición accidental, que se denomina profilaxis posterior a la exposición (PPE), basado en la utilización de antiretrovirales a corto plazo con la finalidad de evitar contraer la infección después de una exposición accidental de tipo ocupacional (por ejemplo en personal sanitario) o no ocupacional (por ejemplo relaciones sexuales de riesgo sin protección, uso de material de inyección contaminado, etc.).

Tabla 7: Pautas de Profilaxis post-exposición en adultos

	Nombre genérico:	Nombre comercial:	Posología:
Preferente	TDF/FTC + RAL	Truvada® + Isentress®	1c/24h. + 1c/12h
	TDF/FTC + DTG	Truvada® + Tivicay®	1+1 c/24 h.
Alternativas a preferentes	TDF/FTC + DRV/r	Truvada® + Prezista®+ Norvir®	1+1+1 c/24 h.
	TDF/FTC + ATV/r	Truvada® + Reyataz® + Norvir®	1+1+1 c/24 h.
	TDF/FTC + EVG/r	Stribild®	1 c/24 h.
Alternativas No Preferentes	TDF/FTC + LPV/r	Truvada® + Kaletra®	1c/24h. + 1c/12h
	AZT/3TC + DRV/r	Zidovudina/Lamivudina + Prezista® + Norvir®	1+1+1 c/24 h.
	AZT/3TC + ATV/r	Zidovudina/Lamivudina +Reyataz® + Norvir®	1+1+1 c/24 h.

TDF: Tenofovir; FTC: Emtricitabina; RAL: Raltegravir; DVR: Darunavir; r: Ritonavir;
ATV: Atazanavir; DTG: Dolutegravir; EVG: Elvitegravir; LPV: Lopinavir; AZT: Zidovudina;
3TC: Lamivudina.

Fuente: Documento de Consenso sobre profilaxis post-exposición ocupacional y no (67).

Consiste en iniciar tratamiento frente al VIH en las primeras setenta y dos horas tras la exposición y durante un periodo de veintiocho días (67).

Según un documento de consenso elaborado por el Plan Nacional sobre el SIDA con distintas sociedades médicas, se recomienda la utilización de dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos y como tercer fármaco, un inhibidor de la proteasa potenciado con ritonavir o un inhibidor de la integrasa (67).

De la misma manera, la revisión de la evidencia científica ha puesto de manifiesto que la utilización de una profilaxis previa en personas seronegativas con riesgo muy elevado de contraer el VIH tiene una eficacia próxima al ochenta y seis por ciento.

Se trataría de profilaxis pre-exposición (PreEP). Se aconseja la utilización de TDF/FTC (Truvada®) con un adecuado seguimiento clínico, controles analíticos y adecuada adherencia (68).

1.9. Cuidados de enfermería

La infección por el VIH tiene unas características peculiares que la hacen diferente de otros procesos patológicos (69):

- Se trata de una patología infecciosa para la que cualquier actividad preventiva origina un aprendizaje y cambio de hábitos.
- Puede originar un uso de recursos del sistema sanitario durante periodos de tiempo bastante largos.
- Precisa de un abordaje integral, pues provoca una serie de necesidades de diversa índole.
- Realizando un adecuado tratamiento, se convierte en una enfermedad crónica, mejorando la calidad de vida, la esperanza de vida y la satisfacción del paciente.

Por tanto, todas las intervenciones de enfermería deben ir dirigidas fundamentalmente en función de las necesidades individuales de cada

persona, es lo que se ha dado en llamar atención centrada en el paciente, donde el eje principal, es él mismo. Debemos entender, asumir y conocer sus necesidades, para incrementar la satisfacción y, por ende, la calidad asistencial (70).

Se debe fomentar el autocuidado, consiguiendo en la medida de lo posible el empoderamiento de la persona para conseguir pacientes activos. Todo ello pasa por conocer, informar, enseñar y preparar al paciente para que sea capaz de buscar, entender, valorar y utilizar la información disponible sobre la salud y ser responsable de sus acciones de autocuidado y de la toma de decisiones informada (70).

Todas las intervenciones se deben adaptar a los distintos momentos que va marcando el curso clínico de esta patología, pero destacando el inicio de la infección como periodo de adaptación a una nueva realidad y los periodos con la aparición de déficit inmunológico (69).

En el inicio de la infección que abarca desde el contacto, diagnóstico y los primeros tratamientos, el papel que enfermería debe realizar, está basado en el *Counseling* o asesoramiento como un proceso de información, motivación y autoconfianza entre el paciente y sanitario. Así se sientan las bases para conocer todos los requerimientos individuales de cada paciente (69).

Por otro lado, juega un papel importante la educación sanitaria, encaminada a conocer la enfermedad y facilitar los recursos necesarios al paciente e intentar su activación mediante el conocimiento de la misma. Los profesionales de enfermería deben reconocer todas aquellas enfermedades oportunistas que pueden aparecer, así como el funcionamiento, posología y efectos adversos de los tratamientos prescritos y compartirlos con el paciente, enseñándole a que sea capaz de reconocerlos. En estas primeras fases se deben realizar quimioprofilaxis de otras infecciones, vigilancia y evaluación de la adherencia al tratamiento de los pacientes, de ella dependerá el éxito de la evolución clínica (69).

En los periodos en los que puede aparecer un cierto déficit inmunitario, el papel de las intervenciones enfermeras debe estar fundamentado en un adecuado plan de cuidados consensuado con el paciente, y aplicando metodología enfermera, lo que se conoce como Proceso de Atención en Enfermería (PAE), a través de sus distintas fases (70):

- Valoración, se debe realizar basándose principalmente en los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon o atendiendo a las necesidades de Virginia Henderson.
- Diagnóstico, mediante la utilización de la taxonomía II de la NANDA-I (*North American Nursing Diagnosis Association – International*).
- Planificación, estableciendo una serie de resultados enfermeros NOC (*Nursing Outcomes Classification*) para los que se diseñan una serie de intervenciones enfermeras NIC (*Nursing Intervention Classification*).
- Ejecución, consiste en la aplicación del conjunto de las intervenciones (NIC), seleccionadas.
- Evaluación, consiste en determinar si se han conseguido los resultados (NOC) y por tanto se han resuelto los diagnósticos NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) o han aparecido nuevos diagnósticos a resolver reiniciando el proceso. La evaluación del plan de cuidados debe ir realizándose en todos los pasos.

1.10. Medidas preventivas y precauciones universales

Las medidas preventivas deben establecerse teniendo en cuenta las principales vías de transmisión del VIH como son las relaciones sexuales, la vía parenteral, la transmisión materno-fetal.

Prevención de la transmisión sexual. Las medidas deberán ir orientadas a la práctica de sexo seguro, mediante la utilización de preservativos en todas aquellas relaciones sexuales que impliquen riesgo de transmisión con penetración anal, vaginal u oral (71).

Prevención de la transmisión parenteral de forma general se debe evitar compartir con otras personas cualquier instrumento o utensilio capaz de perforar piel o mucosas (peines, cuchillas de afeitarse, cepillos de dientes, tijeras de manicura, agujas de tatuar, etcétera) (71).

Los usuarios de drogas intravenosas (UDI) en prisión, tenían la costumbre de compartir jeringuillas, por lo que esta vía de transmisión ha sido la más frecuente en los centros penitenciarios y este problema se ha abordado mediante programas de reducción del daño, fundamentalmente programas de intercambio de jeringuillas en los refractarios a dejar de utilizar esta vía de consumo y programas sustitutivos con antagonistas como naltrexona o con agonistas como metadona o más recientemente con buprenorfina y buprenorfina de liberación prolongada (71).

En cuanto a la transmisión por administración de sangre y productos hemoderivados existe un control y una reglamentación bastante restrictiva encaminada a evitar donaciones que pudiesen estar contaminadas. Desde la obligatoriedad de testar todas las donaciones de sangre, no se conocen (71).

Prevención de la transmisión vertical, se realiza mediante el establecimiento de medidas de profilaxis desde el inicio del embarazo, ofreciendo la realización de serologías específicas frente al VIH, tanto al inicio como durante el tercer trimestre. El mayor riesgo de transmisión se produce durante el parto, por lo que en madres seropositivas, se tiene que intentar que la carga viral sea mínima mediante tratamiento antirretroviral adecuado durante el embarazo y en el momento del parto, así como valorar el tipo de parto a realizar (71).

Existe un tipo de profilaxis posnatal en recién nacido de madre seropositiva no controlada ni durante el embarazo ni durante el parto, y en función de circunstancias como la carga viral, características del parto etc., mediante la utilización en monoterapia o con terapias combinadas. Los fármacos utilizados suelen ser Zidovudina (AZT), Lamivudina (3TC) y Nevirapina (NVP) (71).

Hay un conjunto de recomendaciones conocidas como las precauciones universales que constituyen un conjunto de actuaciones de utilidad para controlar la transmisión de infecciones.

Existen unas guías de buenas prácticas como la NTP-700, precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios. Elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, que aconsejan una serie de medidas que se resumen en los siguientes puntos (72):

1. Medidas de barrera, siempre que pueda existir un riesgo de contacto de la piel, membranas mucosas (boca, nariz, ojos) con sangre o fluidos biológicos de cualquier paciente, se deben utilizar de forma rutinaria elementos de barrera (batas, gafas, pantallas faciales, mascarillas, guantes).
2. Utilización de guantes, siempre que se vaya a manipular muestras de sangre o fluidos biológicos; manipulación de objetos o superficies que puedan estar contaminadas potencialmente con restos de sangre o fluidos biológicos.
3. Lavado de manos, de forma general siempre, antes y después de ponerse los guantes para la realización de cualquier tipo de intervención sanitaria. Por supuesto, es necesario realizar cambio de guantes tras el contacto con cada paciente.
4. Uso de mascarilla, gafas o pantalla facial siempre que se realicen procedimientos en los que exista probabilidad de que se generen gotículas de sangre y/o fluidos corporales.
5. Lavado inmediato y de forma concienzuda ante cualquier salpicadura que se haya podido producir con restos de sangre o fluidos corporales.
6. Precaución máxima con la utilización de agujas o instrumentos cortantes o punzantes.
7. Jamás encapuchar las agujas y activar los sistemas de seguridad de los objetos punzantes (si se disponen), antes de su eliminación en sus correspondientes contenedores.

8. Disposición de elementos de resucitación, piezas bucales u otros dispositivos de ventilación en los lugares en los que se prevea la necesidad de realizar maniobras de resucitación.
9. Ante la presencia de lesiones cutáneas, exudativas o dermatitis supurante, se debe evitar el contacto directo con las mismas y el manejo del equipo utilizado en el cuidado de estas, hasta que se resuelvan.
10. Durante el embarazo, se deben extremar las medidas de prevención, si cabe, aún más, contra agentes infecciosos y/o teratógenos para minimizar riesgos.

1.11. Aspectos bioéticos en relación con el VIH/SIDA

Si hay una patología que ha podido presentar muchos dilemas bioéticos en la práctica asistencial es la infección por el VIH. Se ha tratado de un problema sanitario que se puede valorar desde diversas perspectivas bioéticas en distintos ámbitos: investigación, práctica asistencial, la salud pública, políticas sanitarias, sociopolítica y a nivel más general desde la globalización (73).

Desde su inicio en la década de los ochenta del siglo pasado, se han planteado una serie de controversias éticas como consecuencia de ser una enfermedad en sus inicios mortal, con posibilidad de contagio hacia las personas y con una carga importantísima de marginación, discriminación y estigmatización, fundamentalmente derivadas de sus vías de transmisión (74,75).

En esos primeros años de la aparición de la infección por el VIH se planteaban problemas éticos que giraban en torno al diagnóstico y a la asistencia sanitaria (74):

- Problemas éticos respecto al diagnóstico: concretamente ¿hasta qué punto se puede obligar a una persona a realizarse las pruebas diagnósticas del VIH? o ¿cómo debe ser la comunicación de los resultados? el paciente tiene derecho a conocer, si quiere, qué le pasa y

la evolución de su enfermedad. También ¿hasta qué punto debe informarse a otras personas como pareja, familiares, ámbito laboral?

- Problemas éticos derivados de la asistencia sanitaria a los pacientes VIH: ¿hasta qué punto un profesional puede negarse a atender a un paciente VIH por riesgo de contagio? pensemos también en las voces que clamaban en las prisiones porque se les aislase a los infectados del resto de reclusos para evitar contagios.
- Problemas éticos derivados de las campañas de prevención: uno de los pilares básicos en la lucha contra esta enfermedad, puede ser subsidiaria de polémica, en cuanto a que determinadas medidas pueden tropezar con la intimidad y confidencialidad de la información de las personas seropositivas. La limitación de la libertad individual que implica la recomendación de abstinencia sexual o monogamia, que todavía son recomendadas en algunos ambientes.

A partir de los años noventa se produce un cambio en los planteamientos bioéticos con la llegada de los nuevos tratamientos que van a convertir una enfermedad aguda y mortal en una enfermedad crónica, planteando nuevos problemas como (75):

- El problema de la confidencialidad de los datos clínicos: se trata de una información sensible, que en muchas ocasiones forma parte de bases de datos que están interrelacionadas con otras y puede verse comprometida esa confidencialidad a pesar de todo lo que se ha legislado sobre el tema.
Dentro del ámbito laboral, la utilización de las serologías como criterio de contratación vulnerando el derecho a la intimidad del trabajador, no siendo necesaria para poder desempeñar cualquier puesto de trabajo.
- Problemas derivados de la investigación con fármacos nuevos, originando ensayos clínicos en pacientes que viven en países subdesarrollados y administrando placebos en los grupos de control, cuando pueda llegar a ser éticamente inadmisibles no tratar al grupo placebo. Un ejemplo sería el caso de la transmisión vertical, la que se

realiza de madre a hijo, la ventaja que suponen los tratamientos antiretrovirales como profilaxis frente a un grupo control donde no se administre esa profilaxis.

- Problemas de justicia relacionados con las patentes y precios de los nuevos productos: las multinacionales de los fármacos antirretrovirales cobran precios elevados de sus patentes cuando por otra vía están fabricando genéricos que resultarían más económicos, estableciendo diferencias que producen una inequidad en el acceso a nivel mundial a los fármacos cuya eficacia está demostrada, dependiendo del país donde se resida.
- La adherencia a los nuevos fármacos, estos son útiles y efectivos si se toman de forma adecuada, aunque en ocasiones existen otros problemas que pueden condicionar esa regularidad, como la falta de recursos económicos o la mala adherencia en determinados pacientes, originando la aparición de resistencias a los fármacos o patologías asociadas que se conviertan en resistentes, como es el caso de la tuberculosis.

2. La infección por VIH en instituciones penitenciarias

2.1. La aparición del virus

La aparición del virus del VIH en las prisiones está muy ligada al uso de drogas por vía parenteral (UDVP), hasta el punto que en los inicios de la epidemia algunos estudios mostraban como en 1989-90, el 46,2% de los ingresos en prisión admitían haber utilizado esta vía de consumo en el mes previo a su entrada en prisión y el uso compartido de jeringuillas era el principal factor de riesgo asociado a la infección por VIH en prisión (76).

Tabla 8: Factores de riesgo asociados a la infección VIH en prisiones

	RIESGO RELATIVO (RR):	IC 95% del RR
Uso de jeringuillas	6,3	(6,0 a 6,6)
Antecedentes de virus hepatitis B (Anti HBc+)	3,9	(3,7 a 4,1)
Menor de 30 años	2,6	(2,4 a 2,7)
Tatuajes	2,0	(1,9 a 2,1)
Dos o más parejas sexuales/año	1,5	(1,4 a 1,5)
Varón	1,2	(1,1 a 1,3)
Trasfusiones de sangre previas a 1987	1,2	(1,1 a 1,3)
Antecedentes de Gonococia	1,2	(1,2 a 1,3)
Acupuntura	1,2	(1,1 a 1,4)

Fuente: Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles en instituciones penitenciarias (76)

La prevalencia de presos VIH+ era de 28,4% (76), aunque algún otro estudio mostraba prevalencias superiores, 33,6% (77) y más del 60,0% de todos los VIH+ eran o habían sido UDVP, siendo la droga principal de consumo por esta vía la heroína y en menor medida la cocaína (76,77).

El consumo de heroína se comienza a detectar en España en 1973. Estos primeros heroinómanos eran personas pertenecientes a movimientos contraculturales o procedentes de capas de la sociedad con alto poder adquisitivo, que se habían iniciado en el consumo en el extranjero y que se desplazaban fuera de España (Holanda, Bélgica) para abastecerse (78).

A lo largo de los siguientes años se produce una extensión y popularización del consumo que condiciona un vertiginoso aumento de los delitos contra la propiedad como forma de financiar la drogadicción.

El dinero fácil favorece un consumo exagerado cerrándose así el círculo y condicionando que muchos de estos adictos delincuentes acabasen entrando en prisión con su hábito a costas (79).

Entre 1979 y 1981, sólo dos años, la población reclusa creció en España más de un cincuenta por ciento (80). Esta nueva clase de delincuentes tiene unas características inéditas y bien definidas, son jóvenes o muy jóvenes, miembros de familias obreras no marginales, que presentan una rápida escalada en la comisión de delitos, tanto en su número como en su gravedad, el papel primordial que juegan las drogas -fundamentalmente heroína y cocaína como ya se ha dicho- como condicionante de la actividad delictiva y una tendencia a la actividad delictiva en grupos (80,81).

De este sustrato poblacional se alimentaron las prisiones españolas en la segunda mitad de la década de los setenta y primera de los ochenta del siglo pasado. Las principales características sociodemográficas y serológicas de los presos españoles se recogen en el primer gran estudio conjunto realizado en ellas, que fue publicado por Instituciones Penitenciarias, en 1990 y que abarcaba un total de 19 900 presos, de un total de 27 023 que componían el total de la población penitenciaria española en 1989 (76).

El perfil característico era el de un recluso varón (91,2%), español en un 91,0%, de veintinueve años de edad media, nivel educativo bajo con 8,4% de analfabetos y 48,8% con estudios primarios incompletos, 36,2% parados o buscando su primer empleo y con estabilidad familiar ya que vivían un 85,0% en el domicilio familiar o con su pareja (76).

El motivo de ingreso en prisión era la comisión de pequeños delitos contra la propiedad (71,2%) y contra la salud pública (38,7%), y el primer ingreso en prisión era a una edad temprana ya que más de la mitad (51,8%)

ingresaron antes de los veinte años. Consumían heroína 42,7% y cocaína 38,9%. Además un 46,2% de ellos, admitían consumo previo de estas sustancias por vía parenteral y, como ya se ha apuntado, 28,4% eran portadores del VIH y más del 60,0% de los UDVP eran VIH+ (76).

2.2. El marco normativo penitenciario

Las prisiones del tardofranquismo se regían por el Reglamento de prisiones de 1956, BOE de quince de marzo de 1956 (82), que contenía un capítulo (Artículos 184-196) relativo a la asistencia sanitaria e higiene cuya letra, en general, se podía considerar acorde al mínimo regulativo exigido en la materia por la ONU (8).

Ahora bien, siendo esto así, hay que decir que una cosa son los textos legales y otra la realidad, que era mucho más desoladora. Transcribo un texto de Bueno Arús que es bastante ilustrativo del estado de la asistencia sanitaria en las prisiones durante el franquismo:

« [...] la asistencia higiénica y sanitaria ha sido seguramente el sector más abandonado. En primer lugar, por el tradicional absentismo de los médicos pendientes de sus consultas particulares. En segundo lugar por la falta de medicamentos, no obstante la existencia de un laboratorio farmacéutico dependiente directamente de la Dirección General de Prisiones. En tercer lugar, porque la asistencia estaba, de hecho, en manos de reclusos, enfermeros o practicantes, pocas veces expertos, que disponían a su antojo de los escasos medios disponibles...» (83,p.122-123).

El Reglamento de 1956 tuvo una vigencia de veinticinco años, hasta la promulgación en 1981 del Reglamento que le sustituyó. En ese plazo se produce el cambio de régimen político en España y se promulga la Constitución, lo que condiciona la adaptación y el cambio de toda la legislación a la nueva situación (8).

La legislación penitenciaria fue la primera en acometer ese cambio. En marzo de 1977 toma posesión de la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (DG II.PP.) Carlos García Valdés, que impulsa una sustancial

reforma en nuestras prisiones. Solo tres meses después de asumir el cargo, el veintitrés de junio, el Consejo de Ministros aprueba el anteproyecto de Ley General Penitenciaria, que fue remitido inmediatamente a las Cortes para su tramitación (el proyecto se publicó en el Boletín Oficial de las Cortes Generales del quince de septiembre) e inicialmente se tramitó como ley ordinaria, pero se votó para cumplir las estipulaciones del artículo 81 de la Constitución recién promulgada sobre aprobación de leyes orgánicas, al ser una ley que limitaba derechos fundamentales (sesión de veinticuatro de julio de 1979, pág. 138) (8).

El Senado aprobó el texto sin modificación alguna, siendo publicada el cinco de octubre de ese año como Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979 de veintiséis de septiembre, BOE de cinco de octubre de 1979 (84).

Así pues, tenemos la primera ley orgánica del régimen democrático constitucional que rige hoy España que, paradójicamente, fue elaborada y redactada en tiempos preconstitucionales. Esta ley nos colocó en su momento al mismo nivel que las legislaciones penitenciarias de países avanzados como Suecia, Italia o Alemania a nivel de reconocimiento de derechos de los internos (8).

Para desarrollar esta Ley se publica el Real Decreto 1201/1981, de ocho de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario, BOE de veintitrés de junio de 1981 (85), en el que ya se habla de prevención de enfermedades, asistencia hospitalaria y de especialistas, pero los defectos apuntados antes de falta de personal y medios persistían.

Una de las primeras medidas para mejorar la desoladora situación existente fue una orden circular publicada a mediados de 1983 por la DG. II.PP., que establecía un horario mínimo para los médicos/as de tres horas diarias de presencia en el centro e igualmente para los enfermeros/as, a los que de las tres horas, al menos una debería de ser por la tarde, que se completaba con la disponibilidad domiciliaria (8).

Una última medida que se debe apuntar aquí en este sucinto devenir histórico de la regulación de la asistencia sanitaria en las prisiones, es la publicación de la Ley 14/1985, de veinticinco de abril, General de Sanidad, BOE de veintinueve de abril de 1986 (86), que desarrolla el artículo cuarenta y tres de la Constitución, del derecho a la protección de la salud. Esta Ley establece un Sistema Nacional de Salud (SNS), omnicomprensivo de todas las instituciones públicas con responsabilidad en la prestación de asistencia sanitaria a la población (entre ellas las prisiones) y, en consecuencia, establece la obligatoriedad de integración de la asistencia sanitaria penitenciaria en el Sistema Nacional de Salud, previsión que lamentablemente todavía no se ha realizado.

Indudablemente todos estos adelantos legislativos tuvieron algún efecto en lo que se hacía en las prisiones, pero en modo alguno de forma que se consiguieran estándares asistenciales homologables al resto del sistema sanitario público, pudiéndose decir que la situación había cambiado poco respecto a las décadas anteriores, siendo precisa una política realista que paliara los crónicos déficits de medios humanos y materiales con que se prestaba la asistencia sanitaria penitenciaria (8).

Hacía falta un revulsivo que obligara de verdad a las administraciones públicas a dedicar los medios necesarios y suficientes para revertir la explosiva situación sanitaria que se vivía en las prisiones españolas.

La sobreocupación y el hacinamiento llevaba a un aumento de las enfermedades infecto-contagiosas, con prevalencias superiores a las de la población general en esas fechas, por ejemplo, en patologías como la enfermedad tuberculosa, patología muy relacionada con la infección por VIH, de la que incluso se originaban brotes epidémicos en algunos centros penitenciarios (ANEXO 1).

2.3. La epidemia del VIH en las prisiones

El principal estímulo que tuvo la administración penitenciaria para mejorar la asistencia sanitaria en las prisiones fue el VIH/SIDA. El virus condicionó la actuación administrativa a dos niveles (8,87):

- Por la extensión y el propio efecto de la enfermedad entre los internos de las prisiones.
- Por la preocupación que su propagación en este medio causó entre organismos regulatorios internacionales como la OMS y el Consejo de Europa, que condicionó la promulgación de normativa internacional, de obligado cumplimiento y tendente a asegurar unas mejores condiciones asistenciales en las prisiones, y en todo caso, homologables con la asistencia prestada a la población general. Además, a nivel interno español, el Defensor del Pueblo eleva un informe al Ministerio de Justicia (Recomendación de diecinueve de noviembre de 1987), sobre la situación en las prisiones españolas, que resulta demoledor y pone crudamente de manifiesto las carencias detectadas en los centros penitenciarios recomendando la mejora inmediata.

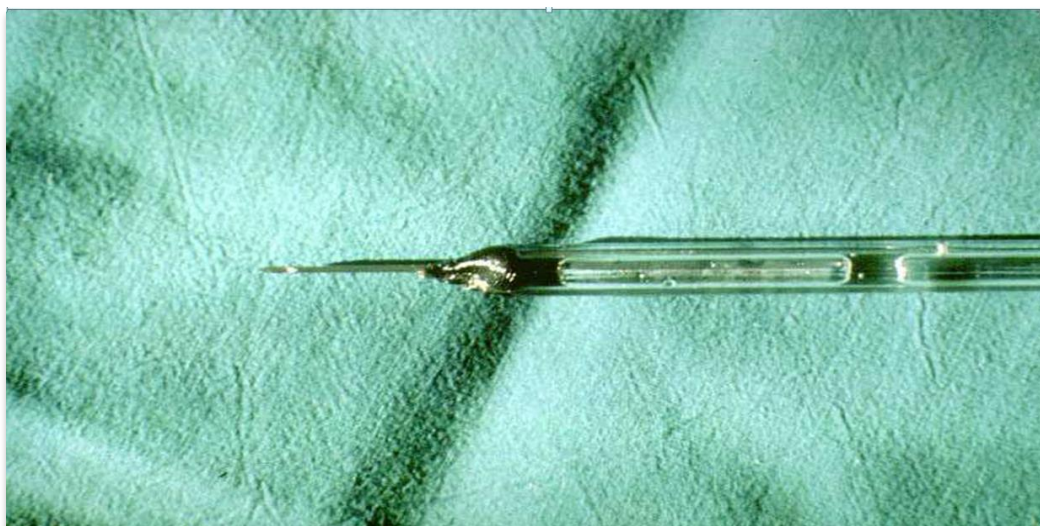
La diseminación del VIH/SIDA en las prisiones ocurre por la frecuencia de las prácticas de riesgo asociadas a la infección en este medio. Ya hemos visto como la heroína y la cocaína, eran mayoritariamente consumidas por vía parenteral, inyectadas en vena (76).

Las sustancias no era difícil conseguirlas dentro de la prisión, aunque con un pobre grado de pureza. Otra cosa era conseguir jeringuillas y agujas, que eran objetos más difíciles de introducir clandestinamente en las prisiones, estaban prohibidos y cuya tenencia llevaba acarreada sanciones disciplinarias (88).

En la imagen 2, se puede apreciar una jeringa de fabricación casera, mediante la utilización de la caña de un bolígrafo «Bic», a la que se suelda una

aguja mediante la aplicación de calor. Esta jeringuilla fue utilizada en el año 1986, en la cuarta galería de la prisión Modelo de Barcelona, alquilándose cada uso por quinientas pesetas (aproximadamente tres euros).

Imagen 2: Jeringuilla fabricada con la caña de un bolígrafo «Bic»



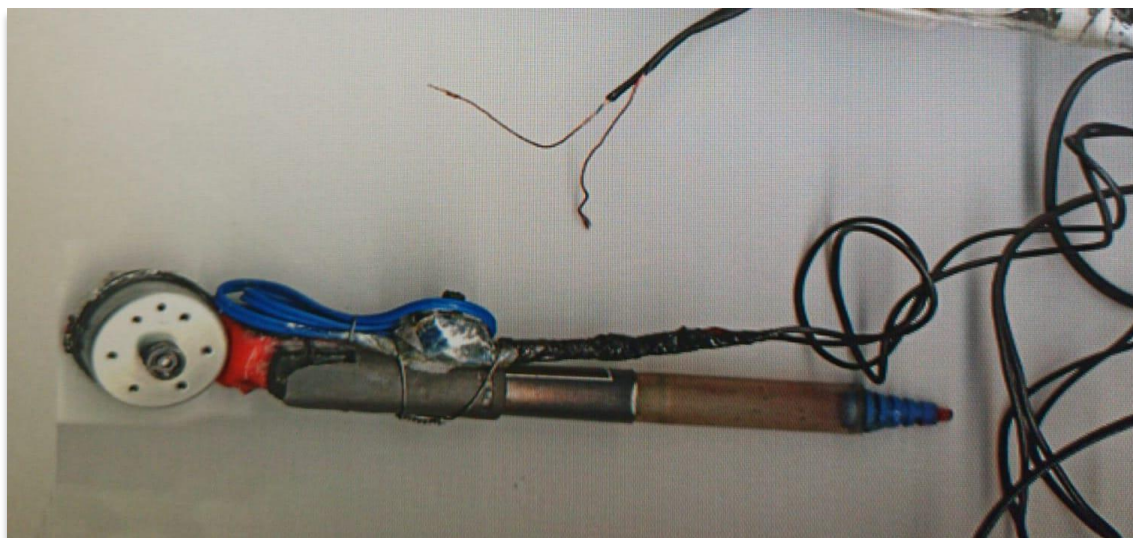
Fuente: Imagen cedida por el Dr. Andrés Marco Mouriño

Esta circunstancia da lugar al consumo en grupo compartiendo la misma jeringuilla, pasándosela de unos a otros, contribuyendo en el caso de las jeringas a transmitir el VIH de unos a otros. Este hábito estuvo bastante arraigado como conducta grupal (79). Al tratarse de una práctica nociva y generalizada en los centros penitenciarios, se propuso la posibilidad de distribuir y ofrecer jeringuillas gratis en las prisiones para acabar con esta práctica. En aquel momento, el propio Congreso de los Diputados lo rechazó en 1988 (80).

Otra importante práctica de riesgo para la transmisión del VIH en prisiones fue la realización de tatuajes sin ningún tipo de asepsia. Estos tatuajes eran realizados con máquinas elaboradas por ellos mismos, a pesar de estar igualmente prohibida su utilización en los centros penitenciarios (76).

Puede apreciarse la elaboración de una de estas máquinas a partir de la caña de un bolígrafo «Pilot» y un pequeño motor que conectado a la red eléctrica mediante dos cables, hace percutir la aguja que tatúa (imagen 3).

Imagen 3: Máquina para tatuar de fabricación casera.



Fuente: Elaboración propia.

Antes de la implantación del Sistema Unificado de Recogida de Información (SURI), iniciado en las prisiones en 1989 para recoger información sanitaria de los presos y cuyos primeros datos globales se publicaron en 1990 (76), hay muy poca información epidemiológica institucional sobre la incidencia de la epidemia VIH/SIDA en prisiones.

La tradicional reticencia de la institución penitenciaria a publicar datos hacía que, simplemente, no se publicara nada sobre este asunto. Como ya se ha comentado, el primer caso de SIDA en España se declaró en 1982, y a principios de 1985 se diagnostica el primer caso de SIDA en prisiones españolas (el caso número once de los declarados en nuestro país hasta la fecha), ocurrió en el centro penitenciario de hombres de Barcelona durante el segundo semestre de 1984, pero la notificación/declaración se realizó en 1985, por lo que se considera este año como el debut de los casos de SIDA en las prisiones españolas (88–90).

El primer dato público institucional procede de un informe de la DG. II.PP. con datos de cinco centros penitenciarios de Cataluña, que comunicaba una prevalencia de la infección VIH entre los presos de 40,7% (91).

Ya se ha citado como la prevalencia global en todo el país en esas fechas era de 28,4% (76) y la tasa de incidencia de la enfermedad SIDA en 1990 era de catorce casos por mil internos (92).

Algunos estudios fueron iniciativas de sanitarios que tenían conciencia del problema al que se enfrentaban y habían empezado a estudiarlo en el ámbito de la prisión donde trabajaban y en pequeños grupos de ellas. Un estudio que analizaba la evolución de los diagnósticos de casos de SIDA en las prisiones catalanas entre 1985 y 1992 comunicó la declaración en ese plazo de seiscientos dieciséis casos de SIDA, con evolución creciente a lo largo de los años, siendo en el 92,4% de los casos la vía parenteral la de adquisición de la infección VIH (93).

Por otra parte, algún estudio con amplia representación en el territorio nacional ofrecía prevalencias del 10,8% de infección VIH, en una época en que las nuevas infecciones habían iniciado un descenso (94). Así pues, parecía claro que las cárceles se enfrentaban a un problema sanitario muy serio y que había que afrontar con decisión desde diferentes ámbitos, legislativo y de medios humanos y materiales.

Esta situación también afectaba a los sistemas carcelarios de otros países y condicionó una atención específica por organismos internacionales que generaron documentos vinculantes legalmente o con una gran fuerza moral para los países miembros. Los principales documentos de referencia en este sentido son (95–98):

- Reunión Consultiva de la OMS sobre prevención y lucha del SIDA en las cárceles (Ginebra dieciséis-dieciocho de Noviembre de 1987).
- Recomendación 1080 de treinta de junio de 1988 de la Comisión Permanente de la Asamblea del Consejo de Europa.

- Resolución del Consejo de Europa y de los Ministros de Sanidad de los estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, de veintidós de diciembre de 1989.
- Resolución del Consejo de Europa y de los Ministros de Sanidad de los estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, de cuatro de junio de 1991, por el que se aprueba un Plan de acción 1991-1993, en el marco del programa «Europa contra el SIDA».

Todos estos documentos abordan la asistencia de la infección VIH/SIDA en las prisiones bajo el principio general que debía ser homologable a la prestada a la población en libertad, con todo lo que ello suponía de mejora de infraestructuras y medios, respeto de principios como la confidencialidad, el consentimiento informado, requisitos de formación en salud de profesionales y de enfermos presos. En estos documentos se emiten recomendaciones para mejorar esa asistencia y sobre la necesidad de articular en las prisiones políticas preventivas y de mejora de la educación sanitaria de funcionarios y presos (8).

Además y en orden interno, el ya mencionado informe del Defensor del Pueblo, sobre la situación higiénico-sanitaria de las prisiones pone de manifiesto las carencias detectadas en los centros penitenciarios, que en ese momento eran múltiples y de toda índole (87).

Todo lo anterior obliga a la administración penitenciaria española a desarrollar modificaciones estructurales en la Dirección General de Instituciones Penitenciarias, incluyendo una nueva subdirección encargada de la gestión sanitaria en la institución, concretamente, la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria (SGSP) mediante el R.D. 148/89 de diez de febrero publicado en el BOE de catorce de febrero de 1989 (99).

Al mismo tiempo, se acomete una adecuación de las plantillas sanitarias, con unos años en que las ofertas de empleo público de médicos/as y enfermeros/as de prisiones son muy importantes numéricamente. También se acometió una profunda modernización de las infraestructuras penitenciarias,

que hasta ese momento eran obsoletas e incapaces de cumplir los objetivos de la actividad penitenciaria. El Consejo de Ministros del cinco de julio de 1991 aprobó el Plan de Amortización y Creación de Establecimientos Penitenciarios (PACEP), que preveía la construcción de los llamados «centros tipo» que en la actualidad se extienden por toda la geografía española. Este plan ha venido construyendo y renovando todas las infraestructuras penitenciarias del país con revisiones cada dos años por el gobierno, siendo la última revisión, la correspondiente al Consejo de Ministros de dieciocho de enero de 2019 (100).

Pueden apreciarse algunas diferencias estructurales y arquitectónicas de los distintos tipos de centros penitenciarios comentados (imagen 4).

Imagen 4: Arquitectura de distintos modelos de centros penitenciarios

Modelo de antigua prisión provincial

Modelo de centro penitenciario «Tipo»



Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias.

A finales de los ochenta, los centros penitenciarios tenían una capacidad más reducida. Había uno por provincia llamado prisión provincial, destinados a albergar los presos preventivos y al cumplimiento de condenas de corta duración. Luego había centros destinados específicamente a albergar presos de una tipología determinada (primer y segundo grado, jóvenes, mujeres), había incluso un centro que durante un tiempo estuvo dedicado a albergar sacerdotes (la cárcel concordataria de Zamora) (101).

Además, estos centros solían estar dentro de las ciudades, bien por haber sido construidos ya dentro del caso urbano o bien porque el crecimiento de las ciudades había integrado su recinto en la estructura urbana (101).

Los centros tipo por el contrario, se construyen alejados de la ciudad, aunque bien comunicados con ella para la adecuada atención de los servicios. Tienen una estructura modular que proporciona mayor seguridad y permite todas las intervenciones, ya que se puede actuar alojando a los presos de perfiles similares en un módulo *Ad hoc* y actuar con ellos allí mismo, sin traslados innecesarios. Además están dotados de todos los servicios y con el trabajo de los internos poder llegar a ser autosuficientes (102).

Tras la creación de la SGSP y el incremento substancial de plantillas, se acometió el paso de la dedicación plena y exclusiva de los profesionales, con horarios laborales de jornada completa de 37,5 horas/semana, implantación de un sistema de guardias durante las veinticuatro horas del día, los 365 días del año y el consiguiente incremento de las retribuciones. (ANEXO 2).

Posteriormente se implantó la historia clínica única, se mejoró sustancialmente la dotación de material de los centros, y se organizaron los equipos sanitarios de las prisiones con una estructura similar a la de los equipos de atención primaria del SNS, con un responsable con rango de Subdirector/a Médico/a o Jefe/a de los Servicios Médicos, según criterios que establecía la DG. II.PP. (8).

Se inició incluso la creación de una red sanitaria específicamente penitenciaria que enseguida fue abandonada por su ineficiencia y su espíritu contrario a la integración propugnada por la Ley General de Sanidad. En definitiva, se produjo un indudable fortalecimiento de los servicios médicos penitenciarios que han caminado paralelos al resto de la organización de la asistencia sanitaria pública, por más que se mantengan canales de cooperación institucional en materias de asistencia especializada e información epidemiológica fundamentalmente (8).

2.4. La situación a principios de la década de los noventa

El indudable esfuerzo institucional que se ha relatado, logró crear en todas las prisiones unos equipos de sanitarios que tenían una estructura similar a los equipos de atención primaria del SNS, pero con algunas peculiaridades, por ejemplo el hecho de que en la mayoría de estos equipos había más médicos/as que enfermeros/as y las dotaciones de personal auxiliar eran insuficientes (8).

La dotación de personal de enfermería era exigua, a pesar de las ofertas de empleo público, e incapaces de llevar a cabo las labores de prevención, promoción y educación de la salud que eran en aquellos momentos casi las únicas armas que se tenía contra la pandemia (8).

Los depósitos de medicamentos no se adecuaban a la legislación sobre medicamentos y ninguno estaba a cargo de un farmacéutico/a, figura que no existía en las relaciones de puestos de trabajo de los centros penitenciarios, por ello, las formas de suministro de medicamentos eran variopintas, los pocos antirretrovirales que existían eran suministrados centralizadamente desde la SGSP, el resto de medicamentos cada prisión se las arreglaba como podía. Esta situación duró hasta 2007 en que una circular interna homogeneizó la forma de suministro (103).

La asistencia especializada con alta demanda como era en los casos de odontología, psiquiatría y ginecología se prestó mediante el establecimiento de conciertos con especialistas que visitaban en el propio centro penitenciario y a los que se les abonaba sus honorarios por acto médico a cargo de la institución (8).

La atención para otras especialidades médicas, se intentó que se prestara de forma ambulatoria en prisión igualmente, pero la medida tuvo una irregular implantación en las prisiones y en las que se implementó duró poco tiempo. Se establecieron convenios con el SNS para poder acceder a prestaciones de asistencia especializada dentro de su red asistencial (8).

Se habilitaron en los hospitales públicos zonas de custodia para el ingreso y tratamiento hospitalario de los efectos de la enfermedad que ya afectaba como se ha visto a una considerable proporción de presos/as (8).

En Castellón en concreto, hasta el año 2000 esta asistencia se prestaba en el Hospital Provincial, donde había dos pequeñas habitaciones dedicadas a albergar presos/as. A partir de 2001 se acondicionó un fondo de pasillo en el Hospital General Universitario con seis habitaciones ampliables a ocho, con capacidad para albergar a doce presos/as y desde esa fecha la asistencia hospitalaria se presta allí (Imagen 5).

Imagen 5: Unidad de custodia Hospital General Universitario de Castellón.



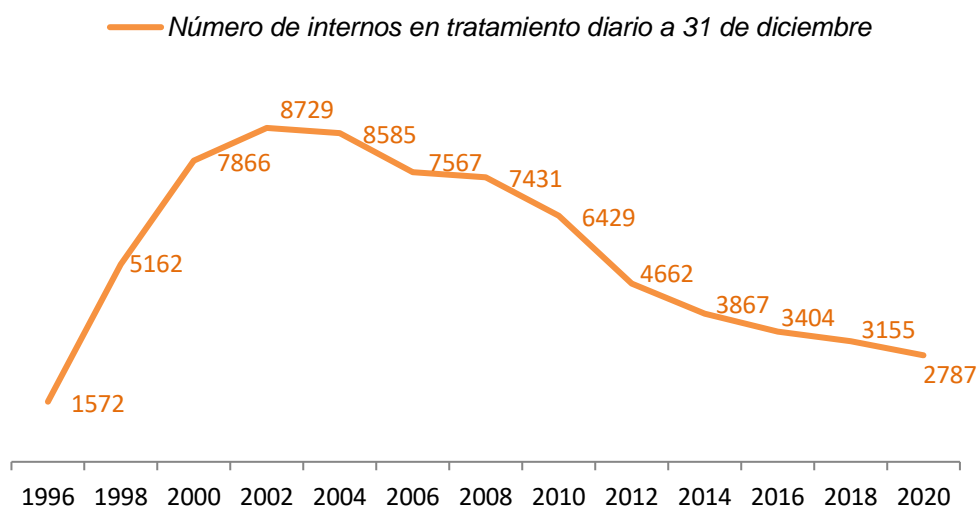
Fuente: Elaboración propia.

Otro aspecto de la actividad sanitaria penitenciaria fuertemente condicionada por la pandemia VIH/SIDA, fue la intervención en materia de drogodependencias para intentar contener la propagación de la pandemia por el hábito UDVP. La ausencia de programas de intercambio de jeringuillas se suplió en un primer momento con la realización de programas de prevención y educación para la salud, orientados a evitar conductas de riesgos como la costumbre de compartir jeringuillas sin asepsia de ningún tipo. Se les aconsejaba la desinfección del material de inyección con la inmersión en una disolución de nueve partes de agua y una de lejía; prevención respecto al tema

de tatuajes y agujas no estériles; utilización de preservativos en las relaciones sexuales para lo que se dictó una instrucción de fecha veintitrés de marzo de 1994, dónde se incluía por primera vez en el lote higiénico ordinario masculino, preservativos para la prevención del VIH/SIDA, que sería modificada posteriormente por la Instrucción 10/2001, incluyendo también preservativos en el lote femenino (104).

Se publicó el R.D. 75/90 de diecinueve de enero de 1990, que regulaba los tratamientos opiáceos en personas dependientes de los mismos y se abrió la posibilidad de acreditación de los centros penitenciarios como centros prescriptores y dispensadores (105). No será hasta 1996 el año que se empiecen a generalizar los programas de mantenimiento con metadona (PMM) en todas las prisiones de nuestro país, alcanzando a finales de diciembre de ese año un total de internos en tratamiento de 1572. Alcanzarán su cifra más elevada en 2001 con un total de 8729 internos en tratamiento a treinta y uno de diciembre. La evolución temporal del número de internos en programas de mantenimiento con metadona se puede apreciar en la figura 15.

Figura 15: Evolución del número de internos/as en PMM



Fuente: Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria (58)

En 1997, se establecerá el primer programa piloto de intercambio de jeringuillas (PIJ), en el centro penitenciario de Basauri (Bilbao). Su origen fue debido a una proposición no de ley del Parlamento Vasco de fecha trece de diciembre de 1995, por la que asociaciones ciudadanas y algunos organismos instaban al Gobierno Vasco para que intercediese ante la Secretaria de Estado para Asuntos Penitenciarios que permitiese la introducción de jeringuillas en las prisiones del País Vasco de forma experimental (106,107).

Se irá extendiendo al resto de centros, alcanzando el máximo de centros en el año 2003 con un total de treinta y ocho centros con implantación del programa y el máximo número de kits repartidos se alcanzaría en 2004 con un total de 22 356 repartidos durante ese año (58).

Puede apreciarse el contenido de un Kit de intercambio de jeringuillas de los utilizados en instituciones penitenciarias al inicio del programa (imagen 6).

Imagen 6: Kit de intercambio de jeringuillas utilizado en el PIJ



Fuente: Elaboración propia

El Kit consta de una jeringuilla hipodérmica, funda de plástico duro para la misma, filtros, cazoleta, ampolla de disolvente y toallas impregnadas de alcohol.

Estos programas realizaron su papel, pero lo que es indiscutible es que llegaron con casi quince años de retraso desde que se inició la pandemia.

La infección VIH, como se ha puesto de manifiesto a través de este apartado, marcó sin lugar a dudas la existencia de la asistencia sanitaria en las prisiones, así como su propio devenir en la práctica asistencial hasta nuestros días.

2.5. El desarrollo de la sanidad penitenciaria

La situación profesional y laboral de los sanitarios de instituciones penitenciarias en la década de los noventa, en un sistema asistencial aislado del resto de la sanidad pública, junto a la abrumadora prevalencia de enfermedades infectocontagiosas como VIH/SIDA o tuberculosis, cuadros de adicción a drogas y enfermedades psiquiátricas, provocó en estos profesionales un sentimiento de inquietud y malestar que fue el germen de un sentimiento asociativo, en reivindicación de mejoras profesionales y laborales, y de una mayor coordinación e integración con el resto del sistema sanitario público (108).

Se organizó una Coordinadora de Sanidad Penitenciaria que agrupaba sanitarios de varios centros del Estado y tras varias reuniones de análisis de la situación, se descartó la creación de un sindicato específico y se optó por la vía de una sociedad científica que agrupara a los profesionales sanitarios que ejercían en prisiones (fundamentalmente médicos/as y enfermeros/as) (108).

Surgió de forma oficial el diecinueve de abril de 1997 la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP). Esta sociedad se encargó de dar a conocer un trabajo realizado en un ambiente cerrado y del que el resto de la sanidad pública desconocía prácticamente su existencia. El camino elegido para ello fue la organización periódica de eventos científicos con la presencia

de profesionales sanitarios externos, fundamentalmente del ambiente hospitalario y que trataban a los pacientes penitenciarios cuando precisaban esa asistencia de segundo o tercer nivel (108).

El primer evento organizado por la SESP fue la primera jornada nacional de sanidad penitenciaria en noviembre de 1997 en Castellón y al año siguiente el congreso nacional en Barcelona. A partir de esas fechas y con periodicidad anual se han ido alternando jornadas y congresos, excepto en 2020 por motivo de la pandemia SARS-Cov 2. Retomándose nuevamente en noviembre de 2021 en Alcalá de Henares y el último celebrado en noviembre de 2022 en Jerez de la Frontera (Cádiz).

En la imagen 7 se pueden apreciar los carteles anunciadores del primer evento y el del último, organizado por la SESP.

Imagen 7: Carteles anunciadores del primer y último evento SESP.



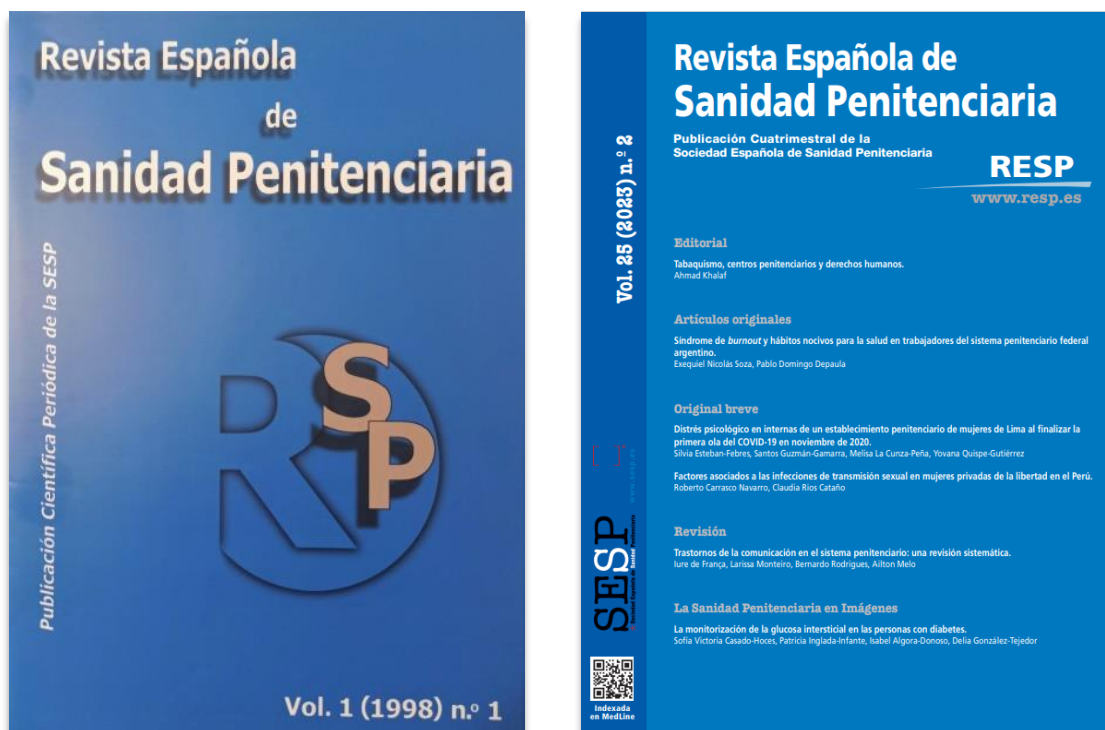
Fuente: Elaboración propia

Una decisión trascendental en este propósito de dignificar y dar a conocer el trabajo sanitario que se hace en las prisiones españolas fue la creación de la Revista Española de Sanidad Penitenciaria (RESP), como cauce de divulgación de la investigación sanitaria que se hace en el ámbito penitenciario. Su primer número se publicó a finales de 1998 y desde entonces, con periodicidad cuatrimestral, no ha faltado a su cita con los lectores (108).

Hoy la RESP está indexada en las principales plataformas de literatura científica biomédica, como IBECS, SCIELO o MEDLINE, sus contenidos son de acceso libre en la web y es consultada y citada por profesionales que trabajan en sanidad penitenciaria de todo el mundo (108).

En la imagen 8 se pueden apreciar las portadas del primer número de la revista que se editó en 1998 y del último número publicado en 2023, veinticinco años después.

Imagen 8: Portada del primer número y uno actual de la RESP.



Fuente: Elaboración propia

Todo ello contribuyó a mejorar la calidad de la asistencia prestada hasta ese momento y conjuntamente con los tratamientos antirretrovirales de alta actividad, llevó a una reducción importantísima de la prevalencia del VIH en los centros penitenciarios y a mejorar el conocimiento de la sanidad penitenciaria en lugares ajenos al de prisiones (108).

En el ámbito no estrictamente sanitario, la principal reivindicación de la SESP fue la plena integración de la sanidad penitenciaria en el Sistema Nacional de la Salud. Dicha integración, que ya fue propugnada por la Ley General de Sanidad, ordena posteriormente en la Ley 16/2003 de veintiocho de mayo, sobre cohesión y calidad de Sistema Nacional de Salud, concretamente en su disposición adicional sexta dice:

« [...] los servicios sanitarios dependientes de Instituciones Penitenciarias serán transferidos a las comunidades autónomas para su plena integración en los correspondientes servicios autonómicos de salud.

A tal efecto, en el plazo de 18 meses desde la entrada en vigor de esta ley y mediante el correspondiente real decreto, se procederá a la integración de los servicios sanitarios penitenciarios en el Sistema Nacional de Salud, conforme al sistema de traspasos establecidos por los estatutos de autonomía...» (109, p.20568).

A pesar del texto legal, de las innumerables proposiciones no de ley llevadas a la Cámara, del apoyo de sindicatos y partidos políticos de toda índole, casi veinte años después sigue sin producirse la tan deseada integración, a excepción de tres Comunidades Autónomas donde sí se realizó: Cataluña, País Vasco y Comunidad Foral de Navarra.

El futuro de la sanidad penitenciaria resultara incierto, como consecuencia de la no integración de los servicios sanitarios a los sistemas autonómicos de salud, la acuciante falta de sanitarios, la no reposición de las jubilaciones de estos profesionales, la no cobertura de las pocas plazas que se ofertan, debido a las mejoras económicas encontradas en otras plazas de centros públicos, con respecto a la institución penitenciaria, provocará centros mermados en cuanto a asistencia sanitaria.

SEGUNDA PARTE: PROCESO DE INVESTIGACIÓN



1. Justificación

La relevancia de la pandemia del VIH parece que ha ido perdiendo importancia en nuestra sociedad, en buena parte por los avances científicos que se han ido consiguiendo, y en especial por la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Esta terapia consiguió transformar en una enfermedad crónica tratable, lo que era una infección viral capaz de provocar tal fracaso en nuestro sistema inmunológico, que constantemente aparecían en los enfermos patologías oportunistas y raros tumores que no aparecían en condiciones normales y que acababan conduciendo inexorablemente a la muerte del paciente (110).

El conocimiento de los mecanismos de transmisión, la implementación de medidas de prevención, educación sanitaria realizada e información facilitada a través de los medios de comunicación, en las escuelas, en los institutos o en las universidades, contribuyeron a un mayor conocimiento de la enfermedad por parte de la sociedad (111).

A pesar de que determinadas políticas como el plan de emergencia en la lucha contra el SIDA iniciado por George W. Bush, o las ayudas del fondo global de la ONU, consiguieron en muchos países de África abaratar los tratamientos o incluso conseguirlos de forma gratuita, esos esfuerzos son insuficientes si no son acompañados de políticas sociales y de prevención por los diferentes gobiernos (112).

Sirva el ejemplo de Rusia, donde el ritmo de contagio no deja de aumentar. En el país hay algo más de un millón de personas infectadas. Se producen unos noventa mil contagios nuevos anuales, es decir, unas treinta veces más, que países como Alemania o España donde se dan entre dos mil y tres mil casos nuevos anuales. El crecimiento de los contagios en Rusia se realiza a un ritmo del diez por ciento anual. Todo ello es debido al enfoque conservador de sus políticas respecto a la infección VIH, marginando a cualquier persona VIH; con una legislación intolerante con la homosexualidad; o donde resulta inaudito hablar de utilización de preservativos para conseguir prácticas sexuales

seguras y donde tampoco existen programas específicos para combatir el consumo de drogas por vía parenteral (112).

Pese a todos los avances científicos y a todas estas medidas, la realidad es que cuarenta años después, de la aparición de la infección, continúan produciéndose nuevos contagios en todo el mundo; sólo en 2020 se originaron 1,5 millones de nuevas infecciones (el 53,0% mujeres y niñas) con un total de 680 000 fallecimientos (50).

Se trata de la gran pandemia olvidada quedando en un segundo plano o desplazada por las más recientes, como la originada por el virus del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS COV 2) durante 2020 y que no por ello debe ser olvidada (113).

La estrategia de ONUSIDA de conseguir en 2020 el famoso 90-90-90, queda un poco comprometida, como paso previo para en 2030 acabar con esta pandemia. La estrategia 90-90-90 tenía como objetivo que en 2020, el noventa por ciento de las personas infectadas de VIH conociesen esa situación; que el noventa por ciento de las personas diagnosticadas con la infección VIH, estuviesen con tratamiento antirretroviral adecuado y que el noventa por ciento de las personas que reciben terapia antirretroviral, presentasen una supresión de la carga viral. Esta estrategia tendrá que demorarse algunos años más como consecuencia de no haber alcanzado dichos porcentajes previstos (113).

Si ha existido un lugar donde la infección del VIH/SIDA haya podido condicionar de manera especial toda su organización ha sido en los centros penitenciarios. La irrupción del VIH en las prisiones supuso cambios a nivel administrativo, a nivel laboral, a nivel sanitario e incluso a nivel de infraestructuras arquitectónicas como ya se ha comentado. En las prisiones españolas se implementaron programas preventivos que han contribuido a disminuir los contagios y a mejorar la calidad de vida de los reclusos. Resulta interesante conocer de una forma más exhaustiva como se han desarrollado todos estos cambios y como se ha vivido, sentido, percibido, todo el desarrollo

de esta pandemia en los presos, un colectivo especialmente afectado por el VIH (114,115).

Con esta investigación se pretende reflejar como un virus devastador llegó a cambiar o modificar la vida, la organización administrativa en los centros penitenciarios. Como afectó al personal que trabaja en estos centros o incluso como pudo influir en hábitos, costumbres, vida e incluso fallecimiento de sus residentes, ese colectivo oculto y apartado, que desde el principio constituyó un caldo de cultivo para un virus catastrófico para las prisiones españolas y de cómo desde las protestas iniciales, los miedos, las inseguridades, se fue construyendo un cambio hacia la esperanza.

La prensa constituye, sin lugar a dudas, un registro de la historia que cumple con las principales funciones de esta, como son la función informativa, aportando conocimiento; la función formativa, en cuanto que contribuye a generar opiniones de cómo son las cosas y finalmente una función de entretenimiento. Con esta investigación se pretende visibilizar el fenómeno de la pandemia del VIH en las instituciones penitenciarias a partir del registro histórico de la prensa.

Conocer la historia de esta pandemia desde sus orígenes y hacerlo desde la prensa escrita, nos proporciona también una aproximación desde distintos puntos de vista como pueden ser: local, autonómico, nacional, internacional, político, social, cultural, religioso o económico al mismo tiempo. Nos aporta conocer los contextos en los que se producen determinados hechos, nos traslada en el tiempo a aquellos momentos que sucedieron, aportando una serie de informaciones que complementan a los conocimientos generados por la literatura médica.

Se complementa esta investigación mediante un análisis cualitativo desde el punto de vista fenomenológico, para tratar de comprender lo que ocurrió en la institución penitenciaria asumiendo la perspectiva de los profesionales de Enfermería penitenciaria como protagonistas.

2. Objetivos

La infección por el VIH/SIDA es una enfermedad de transmisión fundamentalmente por vía sanguínea y sexual.

En España, durante muchos años desde el inicio de la pandemia, la forma de transmisión mayoritaria fue la sanguínea, fundamentalmente en el colectivo de personas que consumían drogas por vía parenteral. Muchos de los componentes de este grupo tenían un historial de numerosos ingresos en prisión por la comisión de delitos con los que financiar su consumo, y esas prácticas de riesgo acabaron generando un problema de salud pública dentro de los centros penitenciarios (76).

La reticencia en muchas ocasiones por parte de la Institución Penitenciaria a divulgar informaciones relativas a la infección VIH/SIDA de sus centros, en otras ocasiones la falta de interés de la opinión pública, considerando que se trataba de algo ajeno a la propia sociedad, provocó que no existiera mucha información accesible de cómo influyó a este colectivo y en particular a la institución penitenciaria, una de las principales pandemias que hemos sufrido.

La prensa escrita supone un registro perdurable de todos los acontecimientos sucedidos, constituyendo una fuente documental que permite la reconstrucción de tiempos pasados (116).

La experiencia y las vivencias del personal de enfermería que trabajaban en la institución penitenciaria con respecto a la infección VIH/SIDA, es otra fuente de información que aporta otra visión complementaria al tema. Debemos tener en cuenta que todos los cuidados de enfermería, las campañas preventivas, la promoción de hábitos de vida saludable, la mejora de adherencia a los tratamientos, el consejo o *Counseling*, el apoyo, consuelo, y tantas cosas realizadas en la lucha contra esta infección, ha sido un trabajo desconocido, poco valorado y nunca reconocido.

Partiendo de estas dos premisas previas, se plantean como preguntas de investigación:

- ¿De qué manera ha podido influir durante los últimos cuarenta años la pandemia del VIH/SIDA en las instituciones penitenciarias y cómo se ha reflejado a través de la prensa escrita española?
- ¿Cómo han sido las vivencias del personal de enfermería de instituciones penitenciarias respecto a esta pandemia?

Para poder dar respuesta a estas preguntas se propone un modelo de investigación documental mixta, utilizando la combinación de análisis tanto cuantitativo como cualitativo, con la finalidad de conseguir una mayor comprensión sobre el fenómeno a estudiar, planteando los siguientes objetivos.

2.1. Objetivo general cuantitativo

Conocer las características de las informaciones publicadas en prensa escrita española sobre la pandemia del VIH/SIDA, en relación a las instituciones penitenciarias españolas desde 1981 a 2020.

2.2. Objetivos específicos cuantitativos

- Describir la evolución temporal de las informaciones publicadas sobre VIH/SIDA en las prisiones españolas.
- Comparar entre los distintos medios de prensa escrita analizada, la estructuración de la información, autoría de las noticias y su relación con publicaciones científicas e industria farmacéutica, en relación a la pandemia del VIH/SIDA en las prisiones españolas.
- Identificar las distintas etapas de la pandemia a través del análisis de las noticias recopiladas.
- Analizar el contenido de las noticias y el sentimiento de las mismas.

2.3. Objetivo general cualitativo

Describir las vivencias del personal de enfermería de instituciones penitenciarias respecto a la pandemia del VIH/SIDA aportando una visión complementaria a la información de la prensa escrita española durante estos últimos cuarenta años.

2.4. Objetivos específicos cualitativos

- Conocer la opinión de las enfermeras/os respecto a la prensa escrita en relación a las experiencias vividas en la institución penitenciaria con el VIH/SIDA.
- Constatar el desarrollo profesional enfermero en las instituciones penitenciarias respecto a la formación, conocimiento e influencia del virus del VIH/SIDA.
- Identificar recursos disponibles frente a la pandemia del VIH/SIDA a nivel institucional.
- Identificar dificultades y obstáculos en relación con la pandemia del VIH/SIDA a nivel institucional.
- Explorar la diversidad de experiencias, posicionamiento, creencias, del lugar de trabajo en relación a los internos con infección VIH o enfermos de SIDA y los profesionales de enfermería.
- Profundizar en las sensaciones de las enfermeras/os a través de la escucha activa de sus experiencias en relación a su práctica asistencial diaria.

3. Metodología

Investigación mixta, documental, retrospectiva, con análisis temático mediante un diseño explicativo secuencial, que incorpora inicialmente datos cuantitativos, a través del análisis de noticias publicadas en prensa escrita española y después un análisis cualitativo desde un punto de vista fenomenológico, a partir de las propias vivencias de enfermeras/os de prisiones en el periodo de estudio.

3.1. Metodología Cuantitativa

3.1.1. Diseño

Diseño observacional, analítico, retrospectivo, a partir de noticias publicadas en periódicos españoles desde 1981 y hasta 2020, año de inicio de esta investigación. Se realizó considerando cada una de las noticias seleccionadas como unidades textuales.

Los periódicos seleccionados, con edición impresa, de distintas líneas editoriales y con un número de lectores diarios superior a los trescientos mil, fueron: *El País*, *ABC* y *La Vanguardia* (117), periódicos que ya se publicaban en 1981, añadiendo a los anteriores, un periódico de ámbito local como es *El Periódico Mediterráneo*.

Se pretende poder ofrecer una visión a nivel nacional, pluralista, con los periódicos *El País* y *ABC*; a nivel autonómico con el periódico *La Vanguardia*, como reflejo de una autonomía que fue la avanzadilla de la investigación y fue la primera en gestionar las prisiones de su ámbito geográfico de forma independiente a la administración central desde 1984; y en tercer lugar, a nivel local con *El Periódico Mediterráneo*.

3.1.2. Emplazamiento

Para la realización de las búsquedas hemerográficas se utilizaron las hemerotecas digitales de los propios periódicos, mediante suscripción.

En el caso de *El Periódico Mediterráneo*, se visitó el archivo histórico provincial de Castellón, donde se disponía de los periódicos entre 1981 y 1992 en formato de papel. Los ejemplares entre 1993 y 2003 que también están sin digitalizar, se consultaron en la biblioteca de la Universidad Jaume I de Castellón. Esta búsqueda supuso la consulta completa en papel de unos ocho mil treinta periódicos en total.

A partir de 2004 y hasta 2020, se consultó en la propia hemeroteca del periódico, donde se dispone ya de versión electrónica a través de internet.

3.1.3. Selección

3.1.3.1. Estrategia de la búsqueda

La búsqueda de noticias no incluidas en las hemerotecas digitales, se realizó mediante la lectura en papel de los periódicos y recopilación de todas las noticias relacionadas con el tema de estudio. Se fotografió cada una de las noticias para poder disponer de las mismas cuando mejor pudiera interesar.

El procedimiento en las hemerotecas digitalizadas se llevó a cabo con la realización de búsquedas avanzadas, mediante la selección temporal por fechas, formato del contenido, secciones y la combinación de términos con operadores booleanos y truncamientos de distintos términos de búsqueda. Se utilizaron como descriptores: «Síndrome de Inmunodeficiencia Humana» o por su acrónimo «SIDA»; «VIH»; «presos»; «prisiones»; «cárceles»; «antirretrovirales».

3.1.3.2. Criterios de inclusión

Inicialmente se recogieron todas las noticias que hacían referencia al VIH/SIDA en las distintas búsquedas establecidas (noticias seleccionadas).

De todas las noticias encontradas y consultadas, se incluyeron en el estudio, aquellas noticias que relacionaban el VIH/SIDA con respecto a la población de estudio, que es la población penitenciaria (noticias útiles).

3.1.3.3. Criterios de exclusión

Se excluyeron todas aquellas noticias repetidas en la misma fecha y prevaleciendo las de periódicos de tirada nacional, sobre las autonómicas y locales. También fueron excluidas aquellas en las que aparecía alguno de los términos de la búsqueda y el contenido de la noticia no tenía nada que ver ni con la infección VIH/SIDA, ni con la población a estudio, lo que se considera como «ruido».

3.1.4. Variables incluidas

Variables cuantitativas continuas:

- ID: número identificador de orden de registro.
- Año de publicación: año en el que se produce la publicación.
- Fecha de publicación: fecha de publicación de la noticia, expresada como día/mes/año.

Variable cualitativa binaria:

- Prisión: si la noticia tiene relación con la institución penitenciaria. Codificada como 0=NO; 1=SÍ. Para poder seleccionar las noticias consideradas útiles.

Variables cualitativas ordinales:

- Mes: mes del año en el que se publica la noticia.
- Día: día de la semana.

Variables cualitativas nominales:

- Periódico: medio dónde se encuentra la noticia.
- Sección: apartado del periódico donde se publica la noticia.
- Palabra clave: término utilizado para la realización de la búsqueda.
- Motivo: razón para la publicación de la noticia en cuestión. Se categorizó en una clasificación arbitraria.

- Autoría: quién es el autor firmante de la noticia. Categorizada como: nombre propio, agencia, redacción, sin autoría.
- Revistas: si hace alusión a alguna revista científica la publicación de la noticia.
- Laboratorios: si hace referencia la noticia a algún laboratorio farmacéutico.

VARIABLES DE TEXTO O CADENA DE TEXTO:

- Titular de la noticia: se recoge el titular completo de la noticia con efectos informativos.
- Contenido de la noticia: descripción completa del contenido de la noticia con fines informativos.

3.1.5. Extracción de datos

Una vez ejecutadas las distintas consultas en las hemerotecas digitales de los distintos medios seleccionados, así como las noticias localizadas mediante la lectura de los periódicos no digitalizados, para la extracción de datos se utilizó la aplicación informática Excel, donde se fueron recopilando por fecha de publicación y periódico, todas las noticias publicadas sobre el VIH/SIDA, realizando *a posteriori* una segmentación de las mismas, eligiendo las que se relacionaban con instituciones penitenciarias.

Después se codificaron las variables categóricas de forma numérica y junto a las cuantitativas, fueron volcadas a una aplicación informática para tratamiento de datos estadísticos, concretamente IBM SPSS Statistics v.25.

Para realizar el análisis de minería de texto, fue utilizado el lenguaje de programación *Python* que permite el uso de algoritmos de aprendizaje automático simplificando el análisis de datos.

3.1.6. Análisis de datos

El análisis cuantitativo consistió en un análisis descriptivo de las principales variables, expresándose en forma de frecuencias absolutas y relativas los datos de las principales variables categóricas. Se determinó el intervalo de confianza de las proporciones a través de la macro de J.M. Doménech para SPSS *!CIP v.2007.01.10* para el cálculo de intervalos de confianza en proporciones (118) .

Se realizó una prueba de comparación de una distribución observada a una distribución teórica, para establecer si había algún día de la semana o algún mes del año, estadísticamente significativo en cuanto al número de publicaciones.

Se establecieron varios periodos desde el punto de vista de la literatura científica, en cuanto a la evolución del virus a lo largo de los años: periodo del descubrimiento (1979-1985); periodo pre-HAART (1986-1995) y periodo post-HAART (1996-actualidad).

Se analizó la tendencia de publicación de los distintos periódicos a través de los años, utilizando modelos de regresión lineal simple, para determinar la pendiente de la recta de regresión. Se consideró como variable dependiente, los distintos años de estudio y como variables independientes, el número de noticias publicadas por cada uno de los periódicos.

Se adoptó un nivel Alfa de significación estadística inferior a 0,05 en todos los casos.

Se realizó un análisis basado en la minería de textos, para estudiar el contenido de las noticias, mediante la utilización de métodos estadísticos y de asociación. Concretamente se realizó un «análisis del sentimiento» NLP (procesamiento del lenguaje natural) de las noticias, basado en una técnica de procesamiento de texto, que se utiliza para identificar y extraer la actitud o la emoción de un texto, ya sea positiva, negativa o neutra.

El análisis de sentimiento se basa en algoritmos de aprendizaje automático que utilizan técnicas de procesamiento de lenguaje natural para analizar el texto y determinar la polaridad de las palabras y las frases que se utilizan.

En el análisis de sentimiento, los algoritmos identifican y etiquetan las palabras clave en el texto que están relacionadas con las emociones y sentimientos, y luego utilizan técnicas de procesamiento de lenguaje natural para determinar si el texto en su conjunto es positivo, negativo o neutro. El resultado final puede ser una puntuación o una etiqueta que indica el tono general del texto. (Puede apreciarse la sintaxis de ejecución en el ANEXO 3).

También un «análisis de n-gramas». El análisis de n-gramas es una técnica de procesamiento de texto que se utiliza para analizar la frecuencia y el patrón de las palabras o grupos de palabras en un texto.

Los n-gramas son secuencias de «n» elementos consecutivos en un texto, que pueden ser palabras, caracteres o símbolos. El valor de «n» se refiere al número de elementos en la secuencia. Por ejemplo, los bigramas son secuencias de dos elementos consecutivos, como «instituciones penitenciarias» o «población reclusa», mientras que los trigramas son secuencias de tres elementos consecutivos, como «síndrome inmunodeficiencia humana» o «asociación derechos humanos».

El análisis de n-gramas implica la identificación y el recuento de todas las secuencias de «n» elementos en un texto y el cálculo de su frecuencia. Esto se hace mediante técnicas de procesamiento de lenguaje natural, como el tokenizado, la normalización de texto y el filtrado de palabras sin significado como «y», «el», «la», etc. (*stopwords*).

Se finaliza con un «análisis de nube de palabras» o *wordclouds*. El análisis de nube de palabras es una técnica de visualización de texto que se utiliza para mostrar las palabras más frecuentes en un corpus de texto de una manera visual y fácil de entender.

Una nube de palabras es una representación gráfica de un conjunto de palabras que se utiliza para identificar las palabras más comunes en un texto. La representación gráfica se hace en forma de nube, donde las palabras más frecuentes son más grandes y se colocan en el centro de la nube, mientras que las palabras menos frecuentes son más pequeñas y se colocan en la periferia de la nube. Implica la identificación y el recuento de las palabras individuales en un corpus de texto y la eliminación de las palabras vacías (*stopwords*) y otros términos irrelevantes. (La sintaxis de ejecución puede apreciarse en el ANEXO 4).

3.2. Metodología cualitativa

3.2.1. Diseño

El diseño de la segunda parte de esta investigación se realizó desde un paradigma de carácter interpretativo, con una visión fenomenológica hermenéutica, para poder describir el fenómeno a través de la interpretación de las experiencias vividas por los profesionales de Enfermería de instituciones penitenciarias (119).

El diseño cualitativo se estructuró en 4 fases, que se citan de forma sucinta, siendo desarrolladas con posterioridad en los siguientes epígrafes.

Primera fase: consistió en establecer la delimitación del objeto del estudio que se pretendía realizar mediante la definición del objetivo principal anteriormente descrito (apartado 2.3) y seis objetivos específicos, también definidos (apartado 2.4). Se pretendía describir las vivencias del personal de Enfermería de instituciones penitenciarias respecto a la pandemia del VIH/SIDA, aportando una visión complementaria a la información de la prensa escrita española, destacando la opinión de estos profesionales no sólo referida a la prensa escrita, sino también al desarrollo profesional, los recursos, las dificultades, así como las vivencias experimentadas en su ejercicio profesional en prisiones.

Segunda fase: responde al trabajo de campo realizado, desde la selección de los participantes buscando informantes clave que pudiesen ofrecer información de calidad; la elaboración de un cuestionario que pudiese servir de guía para llevar a cabo la realización de grupos de discusión; un pilotaje previo del cuestionario como ensayo para poder perfilar y que se entienda adecuadamente lo que se pretende transmitir; y finalmente el establecimiento de grupos de discusión, homogéneos entre sí y heterogéneos en el conjunto de la muestra, para llevar a cabo la investigación.

Tercera fase: supuso la organización de los datos, desde la grabación a través de la plataforma *Microsoft Teams* de las sesiones de los grupos de discusión; su transcripción textual y revisión de la misma; la lectura concienzuda de toda la información textual, estableciendo citas, codificaciones que puedan generar categorías emergentes y estas puedan ser agrupadas en temas.

Cuarta fase: constituida por el informe de resultados y conclusiones.

Figura: 16: Diseño de la investigación cualitativa



Fuente: elaboración propia

3.2.2. Participantes

Los participantes fueron seleccionados de forma intencional y razonada buscando la representatividad de las opiniones y experiencias de los profesionales de enfermería penitenciaria que ejercieron durante el periodo de estudio entre 1981 y 2020 en distintas comunidades autónomas (120).

En investigación cualitativa el poder de la muestra no depende del tamaño de esta, sino de la medida en que las unidades de muestreo aportan una información importante. Por lo tanto, lo que se persigue es una representación tipológica y no la representación estadística (120).

La muestra debía aportar suficiente información, por eso fue necesario seleccionar a los participantes para que pudiesen tener las características de mayor interés para la investigación, se utilizó un muestreo de conveniencia basado en la máxima variedad y consistió en seleccionar de forma intencionada una muestra heterogénea que pudiese permitir observar los aspectos comunes de sus experiencias e identificar así la regularidad y la particularidad de todos los profesionales (120).

Para captar a los participantes se realizó inicialmente una llamada telefónica obteniéndose los números telefónicos a partir de una agenda telefónica personal en la mayoría de los casos y concretamente en tres casos se realizó a través de conocidos, quienes se pusieron en contacto con los informantes, y previa autorización de cada uno/a de ellos/as para que se pudiese facilitar el número telefónico y la posibilidad de entablar conversación y así poder explicarles el motivo, aceptándose en todos los casos.

Es conveniente que la persona contactada sienta que fue seleccionada para compartir sus opiniones (121).

Se reclutó un 20,0% más de personas para evitar posibles contingencias. De la misma manera, se realizó un recordatorio previo a la cita, confirmando la asistencia para, que en caso de que hubiese surgido alguna situación que

impidiese formar parte de la investigación, poder sustituir a los informantes (120).

3.2.3. Obtención de la información

Se decidió realizar distintos grupos, en cuanto a edad y años de experiencia, ya que se consideró que los profesionales pueden tener visiones diferentes en su lugar de trabajo y los discursos podían ser diferentes.

Se incluyeron enfermeras/os de instituciones penitenciarias y los grupos estuvieron constituidos por profesionales de ambos sexos.

Cada grupo fue lo más homogéneo posible y al mismo tiempo, la existencia de otros grupos hacen una muestra global heterogénea, formados por el personal de enfermería, de las diferentes prisiones de distintas provincias españolas. De diferentes edades, con diferentes años de experiencia y de antigüedad en centros penitenciarios.

Los grupos de discusión estuvieron formados por un máximo de seis personas, siguiendo las recomendaciones encontradas en la bibliografía que sugieren formar grupos de entre seis y doce participantes (122).

Las sesiones tuvieron lugar durante los meses de febrero y marzo de 2023, previamente a las mismas, se informó a través de correo electrónico, para hacer extensible a todos los participantes de las sesiones, los horarios y lugares de realización. Igualmente se les informó de en qué consistiría su participación, facilitando una hoja de información a los participantes y consentimiento informado por escrito (ANEXO 5).

3.2.4. Variables consideradas de los participantes

Fueron recogidas las siguientes variables socio-demográficas de los informantes.

VARIABLES CUANTITATIVAS DISCRETAS:

- Edad: expresada en años cumplidos.
- Años de experiencia laboral: expresada también en años cumplidos.
- Años de experiencia laboral como enfermeras/os de instituciones penitenciarias: en años cumplidos.

VARIABLES CUALITATIVAS CATEGÓRICAS:

- Sexo: categorizada en hombre o mujer.
- Estado civil: soltera/o; casada/o; pareja de hecho; separada/o; divorciada/o; viuda/o;
- Situación laboral actual: activa/o; no activa/o (por jubilación).

3.2.5. Perfil de los profesionales informantes

Los grupos estuvieron formados por seis enfermeras/os: tres mujeres y tres hombres en cada uno de los grupos.

Tabla 9: Características de los participantes en los grupos de discusión

		GRUPO 1	GRUPO 2
Edad (en años)	Media	62,5	48,2
	Mínima	57	44
	Máxima	69	55
Antigüedad en la profesión (en años)	Media	39,7	27,2
	Mínima	36	23
	Máxima	48	30
Antigüedad como enfermeras/os de instituciones penitenciarias (en años)	Media	35,5	24,5
	Mínima	33	17
	Máxima	38	27
Estado civil	Soltera/o	1	1
	Casada/o	4	2
	Separada/o	1	2
	Viuda/o	0	1
Situación laboral	Activo	2	6
	Jubilación	4	0

Los informantes trabajan o han trabajado en las provincias de: Barcelona, Castellón, Cuenca, Ibiza, Madrid, Murcia, Sevilla, Soria, Teruel y Valencia.

Entre ellos, se buscaron informantes que desarrollaron su labor profesional en centros penitenciarios de tamaño pequeño, mediano y grande. También en centros emblemáticos, como el Hospital General Penitenciario de Carabanchel o la prisión Modelo de Barcelona, con la finalidad de enriquecer históricamente la información aportada.

3.2.6. Trabajo de campo

Debido a la dispersión geográfica de los informantes y las dificultades que conlleva el organizar una reunión de forma presencial, se decidió convocar la reunión utilizando medios telemáticos a través de la plataforma *Microsoft Teams*, previa invitación por correo electrónico y en un horario de conveniencia para todos los convocados.

En dicho correo, se les asignaba un número de informante para mantener la confidencialidad y se les solicitaba información socio-demográfica a los participantes (edad, antigüedad profesional en general y en prisiones, estado civil y situación laboral).

Las sesiones tuvieron una duración entre cincuenta y sesenta minutos siguiendo la estructura del guión de preguntas (tabla 10).

Para la recogida de información se crearon dos grupos de discusión, en los que el entrevistador o moderador, condujo la conversación en base a un guión preestablecido equivalente a una entrevista semi-estructurada permitiéndole tener un hilo conductor sobre los temas a tratar y para facilitar la intervención de todos los participantes y adoptando un papel apartado de menor protagonismo, dejando al grupo que elaborase discursivamente la narrativa del grupo profesional de enfermería (123).

En ambos grupos aparecieron informantes más participativos y otros que asentían con la cabeza como signo de conformidad, considerándose argumentos compartidos pero que no repiten en sus argumentaciones registradas en texto. Se convocó a cada grupo en distintos días, pero a la misma hora para intentar disminuir en lo posible, los efectos de variables confundentes y así poder comparar los distintos grupos.

3.2.7. Registro de la información recogida

La información se recogió mediante la grabación en vídeo desde la plataforma de *Microsoft Teams* donde se realizó toda la sesión con cada grupo de discusión. Esta grabación permitió disponer no solo del archivo de audio, sino también de una información muy importante, como es el lenguaje no verbal de los participantes.

Dentro de la misma plataforma se puede disponer de las transcripciones en texto de las intervenciones de los participantes. Las grabaciones una vez fueron transcritas a formato de texto, se utilizó como apoyo para el análisis un QAQDAS (*Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*) se trata de un *software* para análisis de datos cualitativos denominado ATLAS Ti v.9

3.2.8. Prueba piloto del guión de las preguntas

Previamente a la elaboración definitiva del guión de las preguntas, se realizó un estudio piloto con una muestra representativa de profesionales de enfermería de instituciones penitenciarias, (cuatro mujeres y dos hombres), a los que se les envió por correo electrónico una serie de preguntas abiertas para que las contestasen. Estas personas no participarían posteriormente en ninguno de los grupos de discusión.

El pilotaje sirvió de ensayo previo para corregir cualquier elemento con impacto negativo en la investigación, como una mala interpretación, un mal entendimiento de lo que se pretende preguntar, o conseguir una mejor formulación de las preguntas abiertas, en definitiva, mejorar la calidad de la investigación.

3.2.9. Guión de preguntas

Se estableció un guión de preguntas desde la experiencia vivida como profesionales de enfermería en instituciones penitenciarias. Estas preguntas constituirían la línea inicial a seguir en el desarrollo de los grupos de discusión, como inicio de la conversación y de forma abierta a cualquier tema que pudiese emerger sobre el desarrollo de las preguntas iniciales.

Se pretendía que fuese un guión propio de una entrevista semi-estructurada ya que tienen un mayor grado de flexibilidad y abre una puerta a la espontaneidad de los participantes.

Tabla 10: Relación de preguntas guía para los grupos de discusión

¿Cómo describiríais de qué manera se ha reflejado a través de la prensa escrita española, la situación vivida en las instituciones penitenciarias sobre la pandemia del VIH/SIDA?

¿Qué destacaríais como más importante, en cuanto a la influencia del VIH en los centros penitenciarios?

¿Qué papel ha desempeñado enfermería en la pandemia del VIH en las instituciones penitenciarias?

¿Cómo fue vuestra experiencia de trabajar por primera vez con un paciente infectado por VIH o incluso enfermo de SIDA? (en distintas esferas: a nivel profesional, familiar, en las relaciones sociales, etc.).

¿Creéis que ha existido algún tipo de diferencia desde una perspectiva de género entre internos e internas en el tema del VIH en prisiones?

¿De qué recursos habéis dispuesto para la prestación de cuidados de enfermería al paciente VIH/SIDA?

¿Qué dificultades u obstáculos han podido influir en vuestro trabajo con respecto a las personas VIH, en el medio penitenciario?

¿Cómo resumiríais vuestra propia vivencia con respecto a la pandemia del VIH en instituciones penitenciarias?

3.2.10. Análisis del contenido temático del discurso enfermero

Inicialmente se realizó la preparación del corpus textual, es decir, se elaboró la transcripción literal de todo el contenido, a partir de la transcripción automática a formato de texto, obtenido por la aplicación *Microsoft Teams*, enfocándose principalmente en el mensaje de la información (eliminando ruidos, pausas, acentos no estandarizados, etc.) (123).

Se procedió nuevamente a revisar con el audio y el vídeo la transcripción automática, en este caso por dos personas distintas, a fin de completar aquellos trozos de texto que fueron susceptibles de mejora y subsanando posibles errores, dando sentido a la información escrita.

A cada uno de los participantes se les facilitó un código anónimo añadiendo a la palabra «informante» un número de orden, de forma sucesiva (Informante uno, dos, tres....doce), así como cada vez que intervenía el moderador, figuraba con el término «moderador».

Para la siguiente fase, o fase del pre-análisis, se realizó una lectura detenida y repetida de los textos, escribiendo una lista de ideas sobre lo que la lectura aportaba.

Se recogió por escrito una lista de temas que fueron emergiendo tras la lectura y se elaboró un plan de análisis a partir del diseño de un esquema provisional.

En la fase propiamente de análisis, se realiza una descripción de todos los datos útiles hasta la interpretación de los mismos. El objetivo fue crear citas sobre los textos, se fueron codificando y creando categorías temáticas que respondan a los temas principales.

Se realizó un proceso de segmentación del texto fragmentando el corpus textual por categorías, analizando minuciosamente sus características, dimensiones, propiedades y tendencias.

En la interpretación de la información se pasó siempre desde lo más particular a lo general, incorporando de forma cuidadosa toda la información que aparecía de forma emergente, hasta alcanzar la saturación.

3.3. Aspectos éticos y legales

El proyecto de investigación se realiza en dos fases diferenciadas. Una primera de carácter cuantitativo referida a un estudio de contenidos periodísticos en el que no hay intervención alguna sobre o con personas, no considerando la necesidad de pedir autorización alguna para su realización.

Una segunda parte, en la que participan personas manifestando opiniones y donde el valor tan íntimo de los datos aportados, además de la necesidad de grabar imágenes y sonido para con posterioridad transcribir dichas opiniones a texto, para su análisis cualitativo, precisa de medidas necesarias para asegurar la autonomía de los informantes mediante el requerimiento de un consentimiento informado.

Razón por la que se solicitó al comité de ética de investigación con seres humanos (CEISH), de la Universitat Jaume I, una revisión del proyecto, con número de expediente «CEISH/64/2023», siendo autorizado tras cumplir con las normas deontológicas exigidas. Se adjunta informe de autorización como ANEXO 6.

Este proyecto se ha realizado atendiendo a la normativa vigente en materia de investigación como es el Reglamento Europeo 2016/679 de veinticinco de mayo de 2016, relativo a la protección de personas físicas en lo que pueda afectar al tratamiento de datos personales.

Igualmente con lo dispuesto por la Ley Orgánica 3/2018 de cinco de noviembre sobre Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

TERCERA PARTE: INFORME DE RESULTADOS



1. Resultados cuantitativos

1.1. Sobre las búsquedas realizadas

Se encontraron un total de 17 441 noticias tras las distintas búsquedas en los periódicos seleccionados, de las que fueron recogidas 3421 sobre el SIDA en general (noticias seleccionadas). De estas, que tuviesen relación con instituciones penitenciarias (noticias útiles), fueron 318, lo que supone un 9,3% (IC 95%: 8,3 a 10,3) de las noticias seleccionadas.

Tabla 11: Número de noticias encontradas en las búsquedas por medios

	<i>La Vanguardia</i>	<i>ABC</i>	<i>El País</i>	<i>Mediterráneo</i>	TOTAL
Noticias encontradas	408	2258	12 566	2209	17 441
Noticias rechazadas	61	1339	11 437	1182	14 020
Seleccionadas	347	919	1128	1027	3421
Noticias útiles	20	148	96	54	318

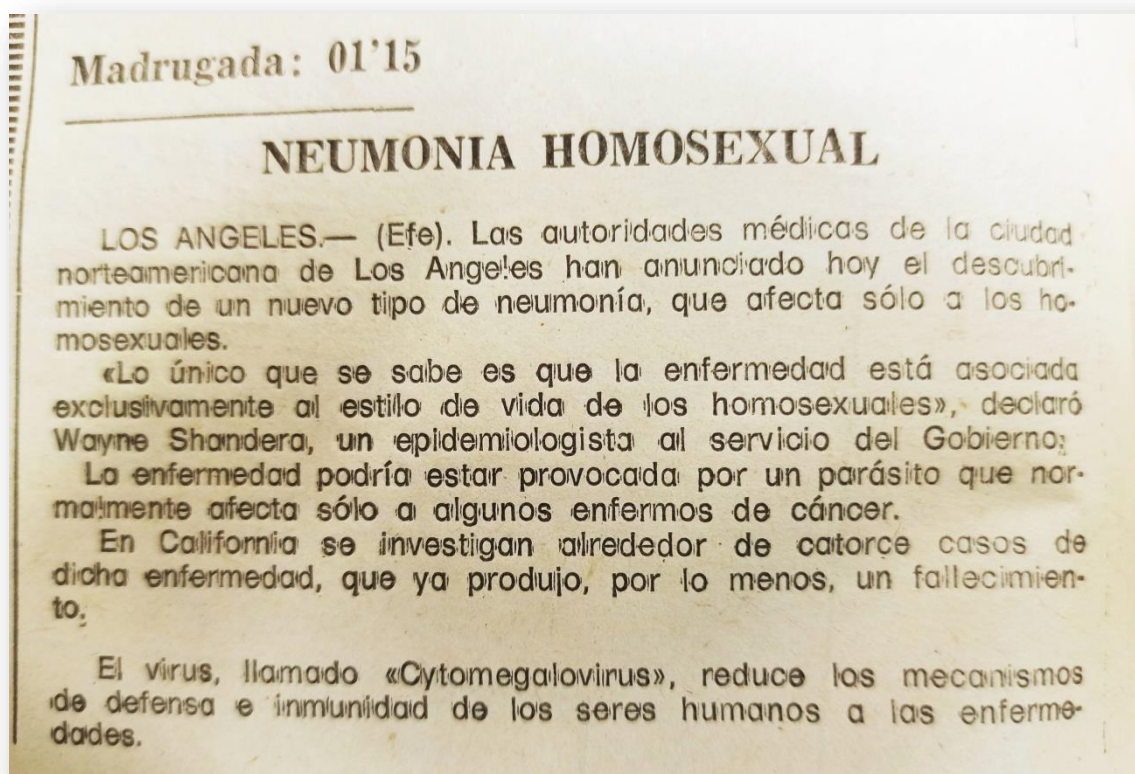
Por periódicos, *ABC* es el que mayor porcentaje de noticias sobre instituciones penitenciarias publicó entre las noticias seleccionadas de su propio periódico, con un 16,1% (IC 95%:13,8 a 18,6). Le sigue *El País*, con 8,5% (IC 95%: 6,9 a 10,3) de noticias útiles. *La Vanguardia* con 5,8% (IC 95%: 3,6 a 8,8) y finalmente *El Periódico Mediterráneo* con 5,3% (IC 95%: 3,9 a 6,8).

Las noticias sobre el VIH/SIDA en general, comienzan a aparecer a principios de los años ochenta del siglo pasado.

La primera noticia encontrada en esta búsqueda está fechada el 6/06/1981, curiosamente aparece en la sección de noticias de última hora, en *El Periódico Mediterráneo* y distribuido por la agencia de noticias EFE (124). Tan sólo un día después de una de las primeras comunicaciones en la literatura médica, en forma de alerta por parte de los CDC de Atlanta (11).

En ella se alertaba sobre la aparición de un nuevo tipo de neumonía descubierta que afectaba principalmente a homosexuales.

Imagen 9: Primera noticia publicada sobre el VIH/SIDA



Fuente: *El Periódico Mediterráneo*. Última hora. 06/06/1981 (124)

Hasta finales de 1984, principios de 1985, no se encontraron noticias que relacionasen esta enfermedad, con reclusos ingresados en instituciones penitenciarias (tabla 12). Se alcanzó la máxima difusión de noticias sobre la infección VIH/SIDA entre 1985 y 1987, también en este periodo es cuando hay más noticias relacionadas con la población penitenciaria.

Volverían a repuntar en torno al año 2000, pero con un incremento inferior al de 1987, como se puede apreciar en la evolución de las noticias a lo largo del periodo estudiado (figura 17).

Tabla 12: Principales fechas de publicación de las búsquedas realizadas

NOTICIAS SOBRE VIH/SIDA EN GENERAL

Periódico	Primera fecha de publicación	Última fecha de publicación
<i>El Periódico Mediterráneo</i>	06/06/1981	01/12/2020
<i>El País</i>	02/01/1982	13/12/2020
<i>La Vanguardia</i>	11/05/1983	28/12/2020
<i>ABC</i>	19/06/1983	09/07/2020

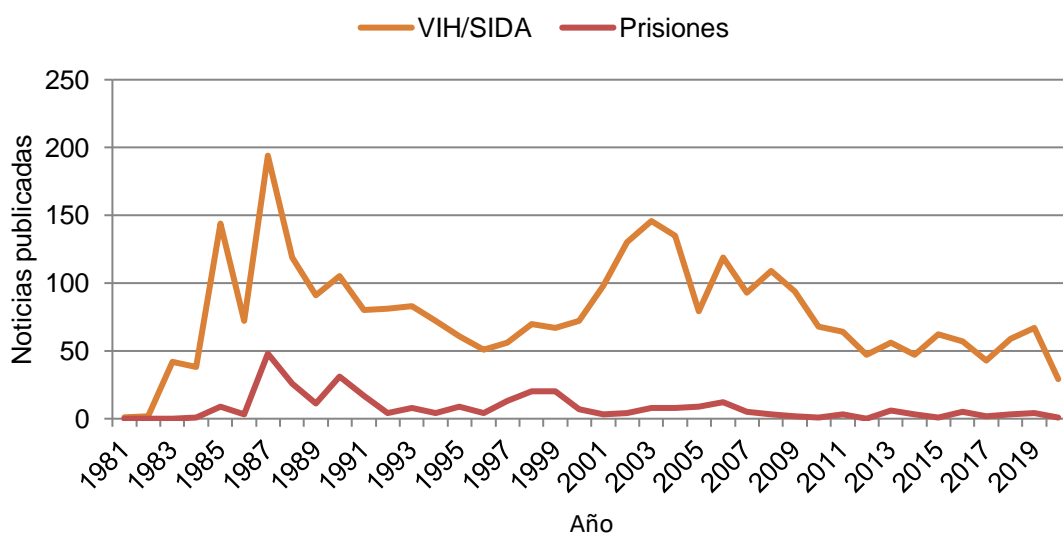
NOTICIAS SOBRE VIH/SIDA EN RELACIÓN CON INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

Periódico	Primera fecha de publicación	Última fecha de publicación
<i>El Periódico Mediterráneo</i>	15/11/1984	14/12/2019
<i>El País</i>	15/08/1985	20/02/2020
<i>ABC</i>	27/08/1985	18/08/2019
<i>La Vanguardia</i>	29/08/1985	11/07/2002

1.2. Evolución en el tiempo de las noticias publicadas

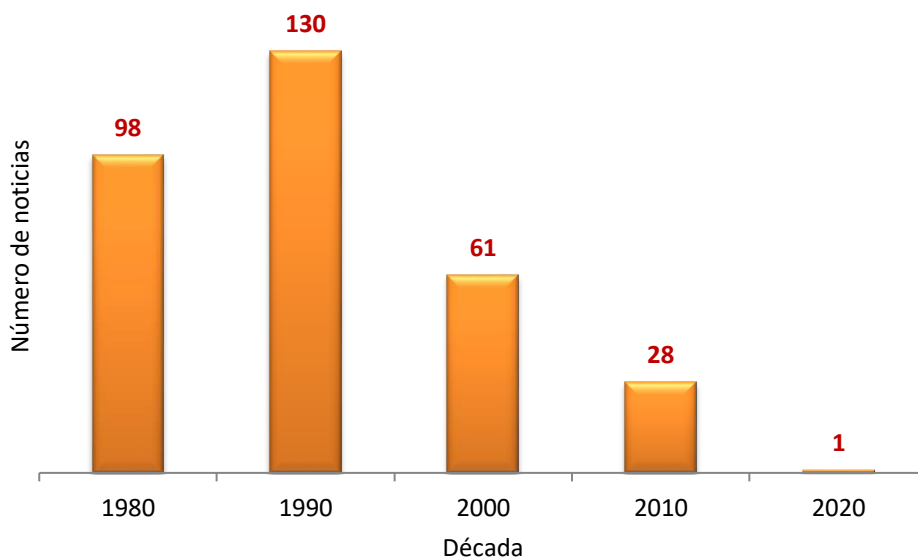
En la siguiente figura puede apreciarse la evolución temporal del número de noticias publicadas sobre VIH/SIDA y las relacionadas con las instituciones penitenciarias.

Figura 17: Noticias publicadas por años sobre VIH/SIDA y noticias relacionadas con VIH/SIDA y prisiones.



Si consideramos el número de noticias publicadas por décadas dentro del periodo estudiado, destaca la década de los 90, con un total de 130 noticias publicadas con la temática de prisiones y VIH. Supone el 40,9% (IC 95%: 35,4 a 46,5) de todas las noticias publicadas.

Figura 18: Noticias publicadas por décadas sobre VIH/SIDA y prisiones.

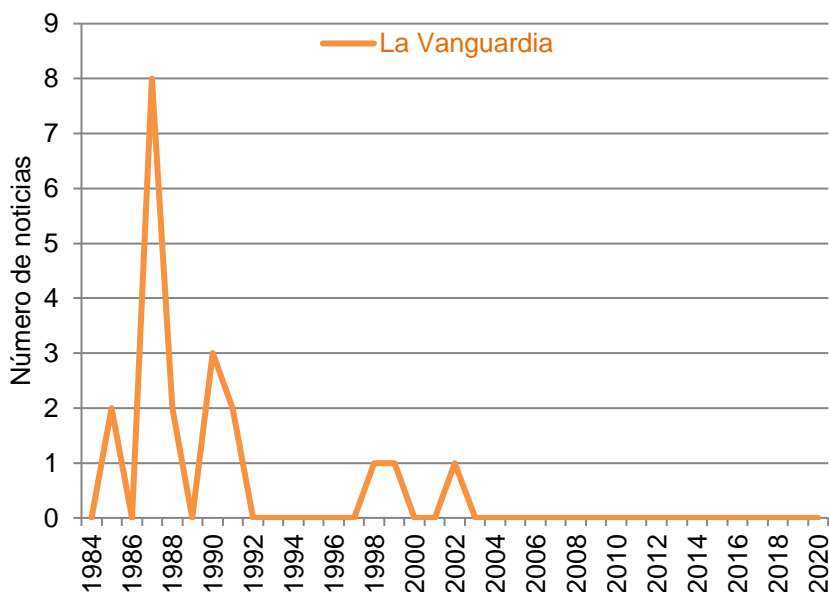


Las noticias publicadas sobre instituciones penitenciarias por periódicos y años varían dependiendo de los medios, así como su tendencia temporal.

En *La Vanguardia*, destacan los años 1985, 1987 y 1990, como los años donde más noticias fueron publicadas, reflejando una época con muchos conflictos y protestas en los principales centros penitenciarios catalanes, como el centro penitenciario de la Modelo, Quatre Camins, o la prisión de mujeres Wad-Ras.

Aparecen nuevos picos en los años 1998, 1999 y se registra la última referencia de noticias relacionadas con el tema que nos ocupa en el año 2002.

Figura 19: Noticias sobre VIH/SIDA en prisiones (*La Vanguardia*)



Se trata del periódico donde menos noticias se han encontrado referentes al sida y a la institución penitenciaria.

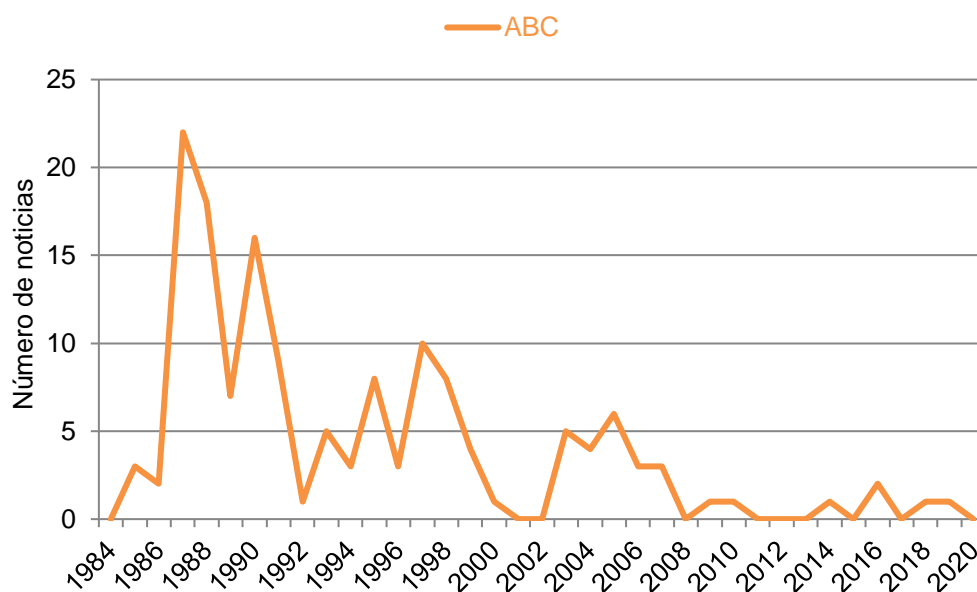
Presenta una tendencia significativamente descendente a lo largo de los años. La pendiente de la recta de regresión es la mayor de los periódicos analizados (tabla 13).

El diario ABC, es el medio dónde más noticias referentes al SIDA e instituciones penitenciarias se han encontrado.

La primera aparece en 1985 y destacan los años 1987, 1990 como los de mayor número de noticias publicadas.

En la figura 20 se aprecian los picos temporales de noticias aparecidos con posterioridad en el periodo estudiado.

Figura 20: Noticias sobre VIH/SIDA en prisiones (ABC)



La tendencia temporal es descendente y significativa, también en el tiempo, aunque no tan marcada como en el caso de *La Vanguardia* (tabla 13).

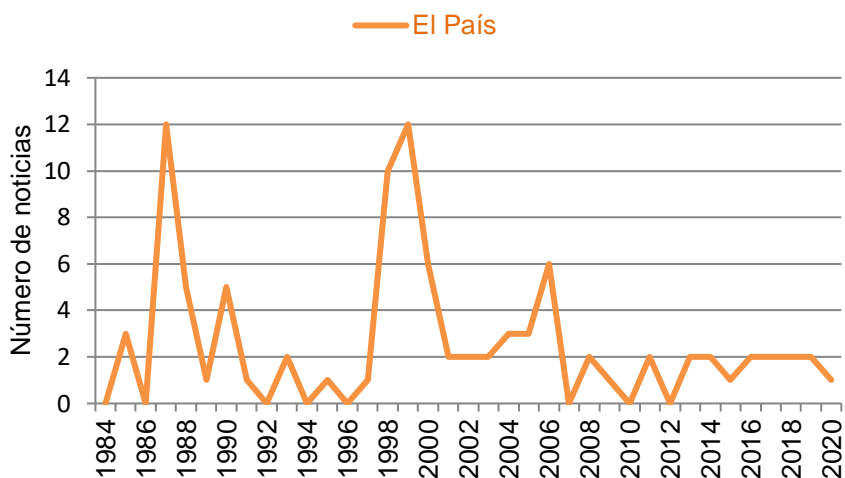
El País inicia la publicación de noticias relacionadas en 1985 y destacan fundamentalmente dos años, 1987 y 1999 como los de mayor número de noticias relacionadas con instituciones penitenciarias.

Es de destacar que se van manteniendo a lo largo de los años la publicación de noticias, aunque marcando picos inferiores a los ya destacados.

Esa disposición en el tiempo, es la razón por la que la tendencia en la publicación de noticias es significativamente ascendente, a diferencia del resto de periódicos (tabla 13).

El País ha ido manteniendo a lo largo de los años noticias referentes a instituciones penitenciarias, siendo el segundo en número de noticias útiles, después del diario *ABC* y el primero en número de noticias sobre VIH/SIDA.

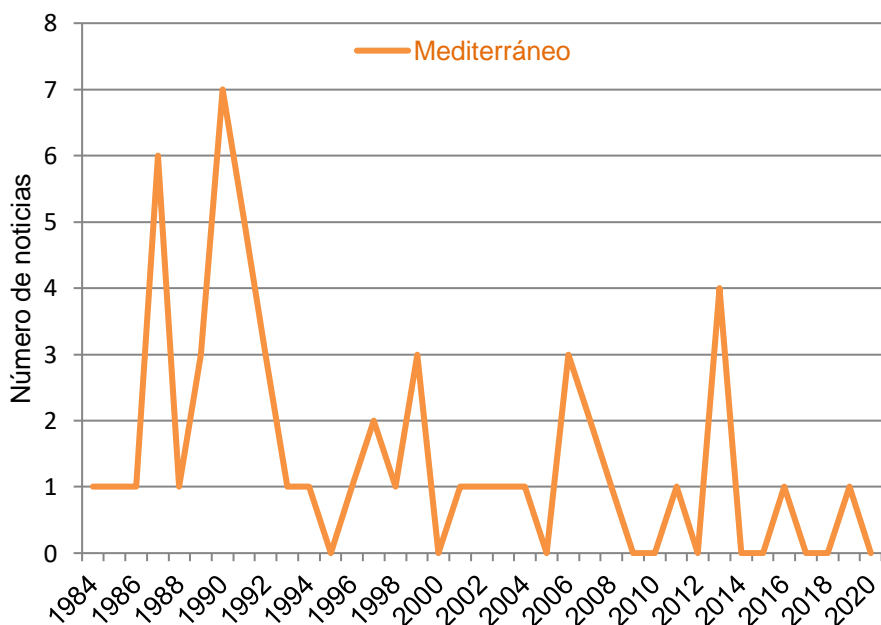
Figura 21: Noticias sobre VIH/SIDA en prisiones (El País)



El Periódico Mediterráneo, empezó en 1984 publicando las primeras noticias relacionadas con sida y prisión.

Destacan los años 1987 y 1990 como los de más noticias publicadas y aunque en menor frecuencia 1997, 1999, 2006 y 2013. La tendencia en las publicaciones de *El Periódico Mediterráneo* a lo largo de los años no es significativamente estadística, aunque supone un leve incremento (tabla 13).

Figura 22: Noticias sobre VIH/SIDA en prisiones (Mediterráneo)



1.3. Análisis de tendencias temporales de publicación:

En el estudio realizado sobre las tendencias temporales en las publicaciones, se puede apreciar en la tabla 13, como los periódicos *La Vanguardia* y *ABC* con el paso del tiempo decrece en la publicación de noticias mientras que *El País* y *El Periódico Mediterráneo* suben en número de noticias publicadas.

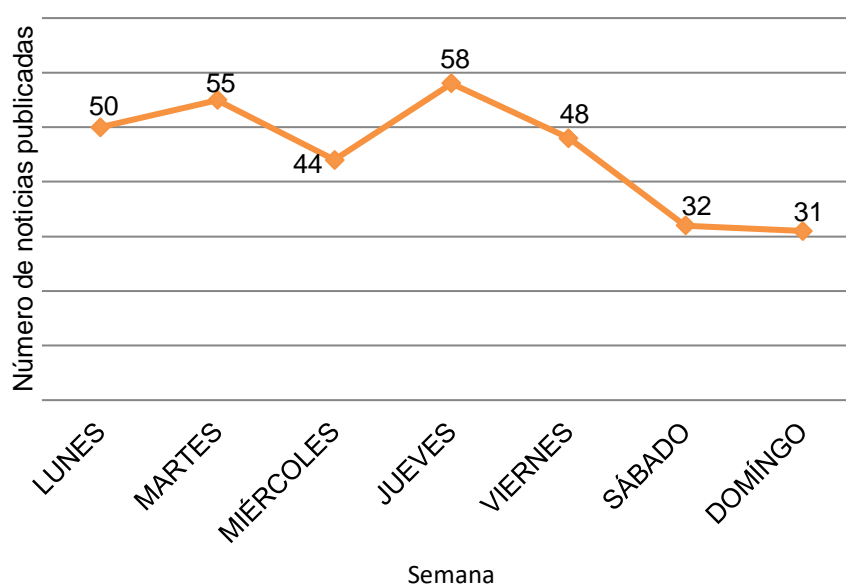
Tabla 13: Análisis de tendencia de publicaciones por años y periódicos

Periódico	Modelo de regresión lineal simple			Intervalo de Confianza 95% (b)	
	b	t-Student	Significación	Límite inferior	Límite superior
<i>La Vanguardia</i>	-6,743	-3,332	0,001	-10,724	-2,761
<i>ABC</i>	-3,253	-3,302	0,001	-5,191	-1,314
<i>El País</i>	5,267	5,028	0,0001	3,206	7,329
<i>Mediterráneo</i>	0,685	0,515	0,607	-1,933	3,303

b: pendiente de la recta de regresión.

1.4. Diferencias en día y mes del año según noticias publicadas:

Figura 23: Total de noticias publicadas por día de la semana



El día de la semana que más noticias se publicaron fue el jueves, y el que menos el domingo. Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia observada y la frecuencia esperada o teórica de cada uno de los días de la semana ($X^2:14,698$; gl: 6; p: 0,023).

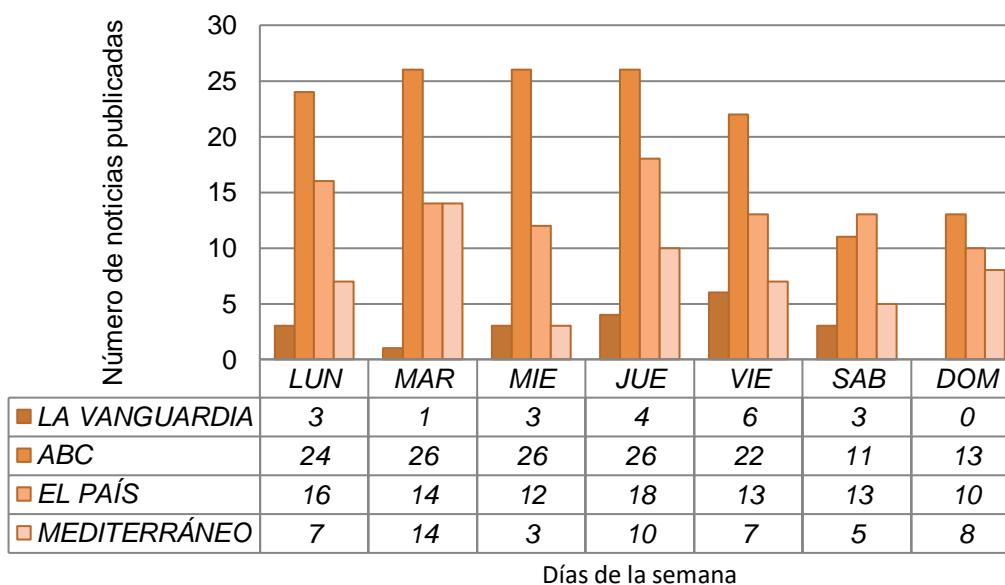
Tabla 14: Comparación por periódicos de una distribución observada a una distribución teórica entre los días de la semana

	Ji-Cuadrado (X^2)	Grados de libertad (gl.)	Significación
<i>La Vanguardia</i>	4,000	5	p: 0,549
<i>ABC</i>	11,770	6	p: 0,067
<i>El País</i>	3,021	6	p: 0,806
<i>Mediterráneo</i>	9,778	6	p: 0,134

NOTA: Obsérvese que *La Vanguardia* presenta 5 gl. Es debido a que en domingo no se publicó noticia alguna.

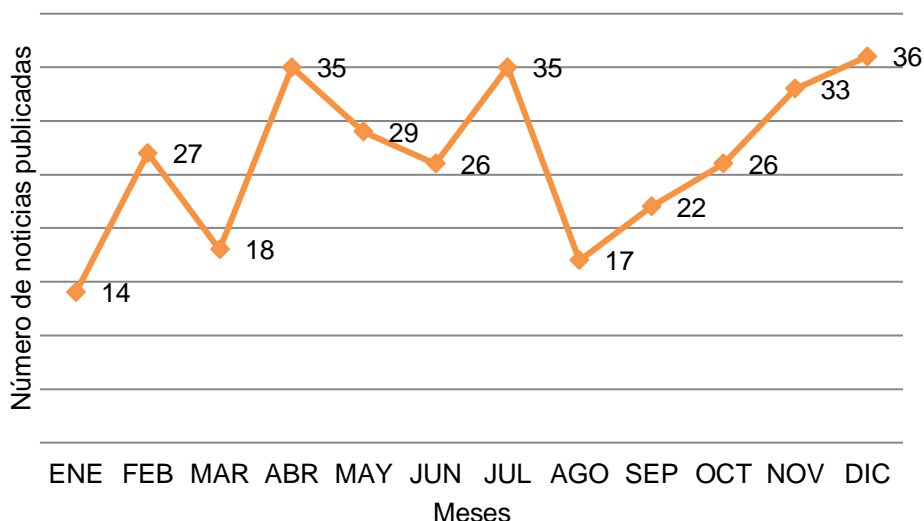
Si comparamos de forma individual cada uno de los periódicos, no se encuentran diferencias significativas en el día de la semana por separado.

Figura 24: Total de noticias publicadas por día de la semana y periódico



Los meses del año que más noticias se publicaron fueron diciembre, abril y julio, el que menos enero como se puede apreciar en la figura 25.

Figura 25: Total de noticias publicadas por mes del año



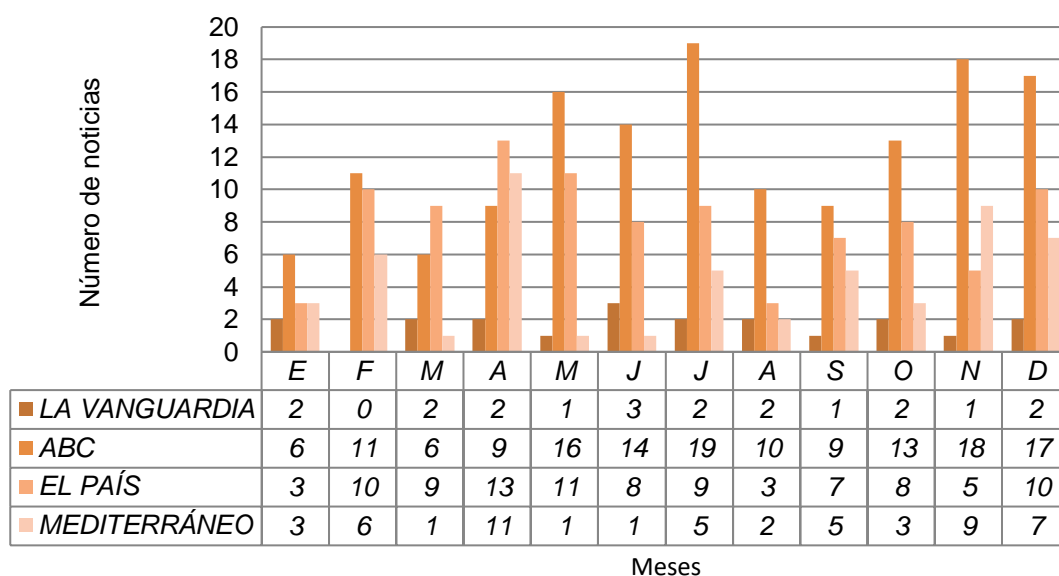
Existen diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia observada y la frecuencia esperada o teórica de cada uno de los meses del año ($X^2:23,509$; gl: 11; p: 0,015).

Tabla 15: Comparación por periódicos de una distribución observada a una distribución teórica entre los meses del año

	Ji-Cuadrado (X^2)	Grados de libertad (gl.)	Significación
<i>La Vanguardia</i>	2,000	10	p:0,996
<i>ABC</i>	18,216	11	p: 0,077
<i>El País</i>	13,000	11	p: 0,293
<i>Mediterráneo</i>	26,444	11	p: 0,006

NOTA: Obsérvese que *La Vanguardia* presenta 10 gl. Es debido a que en febrero no se publicó noticia alguna.

Figura 26: Total de noticias publicadas por mes del año y periódico



Si comparamos de forma individual cada uno de los periódicos, no se encuentran diferencias significativas entre la frecuencia observada de publicación y la esperada en cada uno de los meses del año, a excepción del *El Periódico Mediterráneo*, que presenta diferencias significativas ($p: 0,006$), siendo el mes de mayor número de noticias publicadas abril y los que menos marzo, mayo y junio.

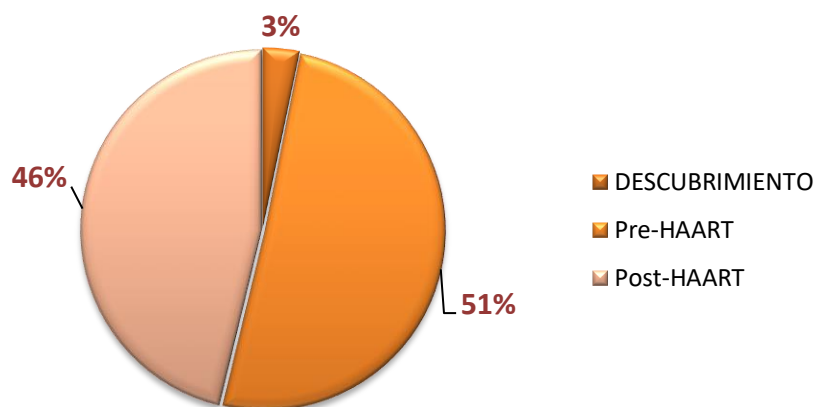
1.5. Noticias publicadas según la evolución histórica del SIDA:

Desde el punto de vista de la literatura científica podemos distinguir tres periodos:

- Etapa del descubrimiento (1979-1985)
- Etapa Pre-HAART (1986-1995)
- Etapa Post-HAART (1996 - actualidad)

El mayor número de noticias publicadas se originan en la etapa Pre-HAART, la mitad de todas ellas.

Figura 27: Porcentaje de noticias según etapa de la evolución histórica



Por periódicos, todos han presentado un mayor número de noticias publicadas en la etapa Pre-HAART, excepto el periódico *El País*, que presenta el mayor número de publicaciones en la etapa Post-HAART.

Existen diferencias estadísticas entre el número de publicaciones y las distintas etapas, a excepción de *El Periódico Mediterráneo*, que no presenta diferencias estadísticas como se puede apreciar en la tabla 16.

Figura 28: Número de noticias por periódico y etapa histórica

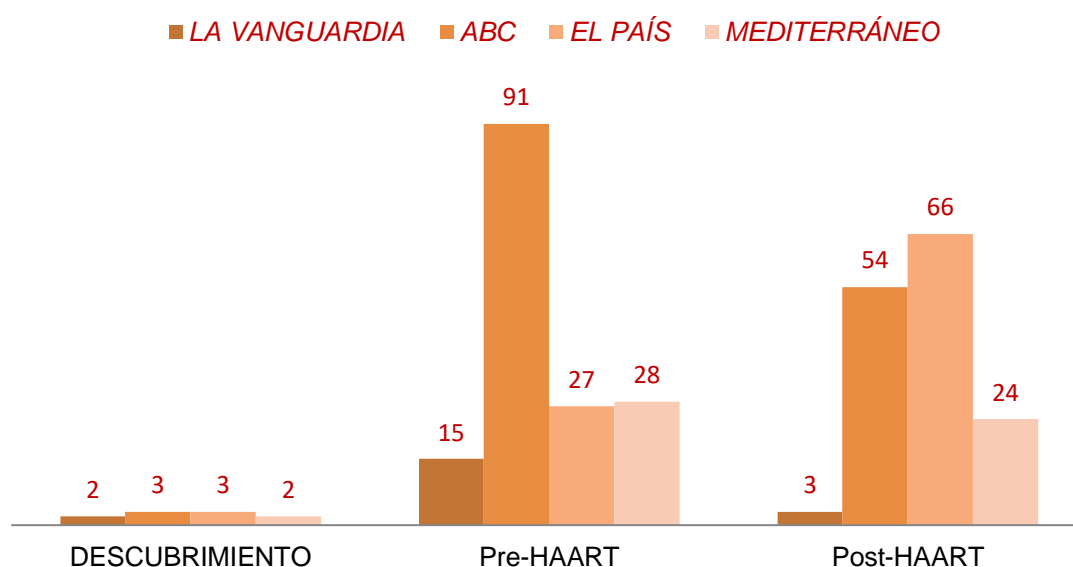


Tabla 16: Relación entre número de publicaciones y etapa de la evolución histórica del sida

Etapas	Periódico	Ji-Cuadrado (X^2)	Grados de libertad (gl)	Significación
	<i>La Vanguardia</i>	10,195	2	0,006
Descubrimiento	<i>ABC</i>	13,227	2	0,001
Pre-HAART				
Post-HAART	<i>El País</i>	28,847	2	0,0001
	<i>Mediterráneo</i>	0,129	2	0,938

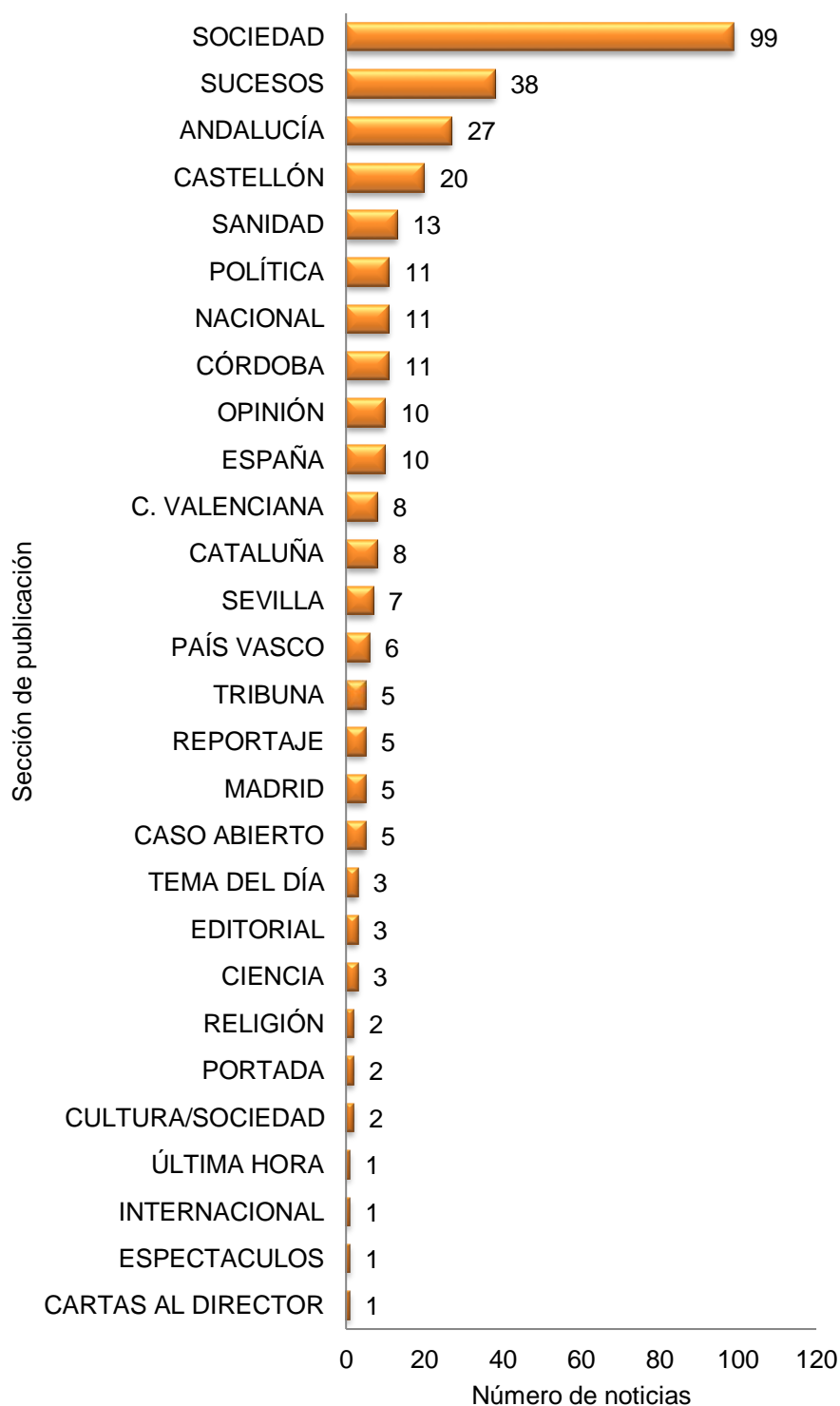
1.6. Secciones de publicación

Las secciones de los periódicos donde se publican las noticias sobre VIH/SIDA relacionadas con la institución penitenciaria, mayoritariamente se realizan en la sección de sociedad, con un 31,1% (IC 95%: 26,1 a 36,5).

En segundo lugar, se publican en la sección de sucesos, con un 11,9% (IC 95%: 8,6 a 16,0). En tercer lugar, en la sección Andalucía con un 8,5% (IC 95%: 5,7 a 12,1). Otras secciones son de tipo general como: sanidad, política, nacional, opinión, España, tribuna, editorial, ciencia, religión, última hora, etc.

El resto son secciones regionales y/o locales. En la figura 29 pueden apreciarse de forma general todas las distintas secciones de publicación con su correspondiente número de noticias publicadas. Posteriormente se desglosaran las secciones de publicación por los distintos periódicos analizados.

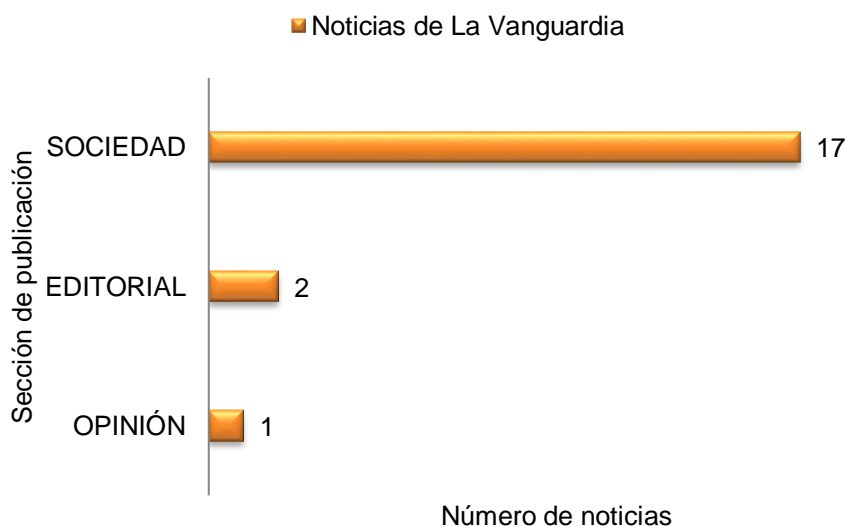
Figura 29: Número de noticias por secciones de publicación



Por periódicos, *La Vanguardia* publica el 85,0% (IC 95%: 62,1 a 96,8) de sus noticias en la sección de Sociedad. Un 10,0% (IC 95%: 1,2 a 31,7) en

forma de Editoriales y el 5,0% (IC 95%: 0,1 a 24,9) restante como artículo de opinión.

Figura 30: Número de noticias por secciones (*La Vanguardia*)

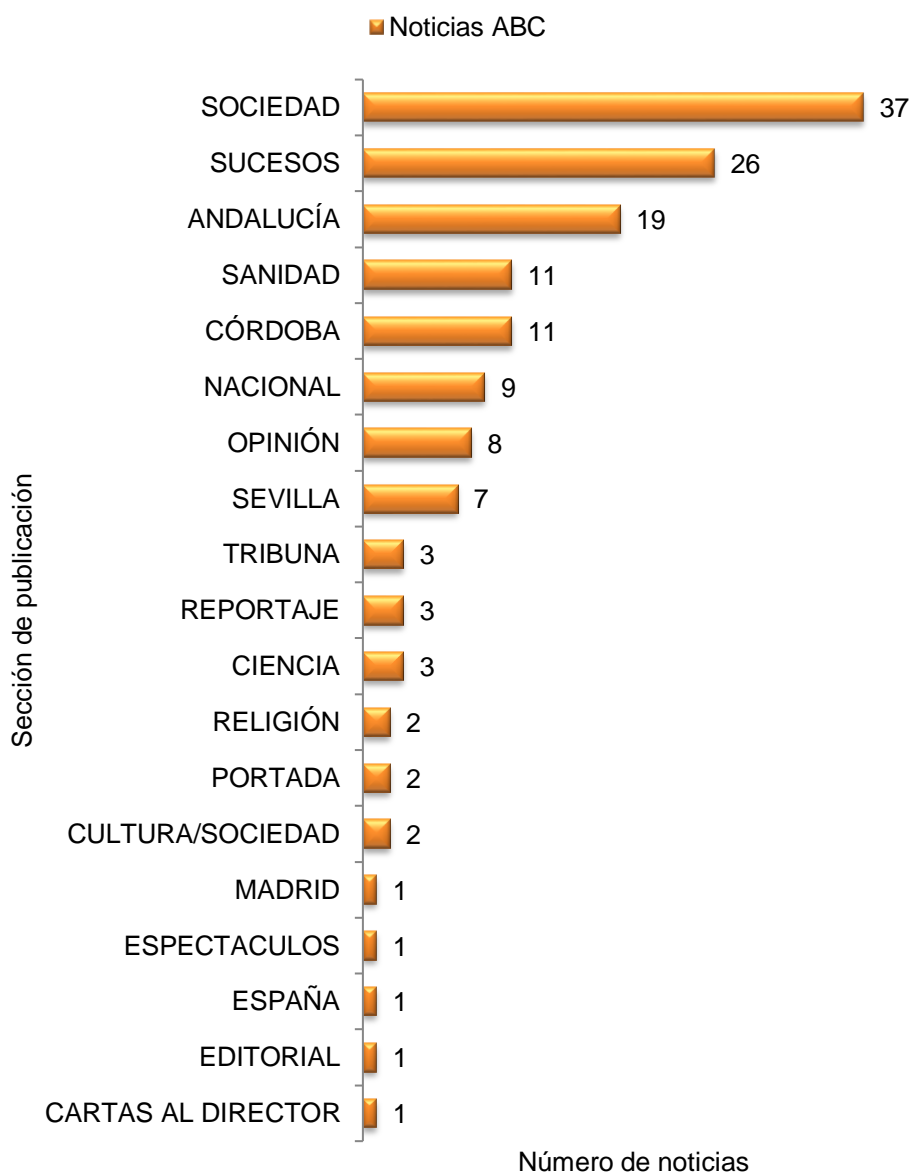


El diario *ABC* presenta una distribución más amplia en cuanto a secciones, siendo las mayoritarias: Sociedad con 25,0% (IC 95%:18,3 a 32,8) y Sucesos 17,6% (IC 95%:11,8 a 24,7).

Destaca la edición de Andalucía y secciones locales como la de Córdoba o Sevilla, pues en las búsquedas han sido recogidas las noticias de la edición nacional del *ABC* y también de las ediciones autonómicas, fundamentalmente de aquellas en las que aparecían noticias, como es en el caso de la edición de Andalucía.

Aparecen 2 noticias en portada y una editorial sobre el tema de SIDA y prisiones.

Figura 31: Número de noticias por secciones de publicación (ABC)

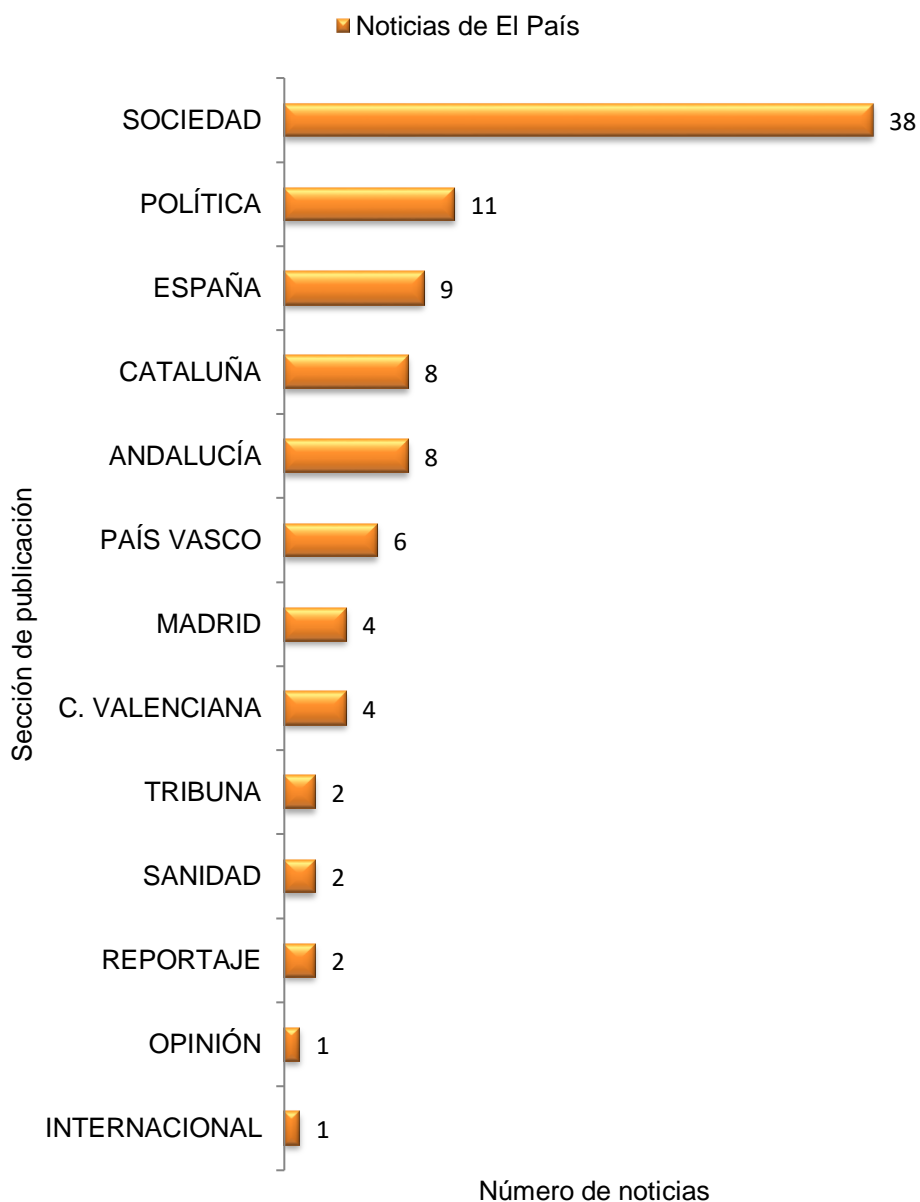


El País presenta como secciones con mayor publicación de noticias del SIDA relacionadas con las prisiones: Sociedad, que supone un 39,6% (IC 95%: 29,7 a 50,1), Política con un 11,5% (IC 95%: 5,9 a 17,8) y España, con un 9,4% (IC 95%: 4,4 a 17,1).

Otras secciones se hacen eco de las noticias aparecidas en las ediciones autonómicas como: Andalucía, País Vasco, Madrid, Comunidad

Valenciana e incluso en la sección de Internacional aparece también alguna noticia.

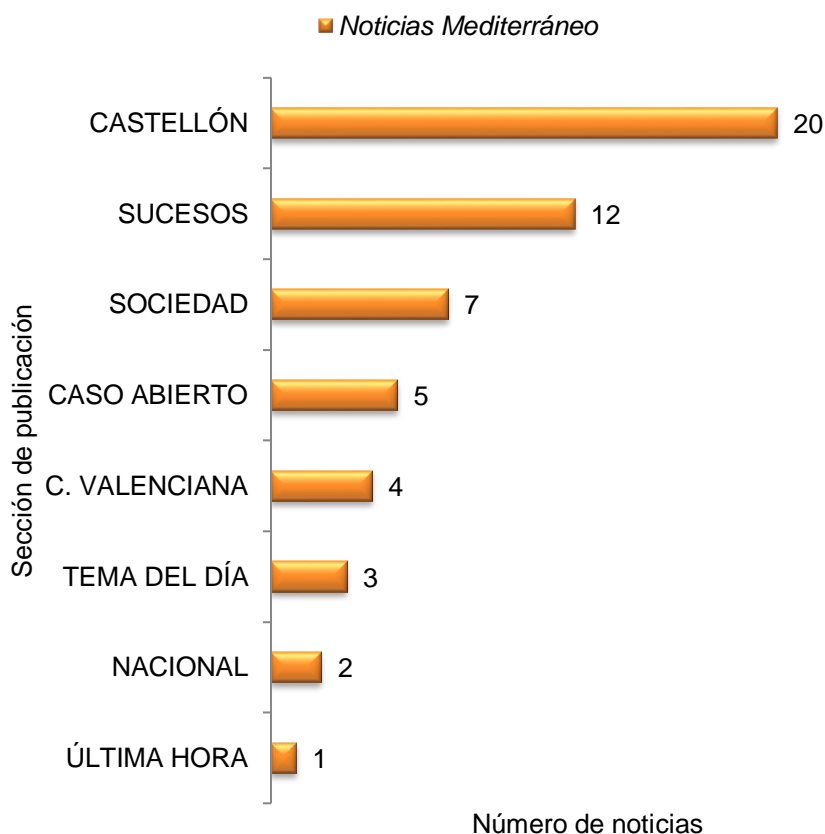
Figura 32: Número de noticias por secciones de publicación (*El País*)



El Periódico Mediterráneo publica el mayor número de noticias en la sección local de la ciudad, Castellón, con un 37,0% (IC 95%: 24,3 a 51,3). La segunda sección en número de publicación de noticias es la de sucesos, 22,2%

(IC 95%: 12,0 a 35,6), en tercer lugar, Sociedad con 12,9% (IC 95%: 5,4 a 24,9).

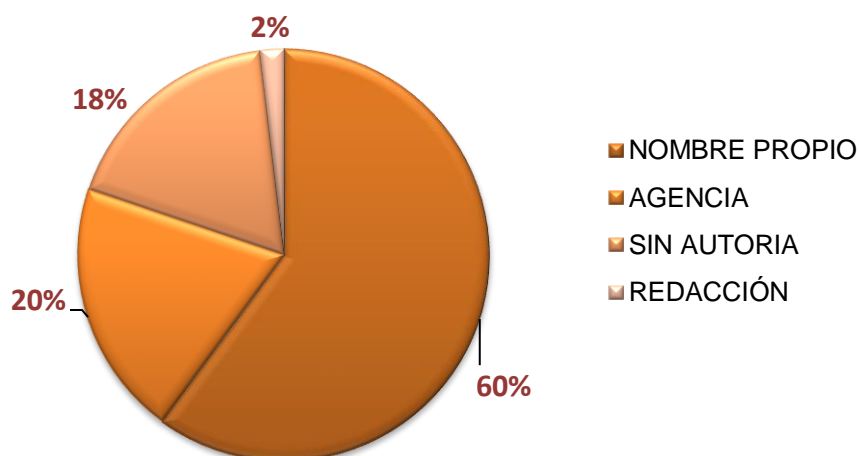
Figura 33: Número de noticias por secciones (*Mediterráneo*)



1.7. Autoría de las noticias

Algo más de la mitad de las noticias el 60,1% (IC 95%: 54,4 a 65,5) están firmadas por un nombre propio. Le sigue en porcentaje las noticias firmadas por agencias 20,0% (IC 95%: 15,9 a 24,9). Un 17,9% (IC 95%: 13,9 a 22,6) no se identifican los autores y como redacción del periódico firma un 1,9% (IC 95%: 0,7 a 4,1).

Figura 34: Firmantes de las noticias publicadas



En todos los periódicos, la distribución de las firmas proporcionalmente, es mayor en el uso de nombres propios, así por ejemplo en *El País* firman con nombre propio el 68,8% (IC 95%: 58,5 a 77,8), *La Vanguardia* 65,0% (IC 95%:40,8 a 84,6), *ABC* 63,5% (IC95%: 55,2 a 71,3) y *El Periódico Mediterráneo* desciende prácticamente a la mitad con un 33,3% (IC 95%: 21,1 a 47,5).

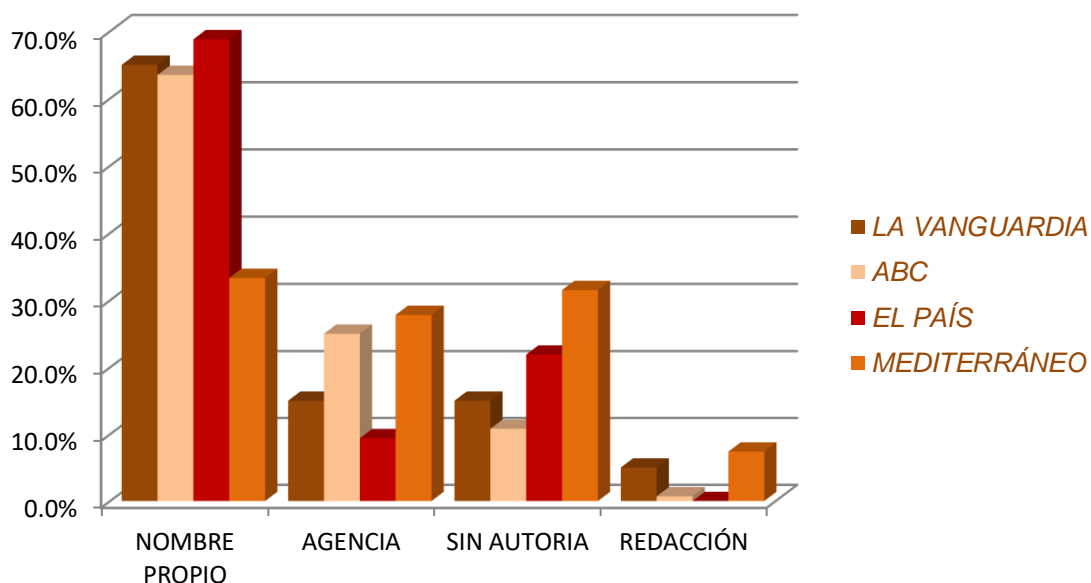
Sin autoría, es decir, noticias que no van firmadas por nadie, es *El Periódico Mediterráneo* el que tiene un mayor porcentaje con un 31,5% (IC 95%: 19,5 a 45,6). Le siguen: *El País* con un 21,5% (IC 95%: 14,1 a 31,5), *La Vanguardia* con un 15,0% (IC 95%: 3,2 a 37,9) y finalmente *ABC* con un 10,8% (IC 95%: 6,3 a 16,9).

Las noticias cuya fuente son agencias, las encabeza *El Periódico Mediterráneo* con un 27,8% (IC 95%: 16,5 a 41,6), seguidas de *ABC* con 25,0% (IC 95%: 18,3 a 32,8), *La Vanguardia* con un 15% (IC 95%: 3,2 a 37,9) y *El País* con un 9,4% (IC 95%: 4,4 a 17,1).

Por lo que respecta a las noticias firmadas por las redacciones de los distintos periódicos, representan un mínimo porcentaje, destacando el 7,4% (IC 95%: 2,1 a 17,9) de *El Periódico Mediterráneo*, *La Vanguardia* con un 5,0% (IC

95%: 0,1 a 24,9), *ABC* con un 0,7% (IC 95%: 0,02 a 3,7) y *El País* que no firma ninguna noticia como redacción.

Figura 35: Firmantes de las noticias publicadas por periódico



1.8. Revistas científicas y laboratorios farmacéuticos:

Tan solo en dos noticias de VIH/SIDA relacionadas con prisiones se hace referencia a revistas científicas.

Una que alude a la revista *SCIENCE* en 1995, publicada en el diario *ABC* (125), a raíz de un estudio americano sobre prevalencia de infección VIH en personas de raza negra y blanca. El artículo se relaciona con la prevalencia de infectados por VIH en prisiones españolas.

Esta misma noticia menciona al laboratorio farmacéutico *Bristol-Mayer-Squibb*, como organizador del seminario donde se presenta la información. Puede apreciarse la noticia en la imagen 10.

Imagen 10: Noticia relacionada con revista científica y laboratorio farmacéutico

Sida: el virus será endémico en EE.UU. si persiste la alta infección en jóvenes

Washington. P. R./Madrid. S.C.

Uno de cada 33 hombres negros norteamericanos entre 27 y 39 años puede estar infectado por el virus que causa el sida. A la vista de estas nuevas estimaciones, expertos norteamericanos han empezado a considerar científicamente la posibilidad de que el virus se convierta en endémico en EE.UU. Los últimos cálculos sobre la expansión de la enfermedad, publicados ayer en la revista norteamericana «Science», indican que la tasa de contagio entre los hombres blancos es de uno entre 139.

Los resultados de este estudio fueron analizados ayer en un seminario sobre sida celebrado en Madrid, donde el secretario del Plan Nacional del Sida, Francisco Parras, señaló que esta enfermedad es la principal causa de muerte entre los jóvenes españoles y cifró en un 30 por ciento el total de la población reclusa infectada por el virus. En este seminario, organizado por Bristol-Myers Squibb, participaron además los científicos Santiago Moreno y Eliana Mesa; el presidente de la Fundación del Movimiento Ciudadano Antisida, Peio López de Munain; el doctor José Luis de la Serna, del diario «El Mundo» y, como moderador, José María Fernández-Rúa, jefe de la sección de Ciencia de ABC.

Fuente: ABC. Sociedad/Ciencia. Fecha 25/11/1995 (125)

La segunda noticia publicada al respecto, fue sobre la revista *The New England Journal of Medicine*, en el año 2005. Se relaciona una noticia con la conveniencia de tratar la hepatitis C en coinfectados por VIH, a raíz de la presentación del primer documento de consenso de la sanidad penitenciaria sobre tratamientos de hepatitis en prisión. Noticia publicada por *El País* (126).

1.9. Análisis de sentimiento del contenido de las noticias:

En este tipo de estudio las noticias se etiquetan por su contenido como noticias con sentimiento positivo (estimación es mayor de cero), como noticias con sentimiento neutro (estimación es igual a cero) y como noticias con sentimiento negativo (estimación menor de cero).

Figura 36: Análisis de sentimiento conjunto de las noticias por periodos

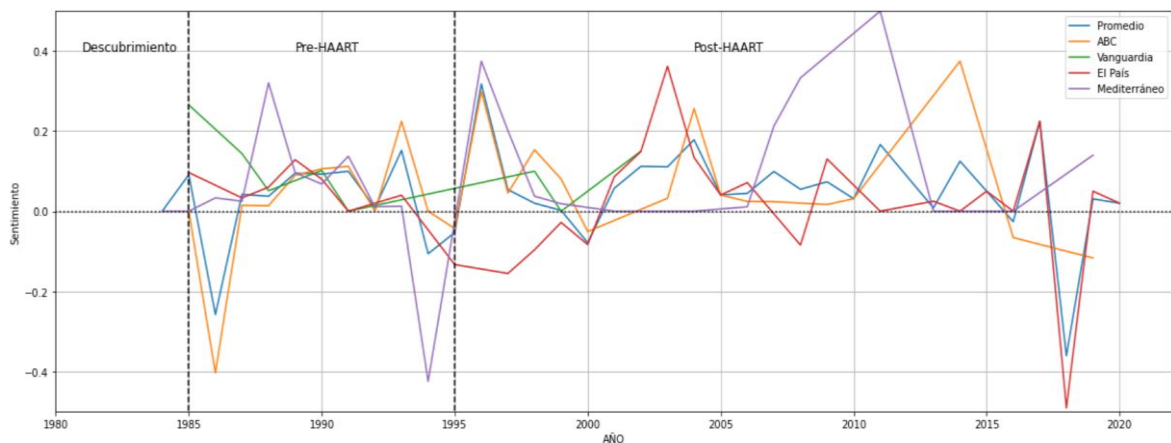
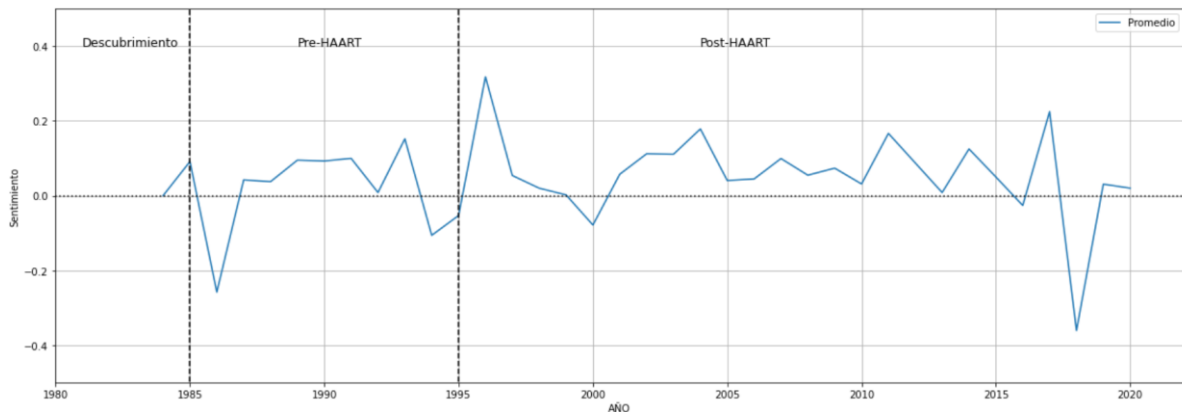


Figura 37: Análisis de sentimiento en promedio



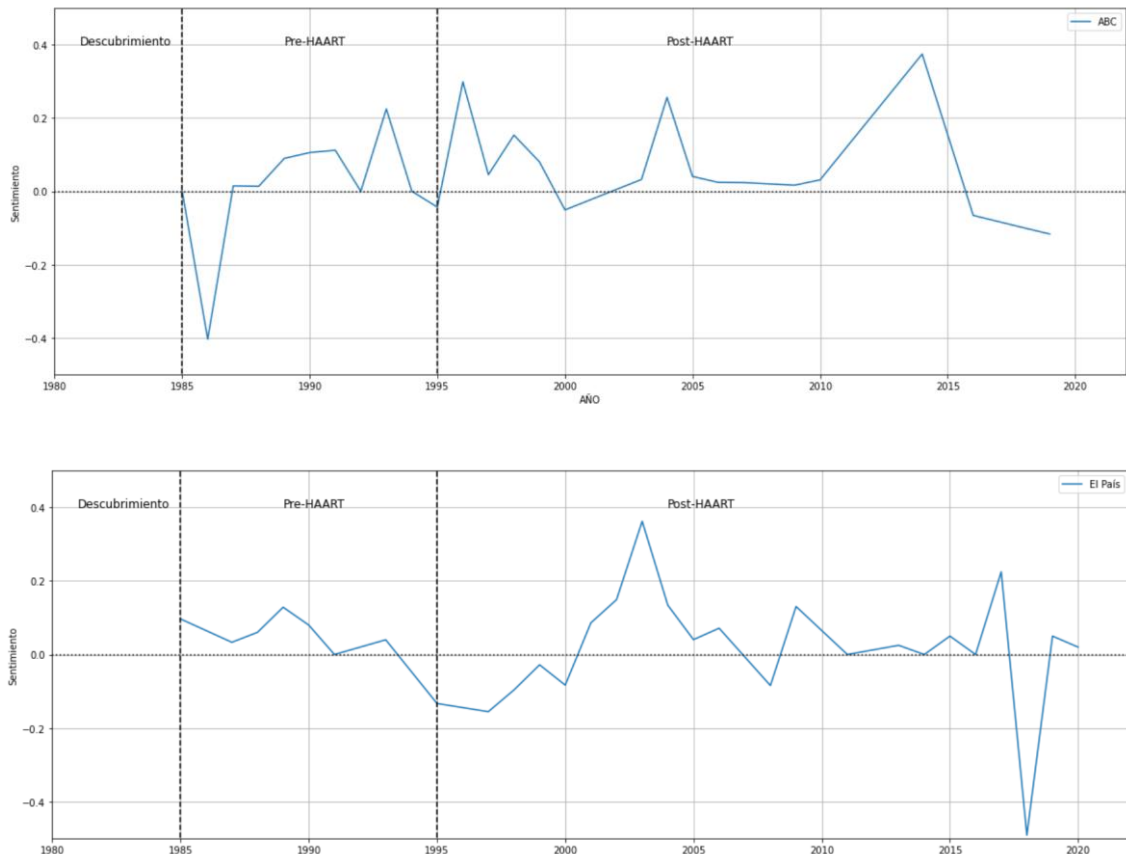
El periodo del descubrimiento, es el más corto de estudio y por tanto con menos noticias, pero las pocas que se publicaron presentan una valoración promedio del sentimiento positivo.

Enseguida, al inicio del periodo pre-HAART, en promedio presentarán un total de artículos con un sentimiento negativo, fundamentalmente por lo publicado en el periódico *ABC*.

En los años finales del periodo pre-HAART, Todas las líneas editoriales presentaban un sentimiento negativo, constituyendo este periodo como el más negativo de los tres.

El periodo post-HAART, siendo el más largo de estudio, presenta una serie de noticias con sentimiento positivo, en todos los medios, excepto al inicio y final del periodo.

Figura 38: Análisis individual de sentimiento principales periódicos



El análisis de sentimiento de las noticias de los principales periódicos de prensa nacional con mayor número de noticias útiles, como son *ABC* y *El País*, llama la atención, porque parece una imagen en espejo, es decir, en donde el sentimiento aumenta en un periódico, en el otro disminuye y viceversa.

En la figura 39 se aprecian las distribuciones del estimador de sentimiento de las noticias según periódicos y periodos de tiempo.

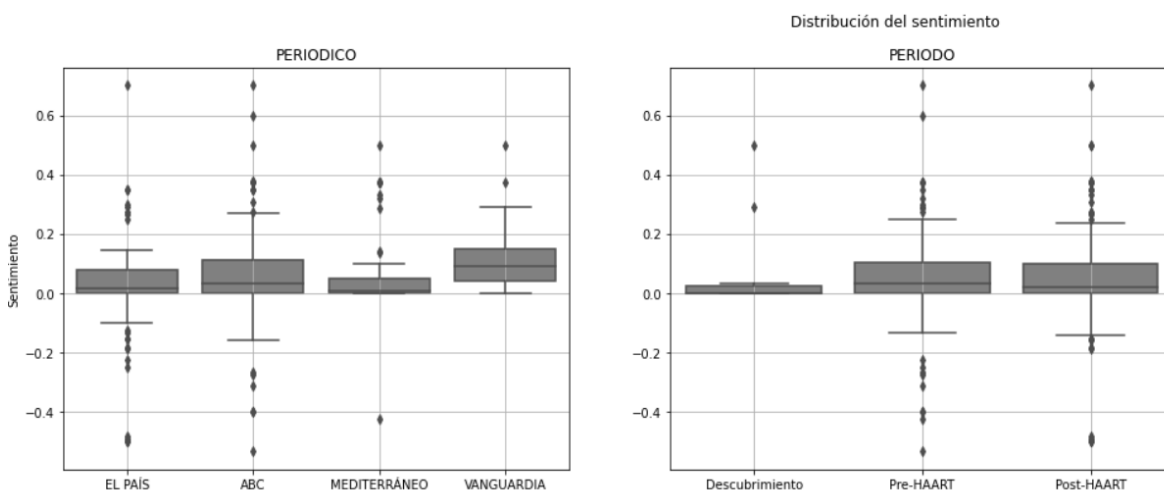
Tanto *El País* como *ABC* presentan noticias con sentimientos positivos y negativos, siendo la distribución más amplia en *ABC*, hecho que obedece a que tan bien es el medio con mayor número de noticias.

Le sigue *El País* con una distribución menos amplia pero con sentimientos positivos, negativos y neutros.

La Vanguardia presenta la totalidad de noticias entre sentimiento neutro y positivo, al igual que *El Periódico Mediterráneo*, pese a presentar algún valor puntual fuera de rango y con sentido negativo.

Igualmente se representan las distribuciones por periodos de tiempo estudiados.

Figura 39: Diagramas de caja con las distribuciones del análisis de sentimiento por periódicos y periodos



1.10. Análisis de n-gramas:

Figura 40: Los veinte bigramas con más repeticiones

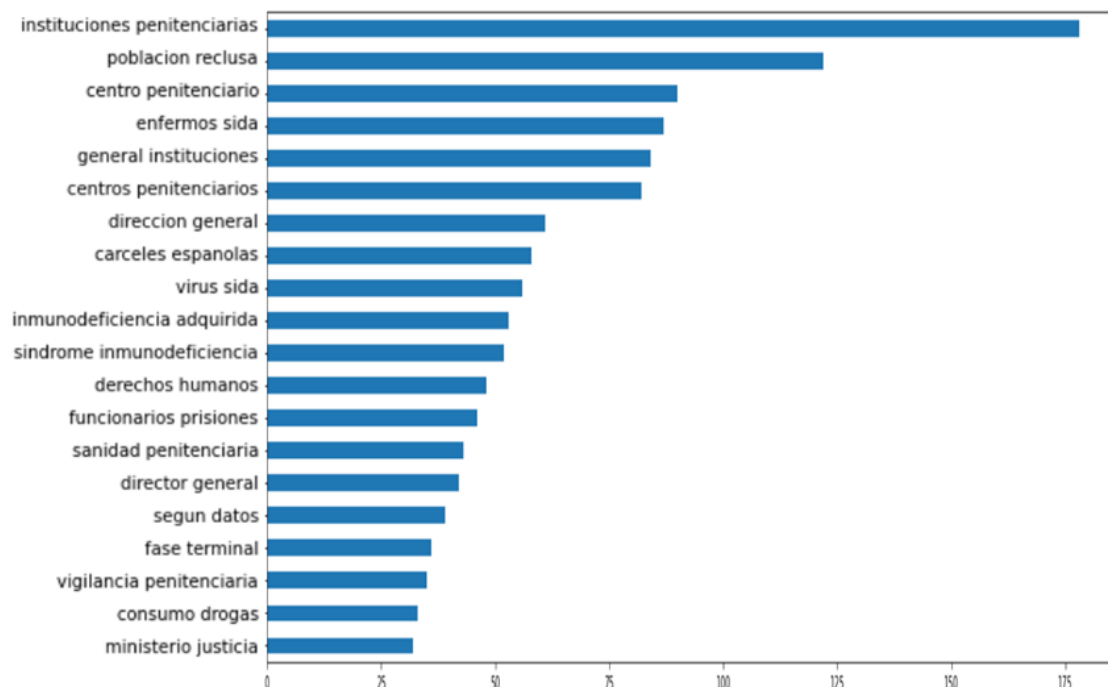
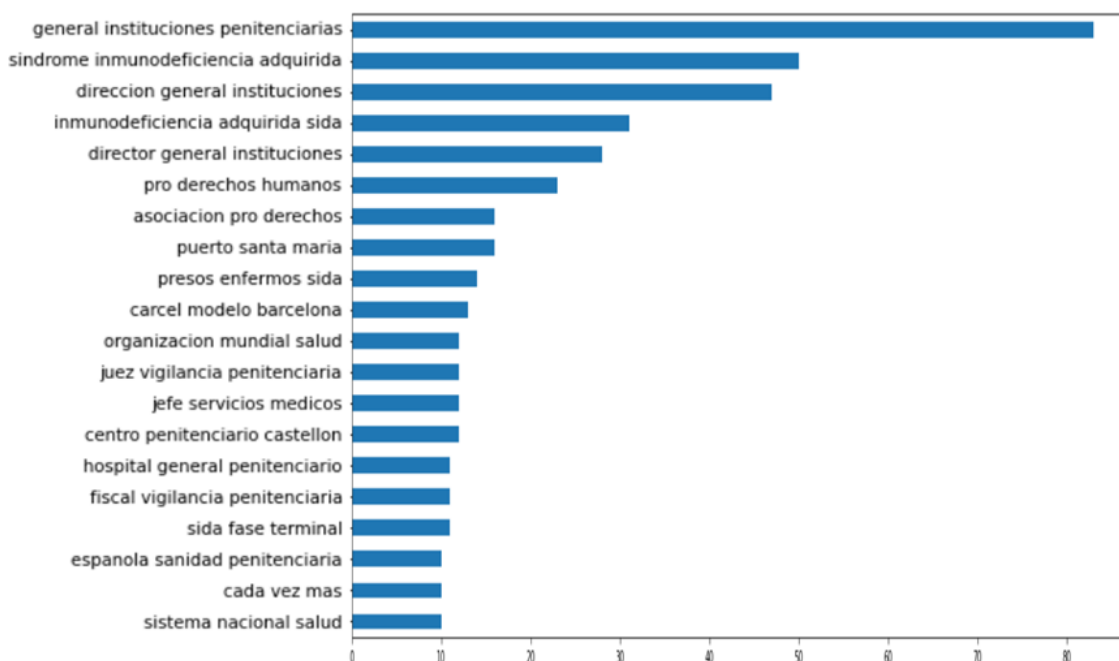


Figura 41: Los veinte trigramas con más repeticiones



2. Resultados cualitativos

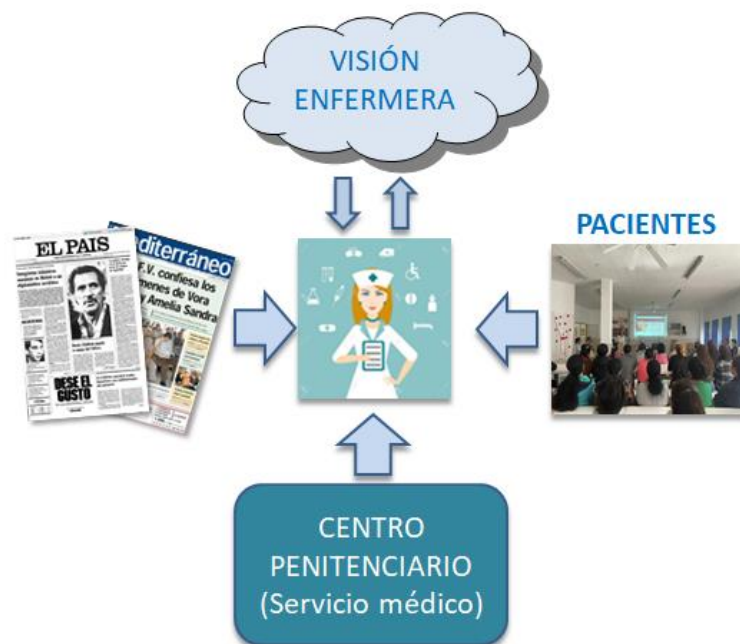
2.1. Sobre el contenido temático del discurso enfermero

Una vez analizados los distintos discursos enfermeros sobre su percepción de la pandemia del VIH en los centros penitenciarios, se han establecido cuatro temas principales sobre los que versan estos discursos:

- La visión ofrecida por la prensa sobre VIH y prisión, desde la percepción de los profesionales de Enfermería.
- La visión sobre el trabajo de Enfermería en los centros penitenciarios.
- La visión sobre los pacientes atendidos por estos profesionales.
- La propia visión de Enfermería sobre su papel profesional, sus vivencias personales y de su entorno en la pandemia del VIH en las prisiones.

Quedan resumidos de forma gráfica en la siguiente figura

Figura 43: Representación gráfica de los temas principales del discurso enfermero sobre la pandemia del VIH y las prisiones



Fuente: Elaboración propia

2.2. La visión ofrecida por la prensa sobre VIH y prisión, desde la percepción de los profesionales.

Este tema se ha estructurado en una sola categoría denominada «prensa». En los discursos enfermeros han surgido las siguientes codificaciones emergentes.

Figura 44: Códigos emergentes en torno a la categoría Noticias.

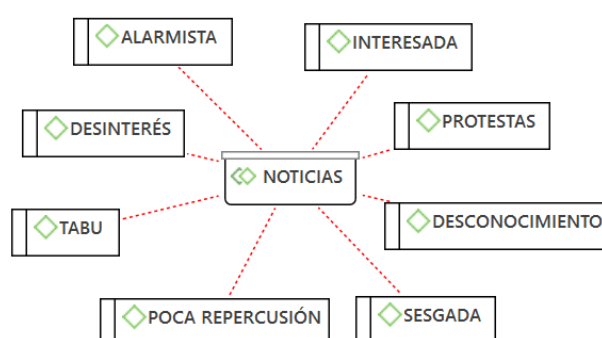


Tabla 17: Conceptualización de las codificaciones sobre noticias

DESINTERES:	Falta de interés por algo.
POCA REPERCUSIÓN:	Que no crea el interés necesario o pretendido. Sin influencia.
TABÚ:	Condición de las personas, instituciones y cosas a las que no es lícito censurar o mencionar.
INTERESADA:	Que tiene interés en algo.
SESGADA:	Algo desviado o tendencioso.
DESCONOCIMIENTO:	No recordar la idea que se tuvo de algo. Haberlo olvidado.
ALARMISTA:	Crear una alerta sin suficientes motivos para ello.
PROTESTAS:	Expresar, generalmente con vehemencia, su queja o disconformidad.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

De forma general, existe bastante unanimidad en que los periódicos no reflejaban la situación vivida en las prisiones. Era una actitud de desinterés por

parte de la prensa hacia los presos, ya que eran personas marginales que no importaban a nadie. Desde un principio incluso se les estigmatizó por la vía de contagio con los términos «homosexuales» y «drogadictos».

¶ Informante 2: [...] los internos no eran unas personas que, aunque la ley les ampare y todo lo que sea, pero no, no importaban mucho porque al fin y al cabo eran drogadictos que entonces, sobre todo al principio, solamente se consideraba que el nivel era de drogadictos y de homosexuales, y entonces pues bueno, eran personas marginales, con lo cual eso importaba poco. [M-61] ¶

¶ Informante 10: [...] yo creo que no se daban muchas noticias porque por lo menos aquí en Ibiza en todo el tiempo que yo llevo trabajando en prisiones no, no ha salido ninguna noticia, no se han interesado en preguntarnos ni en hablar con nosotros, siempre cuando se hacen reportajes sobre el VIH se habla de la calle, de ONGs... [M-47] ¶

¶ Informante 5: [...] Yo creo que no ha habido mucha bibliografía ni mucho interés por parte de la prensa española. [M-63] ¶

El número de noticias respecto al VIH en prisiones ha sido muy bajo, pese a la cantidad de progresos que se fueron realizando. Siempre se ha tratado de un tema algo «tabú», del que no se podía hablar.

¶ Informante 12: [...] pues yo creo que en la prensa general han habido pocas noticias y poca referencia en cuanto al VIH dentro de prisiones y de hecho, yo creo que los avances que se han llevado a cabo respecto al VIH han sido muchísimos desde que yo empecé en estas casas de cómo se veía el VIH. [H-46] ¶

¶ Informante 7: [...] si oía lo que era el VIH como tal, a nivel de prensa, pero relacionado con instituciones penitenciarias no, o sea, realmente casi puedo apoyar la idea de que era como un tabú. [M-47] ¶

¶ Informante 8: [...] es un tema que a la gente no le gusta mucho saber ni le gusta. Siempre ha sido un poco tabú, no y un poco así feo, pienso. [M-44]¶

Los tiempos no han cambiado, cuando la pandemia estaba en pleno apogeo ya se hablaba poco, siendo un periodo en el que se originaron muchas muertes de gente joven, a las cuales no se les daba visibilidad o no interesaba darles esa visibilidad. En prensa sí que se resaltaron los contagios o fallecimientos de personajes famosos, pero no de presos. Ahora que se trata de algo como más normalizado y sigue sin hacerse eco de noticias y mucho menos en prisiones.

¶ Informante 11: [...] en la época donde el VIH era como más habitual era como más sentido en el día a día de la sociedad. Había pocas noticias y ahora, como que el VIH está como un poquito más normalizado en el día a día de la sociedad donde nos movemos, pues hay menos aún, o sea ya no, eso ya no es noticia. [H-50]¶

¶ Informante 7: [...] además, teniendo en cuenta que había un índice muy alto de número de pacientes en ese estado y, además, que justamente pues lo que hacían era fallecer más que tener el VIH. [M-47]¶

¶ Informante 9: [...] se habló poco del VIH, que fue una bomba, que fue un fenómeno social a nivel mundial que fue famoso, ya sabes tú, porque empezó a llevarse a mucha gente famosa y bueno lo que se hablaba era de la problemática del sida, pero nunca en particular en las prisiones. Es decir, las prisiones siempre han sido un tema tabú en la sociedad y este tema del VIH, pues fue lo mismo. [H-55]¶

Las informaciones en prensa para nada reflejaban la realidad que se vivía dentro de las prisiones. Se presentaban como muy sesgadas y en ocasiones desde un desconocimiento de lo que realmente ocurría. Tal vez porque existía algún interés en que no se diese a conocer. No interesaba el divulgar que

había mucho VIH y las noticias sobre las defunciones no se asociaban al VIH, sino a otras patologías como la tuberculosis.

¶ Informante 2: [...] para nada se reflejaba la realidad, la realidad que teníamos en las prisiones, siempre ha sido una gran desconocida completa a nivel sanidad, todavía mucho más, y el sida, pues en las prisiones sí había mucho drogadicto, había mucho sida, pero punto. [M-61]¶

¶ Informante 11: [...] pues prácticamente desde el desconocimiento, porque es una información como muy filtrada y muy sesgada, y entonces no, no ha sido algo así como de primera mano, ¿EH? Ha sido algo como con intereses partidistas en muchas ocasiones a las que se ha filtrado algunas veces desde historias, pero sobre todo desde el desconocimiento. [H-50]¶

¶ Informante 6: [...] estaba todo muy muy tapado, no, luego con los años fue avanzando y se fueron dando más noticias, pero bueno, al principio poquísimas porque no interesaba que saliera, que había VIH. [M-69]¶

¶ Informante 3: [...] en principio se intentó un poco el enmascarar los datos incluso un poco, no ocultarlos del todo. Pero vamos, tampoco decir toda la verdad, más que nada por la repercusión social que tenía y el desconocimiento de la evolución que iba a tener la enfermedad. Salían en prensa solo los fallecimientos, pero no se identificaban como muertes directas por el VIH. Eran, pues, el aumento de fallecimientos por otras enfermedades que coincidían, como la tuberculosis, pero se intentó un poco, no hasta más tarde, no llegaron a identificarse como muertes relacionadas con el VIH. [H-61]¶

Quisieron dar una visión de forma global, negativa y alarmista, por el cariz que iba tomando de pandemia, comparándola con otras pandemias como la de la peste negra, la más devastadora de la historia de la humanidad, calificando a la pandemia del VIH como la «peste del siglo XX».

¶ Informante 1: [...] la prensa fue bastante alarmista la gente iba cayendo más a prisa de lo que pensábamos, y la verdad es que la clasificaron como «la peste del siglo XX». [H-64]¶

Por lo que respecta a las prisiones, las pocas noticias que aparecían, iban asociadas a protestas por parte de los internos e incluso de funcionarios de prisiones, reclamando mejores condiciones higiénicas y de salud. Muchas veces reflejando una realidad que se vivía en las prisiones, como la del hacinamiento o las malas condiciones higiénicas.

¶ Informante 2: [...] yo recuerdo incluso, me acuerdo de motines y de historias al principio, cuando sobre todo los internos reclamaban más medidas de higiene, y los funcionarios también. Algo de eso sé que se había publicado, pero siempre ha sido un tema como que ha estado muy, muy cerrado. [M-61]¶

¶ Informante 4: [...] yo creo que se dieron pocas noticias y las pocas que se dieron siempre referentes a problemas más de orden, de protestas etc... Los presos no interesaban a la opinión pública y mucho menos los problemas que pudieran afectarles. Recuerdo que aparecieron algunas noticias referentes a protestas de presos de la Modelo, algo que es entendible teniendo en cuenta que era una prisión creada en 1903 y cuya estructura se mantenía desde aquel momento. Entiende que la enfermería por ejemplo, no estaba adaptada para nada y mucho menos para albergar enfermos de VIH, tuberculosos como tuvimos en la sexta galería o el alto índice de toxicómanos. Con una población superior a los 1700 presos, hacinamiento etc. [H-57]¶

2.3. La visión sobre el trabajo de enfermería en las prisiones

Respecto a este tema surgen tres categorías emergentes: la influencia que tuvo el virus del VIH en el trabajo profesional de Enfermería en los centros penitenciarios; los medios de los que dispusieron estos profesionales para

realizar su trabajo y las dificultades que encontraron en su desarrollo profesional.

Figura 45: Categorías y códigos sobre el trabajo enfermero en prisiones

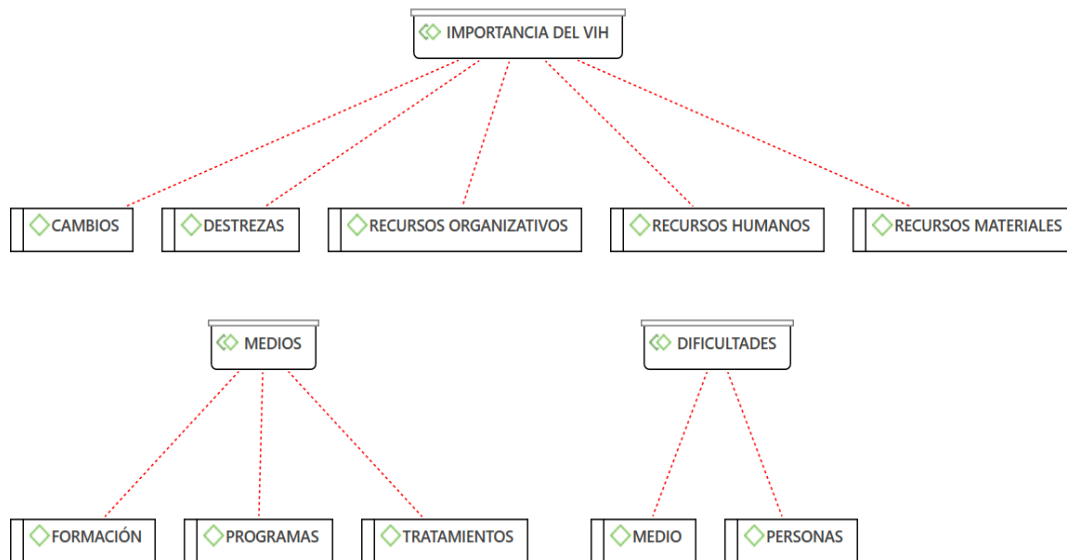


Tabla 18: Conceptualización de las codificaciones sobre la importancia del VIH en el trabajo de enfermería en centros penitenciarios.

CAMBIOS	Dejar una cosa o situación para tomar otra. Modificar.
RECURSOS MATERIALES	Cosas de las que se dispone y se utilizan para las tareas de un proyecto.
RECURSOS HUMANOS	Personas o personal empleado del que se dispone.
RECURSOS ORGANIZATIVOS	Activos tangibles e intangibles que permiten aumentar el desempeño de la organización.
DESTREZAS	Habilidades, arte, primor o propiedad con la que se hace alguna cosa.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

La infección por el VIH supuso una influencia importantísima en el trabajo de los sanitarios en las prisiones, supuso muchos cambios, recalando lo difícil que fue en un inicio y lo que supuso dicho cambio en la forma de afrontar el futuro.

¶ Informante 1: [...] parece algo que no debería de decir, pero es así gracias a lo importante, al grave problema de salud que supuso el VIH en todas las prisiones, pues hubo un cambio drástico en lo que es la sanidad penitenciaria. La verdad es que en un principio, pues, la sanidad penitenciaria jugaba un papel secundario casi inexistente. [H-64]¶

¶ Informante 1: [...] sobre mediados de 1985 cosas así, es cuando empezamos a encontrarnos internos con mucha pérdida de peso, diarreas, neumonías, demencias y tal, que no sabíamos muy bien de porqué pasaba. Fue a raíz de ahí de que ese impacto que generó un problema de salud que había en las prisiones, cuando nuestras autoridades tomaron un poco de conciencia. Al principio no intentaron, pues ver que la sanidad era importante, y que en las prisiones se estaban muriendo, la gente con VIH. A partir de ahí es cuando se creó la Subdirección General de Sanidad, y esto supuso un antes y un después en la sanidad penitenciaria. [H-64]¶

¶ Informante 3: [...] Lo más importante, la reforma sanitaria que hubo. Para mí, era una asistencia sanitaria de salir de estar por casa, de atender solo urgencias, de consultas exclusivas, pues de patologías corrientes del día a día, ¿no?, pero más que nada enfocado a urgencias de lo que había entonces. El VIH lo que condiciona es un problema, un problema sanitario muy fuerte en los centros, en los centros cerrados y más colas de enfermedades que acompañan al VIH. [H-61]¶

Se trató de un cambio de paradigma y de las costumbres en la forma de afrontar el trabajo dentro de las prisiones. Poco a poco, se fue normalizando y estableciendo un modelo de atención continuada sanitaria en las prisiones.

¶ Informante 4: [...] para mí, yo creo que fue como un cambio de paradigma. Se cambió totalmente la forma de trabajo. Algo que hoy observamos con normalidad como la

utilización de guantes, en aquel momento no era nada habitual, hacíamos las cosas sin guantes, ni mascarillas, ni protección ocular... y a partir de aquel momento todas estas medidas comenzaron a implementarse para prevenir los posibles contagios de una enfermedad emergente como fue la infección por el VIH. [H-57]

¶ Informante 8: [...] yo creo que ha evolucionado mucho. Empezó siendo un tema complicado, pero ahora se ha convertido en una enfermedad crónica más. [M-44]

¶ Informante 12: [...] pues yo creo que lo del VIH sí sirvió para para instaurar un modelo más, más continuista, más centrado en las demandas de los pacientes. [H-46]

Todos estos cambios llevaron implícitos una serie de necesidades en cuanto a recursos materiales que les permitió poder desarrollar su trabajo con normalidad y que se atribuyó en principio esa disponibilidad al desarrollo de la pandemia.

¶ Informante 7: [...] a partir del VIH nos dieron mucha oportunidad de formar enfermerías a nivel estructural, a nivel de dotación de recursos humanos y materiales, con lo cual después hemos tenido enfermerías mejores, a partir posiblemente de esta oportunidad, o sea, ¡bienvenida sea!. [M-47]

¶ Informante 4: [...] en general hemos dispuesto de medios humanos y materiales para afrontar la pandemia del VIH desde mi impresión personal. [H-57]

En algunos centros se dispuso incluso de material especializado, reutilizando material hospitalario para poder descartar patología respiratoria, muy habitual al inicio de la pandemia, fundamentalmente protagonizada por infecciones oportunistas como lo fueron las neumonías por el actual *Pneumocistis jirovecii*.

¶ Informante 6: [...] en pocos centros había aparatos de rayos por decir que casi ninguno no, y los primeros que hubo por ejemplo, en el centro de jóvenes era para descartar temas de *Pneumocistis carinii*, todas estas cosas de pulmón, era un aparato que era un portátil de esos de ir por las plantas de hospital y nosotros lo teníamos como fijo, no para poder hacer placas, no, pero era como una reinvencción constante. [M-69]¶

La sensación de los profesionales era de que con los recursos que disponían podían ofrecer una asistencia de calidad, siendo en muchas ocasiones el primer contacto con la sanidad para personas infectadas, donde se les diagnosticaba e iniciaban de forma precoz tratamiento.

¶ Informante 10: [...] creo que nuestros pacientes han tenido una calidad de asistencia mucho mejor que en la calle, con los tratamientos directamente observados, iniciando un montón de tratamientos, iniciando pacientes que nunca habían tenido un contacto, ni habían tomado medicación para el VIH y en las prisiones se ha iniciado su tratamiento. [M-47]¶

Por lo que respecta a los recursos humanos hubo un punto de inflexión en 1989, con la creación de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria, que supuso el pasar de una asistencia muy precaria, con falta de enfermeras/os y médicos/as los cuales solían tener el trabajo en la prisión como un trabajo extra o complementario al de otros puestos de trabajo, a pasar a una asistencia de jornadas completas y de dotación progresiva de profesionales.

Inicialmente se comenzó creando plazas de interinos, para posteriormente ir generando convocatorias de oposición con gran número de plazas.

La creación de la SGSP fue una de las soluciones tomadas para afrontar la pandemia del VIH en los centros penitenciarios, pues empezaban a morir muchos reclusos jóvenes.

¶ Informante 6: [...] la verdad es que al principio fue muy complicado, éramos muy pocos. Entonces, claro, a partir de aquí tuvimos que empezar a ampliar plantillas porque no podíamos, se nos morían, no había centros, como la modelo que en aquella época, pues había prácticamente 2000 internos, luego los otros centros no tantos, pero sí que es verdad que era una labor muy, muy dura para el personal. [M-69]¶

¶ Informante 3: [...] una reforma completa en incluso la ampliación de plantillas de personal sanitario, tanto de enfermería como de Medicina, hasta de ahora, los médicos en prisiones, por lo menos en centros penitenciarios pequeños, eran médicos pluriempleados que prestaban su servicio a la prisión. Pero vamos, con jornadas concretas de trabajo, incluso sin jornada laboral, o sea sin horas concretas, de sino, pues pasar la consulta urgente y poco más. Por tanto el VIH lo que sí que hizo fue una revolución bastante importante del sistema sanitario penitenciario. [H-61]¶

¶ Informante 1: [...] a partir de la creación en el año 1989 de la Subdirección General de Sanidad, pues se nos incrementó las plantillas. Al principio el refuerzo fue con interinos, luego, bueno, se fueron aumentando las RPT (relación de puestos de trabajo). [H-64]¶

¶ Informante 5: [...] yo creo que se dieron cuenta sobre el año 90, cuando hubo una convocatoria con un número importante de plazas de auxiliares y de enfermeras. Yo entré antes, cuando había 14 plazas y en la siguiente convocatoria había 96. ¿Para que veas la diferencia, vale? [M-63]¶

También se produjeron modificaciones en la manera de organizar el trabajo de los sanitarios en las prisiones, es lo que la codificación recursos organizativos refleja en cuanto a horarios, historias clínicas, campañas de prevención e información, fundamentalmente basadas en las relaciones

sexuales y el uso de jeringuillas compartidas. Protocolos que se establecieron, como el famoso SURI (Sistema Unificado de Recogida de Información), se trataba de conocer la situación serológica de todos los internos respecto al VIH, hepatitis y sífilis, así como una encuesta sociosanitaria y epidemiológica, conjuntamente con la extracción de sangre para la determinación serológica. Posteriormente llevando un control directo de los tratamientos que fueron surgiendo y centrando toda la atención en el propio paciente.

¶ Informante 1: [...] pasamos de una dedicación de 3 horas a una dedicación a tiempo completo, hubo una implantación de una asistencia continuada, también de una historia clínica única que hasta entonces, pues cada centro iba con sus fichitas y registrando de forma independiente. Y también bueno, nos llegaron muchas mejoras en cuanto a mejoras organizativas, es decir, de protocolos, la enfermería y ya penitenciaria, pues ya iba poniendo en marcha programas de prevención y de control de las enfermedades transmisibles, sobre todo pues a raíz de la entrada de la Subdirección General de Sanidad, pues apareció o se nos implantó un sistema de recogida de información el famoso SURI (Sistema Unificado de Recogida de Información).[H-64]¶

¶ Informante 2: [...] sí que fue una cosa muy positiva por parte de la coordinación de sanidad penitenciaria. El que se analizara a todos los internos y supiéramos diferenciar bien cuál era el que era VIH positivo y cuál no y empezáramos a instaurar medidas de prevención, que eso hasta entonces no se había producido, y todo eso fue de forma muy intensa, mucho más que lo que era en la calle.[M-61]¶

¶ Informante 2: [...] las consultas de la prevención, sobre todo la prevención, a nivel de las jeringuillas, del intercambio de jeringuillas, pero a nivel de las relaciones sexuales que eso fuera de la prisión era como algo muy alejado y que no se tenía en cuenta. Nosotros sabíamos perfectamente que dentro de las prisiones se

producían relaciones homosexuales casuales, temporales o como fuese sin ser homosexuales, y si había que utilizar el preservativo y de hecho, se daban los preservativos y se daban las etiquetitas estas de «póntelo, pónselo».[M-61]¶

¶ Informante 2: [...] el hecho de hacer un cribado de todos los presos que había entonces en el año 1989, que había un alto número de presos, pero en un mes hicimos analíticas a todos los presos de España.[M-61]¶

¶ Informante 12: [...] el TDO, los tratamientos más directamente observados, el control analítico más estrecho de los pacientes, el seguimiento más personalizado, o sea, el enfoque de una sanidad más, más profesional, más pendiente del paciente, más pendiente a los efectos secundarios de los tratamientos, a cómo percibían ellos la calidad de vida que tenían y todo eso.[H-46]¶

Hay quién piensa que a nivel organizativo la pandemia dificultó la integración de la sanidad penitenciaria en el sistema nacional de salud como consecuencia de criterios economicistas.

¶ Informante 9: [...] el VIH lo que nos ha hecho es que nos ha impedido que nos pasen al sistema sanitario general, como se hizo en otros colectivos como el Instituto Social de la Marina o parte de los de la sanidad militar que fueron transferidos o fueron unificados con la sanidad pública, excepto las prisiones, y yo creo que el único tema por el que no nos han integrado en la sanidad pública, ha sido el excesivo gasto que sobre todo han creado y creó el VIH.[H-55]¶

Enfermería tuvo que desarrollar una serie de habilidades, conocimientos y destrezas con este tipo de pacientes para garantizar una adecuada adherencia a los tratamientos antirretrovirales, al inicio muy complejos en cuanto a cantidad de pastillas que debían tomar, con un montón de efectos adversos que les llevaba al abandono y dejar estos tratamientos, significaba la aparición

de resistencias a determinados fármacos, limitando el arsenal terapéutico del que se disponía. Implicaba también la aparición de nuevas comorbilidades.

¶ Informante 6: [...] tenías que abordar a los tratamientos, que eran muy muy complejos porque eran muchísimas pastillas, a veces llevan 20 y pico pastillas al día, con muchos efectos secundarios que hacían disminuir la adherencia, porque se cansaban porque le sentaban mal, entonces el trabajo de los enfermeros fue muy duro. [M-69]¶

¶ Informante 7: [...] teníamos que tener los profesionales unas habilidades concretas y relacionarnos con este tipo de paciente, porque tenemos mucha y muy baja adherencia del tratamiento con el cumplimiento del tratamiento, con lo cual, pues bueno resistencias, más comorbilidad. Más infecciones oportunistas, con lo cual a lo mejor estabas tratando al paciente pero no lo llegabas a tener en su globalidad controlado. [M-47]¶

Una de las principales destrezas que tuvo que desarrollar Enfermería fue la de disponer de buenas habilidades comunicativas para reforzar las conductas de adherencia al tratamiento, un adecuado conocimiento de la farmacoterapia, etc. Para con todo ello poder convencer a los enfermos de la necesidad de realizar correctamente el tratamiento. El asesoramiento, la información y la educación sanitaria realizada por Enfermería con los pacientes VIH, marcó el camino a seguir en otras patologías.

¶ Informante 7: [...] habilidades comunicativas, habilidades en el en conocer los diferentes tratamientos, también porque dependía mucho de ya sabemos. Bueno, pues la experiencia que tenemos, que tenemos tratamientos de no eran combinados en el mismo tipo de posología, sino que iban dos o tres tipos de tratamientos, con lo cual a lo mejor uno por la mañana u otro por la noche, en ayunas. Entonces el cumplimiento era muy complicado, o sea, pero tienes que tener estos conocimientos clínicos y científicos a nivel de fármaco-terapéutica para que tu

podieses informar lo máximo posible al paciente, también es verdad. [M-47]¶

¶ Informante 12: [...] el abordaje en salud más propiamente de enfermería, o de educación sanitaria y tal al principio se enfocaba mucho más. Yo creo que el VIH marcó el camino al resto de patologías que había [H-46].

Otra de las destrezas adquiridas fue la de la discrección. Una de las formas de no estigmatizar a las personas VIH era evitar que se supiese que eran enfermos, que nadie supiese que recogían medicación para el VIH porque muchas veces para evitar esa estigmatización dejaban de recogerlos.

¶ Informante 11: [...] pues yo creo que quizás la estigmatización del paciente a la hora de que no se supiera, que tuviera por ninguno de los motivos que tuviera VIH, quizás. Por otro lado la demanda de una de una atención clínica específica respecto al tema que se ha tenido como muy presente en muchos aspectos cotidianos de la vida, de en el día a día en no sé, en situaciones de lo más de convivencia desde lo más nimio, hasta de no querer alguien estar con alguien en otra celda por tener VIH hasta bueno, pues el tener que atender una situación de urgencia.

Hay gente que no recogía el tratamiento para que no supieran que tenía el VIH. Entonces o luego, cuando ya hablabas con él, tenemos que ver por qué no la habían recogido «fíjese usted cuando ven las bolsas, ven las cajas o, si ven la medicación» y ya piensan que porque son medicaciones como muy cantosas, muy características entonces, pues buscar mil y una maneras para que al final administrársela, de manera que nadie, incluso el compañero de celda, sepa que las tiene. [H-50]¶

También la imaginación forma parte de las destrezas enfermeras para poder adaptarse a las circunstancias con los recursos disponibles.

¶ Informante 2: [...] yo recuerdo de comprar cajas de esas de pastillas, digo cajas de tornillos, en que tenían 7 por 3 cajetines que encontramos unas que eran así eran 7 por 3, 21 cuadraditos y ponerles ahí lunes, martes, miércoles,...desayuno, comida y cena, porque no teníamos pastilleros tampoco, porque si algo tiene enfermería, es una cosa y en prisión es mucho más, imaginación.[M-61]¶

Aparte de los recursos humanos, materiales y organizativos ya comentados, en la categoría denominada «medios», si ahondamos un poco más, en los medios de los que enfermería dispuso para el ejercicio profesional con este tipo de pacientes, podemos encontrar tres códigos: formación, programas y tratamientos.

En la siguiente tabla se definen cada uno de los códigos emergentes para la categoría «medios».

Tabla 19: Conceptualización de las codificaciones sobre los medios con los que cuenta enfermería

FORMACIÓN	Acción o efecto de formarse. Adquisición de conocimientos.
PROGRAMAS	Proyecto ordenado de actividades.
TRATAMIENTOS	Conjunto de medios cuya finalidad es la curación o mejoría de los síntomas.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

Podemos resaltar aspectos de tipo formativo, fundamentalmente entre los profesionales más antiguos, que fueron los primeros que se encontraron este fenómeno inicial, que supuso la infección VIH en las prisiones y en un momento en el que existía un gran desconocimiento sobre la misma.

Fruto de un convenio entre el Ministerio de Justicia, del que dependía el personal de instituciones penitenciarias en aquel momento, y el Ministerio de Sanidad se programó esta formación.

Fueron cursos realizados por el Instituto de Salud Carlos III, que era la vanguardia de la investigación en el VIH en aquellos años iniciales y órgano de apoyo científico-técnico del Ministerio de Sanidad en nuestro país.

Los impartía el Dr. D. Rafael Nájera Morrondo, máxima autoridad científica en el VIH en aquel momento.

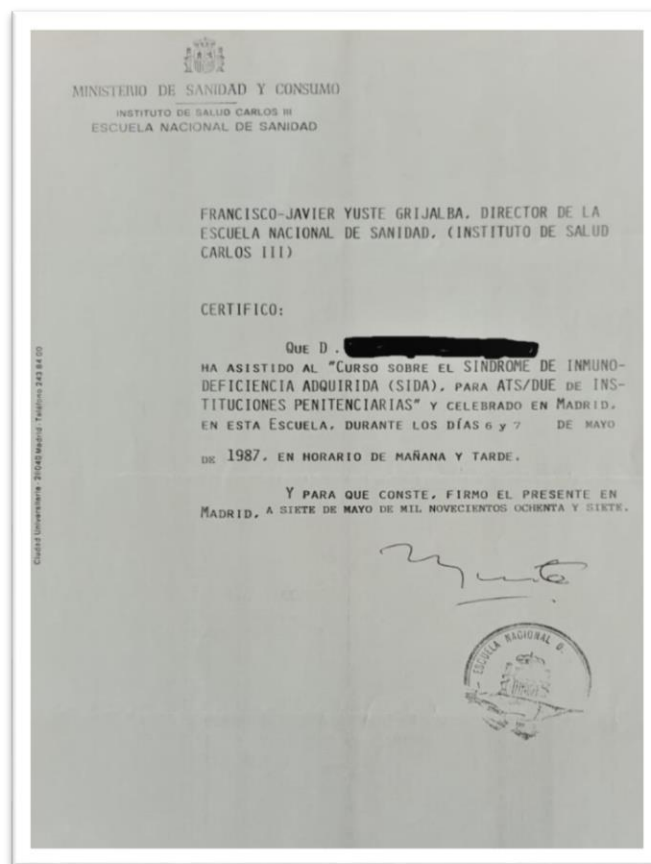
Los profesionales sanitarios de las prisiones fueron los primeros en formarse.

¶ Informante 1: [...] recibimos una formación bueno, pero fue la primera formación que recibimos, fue en el año 1987 cuando instituciones penitenciarias en colaboración con el Instituto de Salud, Carlos III de Madrid nos impartió el primer curso a todos los sanitarios de prisiones y lo hizo a través de la máxima autoridad que había entonces sobre el VIH que era Rafael Nájera. Y, bueno, la verdad es que ahí nos tranquilizamos todos, ya un poco al ver que ya no era el desconocimiento tan grande como yo tenía al principio. [H-64]¶

¶ Informante 3: [...] recuerdo que exactamente creo que en el año 1987, los primeros cursos de VIH que se dieron en el Carlos III en Madrid, para personal penitenciario, los sanitarios de prisiones fuimos los primeros en recibir información y luego se ha ido actualizando, y en ese sentido tampoco nos podemos quejar. [H-61]¶

En la siguiente imagen se puede apreciar una certificación que se realizaba de dichos cursos.

Imagen 11: Certificación académica del Instituto Carlos III



Fuente: elaboración propia

También en Cataluña, que tenían desde 1984 transferidas las competencias de prisiones, se realizaron cursos de formación a nivel autonómico y de forma conjunta con el resto de profesionales de prisiones dependientes de la Administración General del Estado.

¶ Informante 6: [...] en aquella época, en los principios, tuvimos la suerte que nos dieron unos cursos de formación, sobre todo para el tema de la adherencia. Nos dieron, pues en los dos o tres primeros años creo que cada año, teníamos como mínimo uno o dos, que los hacíamos aquí y que algunos también íbamos a Madrid y nos juntábamos con el resto de personal de Instituciones Penitenciarias. [M-69] ¶

Se tuvo formación en los primeros años pero también después. Fue la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria la que con la realización de Jornadas y Congresos Nacionales fomentó la actualización de los profesionales.

¶ Informante 5: [...] nosotros hemos tenido formación, yo no puedo decir que la formación que he conseguido ha sido porque yo he tenido interés de conseguirla y porque es verdad que he ido a congresos de sanidad penitenciaria. Y es que no me perdía uno o casi ninguno.[M-63]¶

Los profesionales con menos antigüedad reconocen que ha existido formación, pero, como que ha sido limitada. El Plan Nacional sobre el Sida en nuestro país también se interesó por formar en el tema del VIH.

¶ Informante 11: [...] sobre formación, hemos tenido que buscar nosotros por nuestra cuenta. Es verdad que nuestra empresa ha tenido ahí algún atisbo, alguna cosa, algún arranque de, sobre todo con dinero del Plan Nacional sobre el SIDA, para, formar a los profesionales de prisiones. Pero se ha quedado muy cortica claramente para la dimensión que tenía toda esta historia.[H-50]¶

Los tratamientos para la infección por el VIH constituyeron el recurso fundamental en la lucha contra el VIH. Inicialmente tal vez, costó un poco más su introducción pero después se generalizó.

¶ Informante 5: [...] lo más importante han sido los tratamientos, han enriquecido a los laboratorios pero gracias al tratamiento, la gente vive todavía.[M-63]¶

El primer fármaco en aparecer fue la Zidovudina o AZT más conocido por su nombre comercial Retrovir®. Cuando se comercializó lo realizó con un alto precio, por lo que se empezó a utilizar de forma selectiva, posteriormente se abarataría y se generalizaría su uso.

¶ Informante 2: [...] al principio de nada, luego de todo, luego todo lo que había de medicamentos, me refiero todos. [M-61]¶

¶ Informante 1: [...] el famoso Retrovir, pues bueno, ahí estuvimos unos años que no se nos servía porque era muy caro y no se podía. [H-64]¶

¶ Informante 2: [...] fuimos aprendiendo a la vez que aprendían en el en el hospital, cuando una patología se nos desbordaba, entonces ahí estaba, pues es que es VIH, pero cuando ya eso, que fue por todos estos casos que tuvimos, el Retrovir se lo daban a los pacientes que se estaban muriendo en el hospital porque en la prisión no, no había, entonces teníamos que casi casi, ir a mendigarlo, allí al hospital. [M-61]¶

En Cataluña fueron un paso por delante en el uso de las nuevas combinaciones de fármacos, instaurándolas antes que en el resto de prisiones españolas.

¶ Informante 4: [...] recursos yo creo que hemos tenido todos. Destacaría fundamentalmente los tratamientos. Recuerdo que aquí en Cataluña cuando se empezaron a utilizar las dobles terapias de fármacos, en el resto de prisiones dependientes de la administración general del estado español sólo se utilizaba un fármaco, porque las terapias combinadas resultaban más caras y no se facilitaban. [H-57]¶

Las dificultades iniciales hasta que se consiguieron implantar los tratamientos antirretrovirales, no son vistas por los profesionales que tienen menos antigüedad laboral, estos creen que siempre se ha dispuesto de todo tipo de tratamientos sin ningún problema.

¶ Informante 8: [...] no se ha escatimado, pues que los tratamientos tienen un precio muy elevado y se han

comprado esos tratamientos y enseguida se han tratado y ahí yo creo que no ha habido mucho problema. [M-44]

¶ Informante 9: [...] no nos ha faltado nunca, nunca nada, es decir, desde el momento en que hay que prestar algún cuidado, si todas estas cosas no nos ha faltado nunca nada, es decir cualquier cosa que hemos necesitado o la hemos pedido, hoy nos la han dado y por supuesto, la medicación. [H-55]

¶ Informante 11: [...] a lo largo del tiempo en recursos materiales como los tratamientos en sí, sí que y yo sobre todo que he estado en unos centros donde eso se ha llevado como muy al día en cuanto a tratamientos, sí. [H-50]

La tercera categoría para el tema del trabajo enfermero en las prisiones se denomina «dificultades» y se codifica con dos códigos: «dificultades con el medio» y «dificultades con las personas».

Tabla 20: Conceptualización de las codificaciones sobre las dificultades con las que cuenta enfermería

DIFICULTADES CON EL MEDIO	Los inconvenientes, oposiciones o contrariedades que dificultan el conseguir, ejecutar o comprender algo bien y pronto, estando relacionado con el ambiente donde se realiza la actividad.
DIFICULTADES CON LAS PERSONAS	Los inconvenientes, oposiciones o contrariedades que dificultan el conseguir, ejecutar o comprender algo bien y pronto, estando relacionado con las personas con las que se relaciona durante la realización de la actividad.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

Dentro de las dificultades del medio, consideran el régimen de vida de estos establecimientos, pues están diseñados para un fin que nada tiene que ver con la asistencia sanitaria. Dependenden de medidas de seguridad, de horarios estrictos, etc.

¶ Informante 1: [...] el régimen todos sabemos, claro, todos sabemos que en una prisión la seguridad prima sobre cualquier otra cosa y entonces y sobre la salud. [H-64]¶

¶ Informante 7: [...] cuando se cierran las celdas a las 21:00 h de la noche, pues sabes que no puedes tener un abordaje de lo mejor. Una persona que a lo mejor tendría que estar hidratada con una sola terapia, saber que aquella celda está cerrada. Lo que es el estar en este régimen de cerrado, pues también condiciona que no podemos hacer un abordaje un poco más integral las 24 horas del día. [M-47]¶

¶ Informante 11: [...] al fin nosotros tenemos que validar nuestra atención con muchas historias de seguridad, de historia y demás. Que al final también hace que sea como un puntico añadido de dificultad a la hora de atenderlos. [H-50]¶

Dificultades con la administración de tratamientos de forma crónica, es decir, poder dar al paciente su tratamiento para un mes y que por razones de sobreprotección se han administrado en pautas semanales, e incluso diarias.

¶ Informante 11: [...] el propio sistema, que es verdad que a veces hemos sido más papistas que el papa, y no nos dejaban entregar a la gente un tratamiento de un mes, porque era súper caro, para que no lo sacara, lo perdiera, lo tirara o pasar, lo que fuere, tenemos que evitar eso. [H-50]¶

También existieron dificultades a la hora de poder derivar a internos a recursos externos para que se hiciesen cargo de acogerlos, sobre todo en situaciones de enfermedad terminal. La mayoría de las veces, los familiares no querían saber nada de ellos y mucho menos acogerlos por enfermedad.

¶ Informante 6: [...] nosotros aquí tuvimos la suerte de que había un recurso que lo llevaban los hermanos de San Juan de Dios, que estaba muy cerca de las ramblas y allí pues

íbamos sacando a los que estaban peor, luego ya empezaron otros recursos que sí que ya nos dejaban mandar a internos que estaban mal, pero nos costaba muchísimo que los quisieran. [M-69]

Otro tipo de dificultades son aquellas que dependían de las personas y principalmente de la confidencialidad.

¶ Informante 1: [...] mucha presión de los propios compañeros de vigilancia, de saber quién tenía el sida y quién no lo tenía eso, la verdad es que con lo que hemos sufrido, creo que todos hemos actuado igual, lo que mi contestación siempre era la misma, tú no, no te interesa, porque el que lo tenga o no, si no porque piensa que todos lo tienen y tu obra en consecuencia, con las medidas de prevención que debes de tener. [H-64]

¶ Informante 10: [...] nosotros a día de hoy todavía tenemos problemas con la Guardia Civil. Son casos puntuales, pero gente que insiste en que debemos marcar a las personas VIH. [M-47]

Las propias características de los pacientes al no asumir la enfermedad como tal, que dificultaban en muchas ocasiones la labor de Enfermería, como consecuencia de su desinterés por el tratamiento, tirándolo o siendo prioridad el consumo de drogas.

¶ Informante 5: [...] la dificultad de que ellos siguen consumiendo, con lo cual se estaban continuamente reinyectando y además la no creencia de que el tratamiento iba a dar el resultado que está dando. Entonces había que trabajar mucho la adherencia al tratamiento. [M-63]

¶ Informante 6: [...] tiraban cantidad de medicación ;con la cantidad de dinero que vale un tratamiento! o que valía y que vale, ¿no?, con lo cual nosotros sí dijimos, se ha acabado todo lo que sea en tratamientos de VIH, lo que sea

en tratamientos de tuberculosis y psicótrópos todos directamente observado. [M-69]

¶ Informante 8: [...] el tipo de persona que son, son personas que son de difícil, de difícil adaptación. Son personas y complicadas, son personas que no asumen la enfermedad, que entonces es un poco complicado en ese sentido. [M-44]

La adherencia y los efectos adversos de los tratamientos también han dificultado el trabajo.

¶ Informante 3: [...] el problema mayor que hemos tenido, pero yo creo que eso todos los enfermeros, haya sido el de adhesión al tratamiento lo más complicado. Vamos con los fármacos como se empezó, con la cantidad de fármacos que debían tomar, los efectos secundarios, era prácticamente imposible que un interno llevase el tratamiento como Dios manda. [H-61]

¶ Informante 4: [...] fueron las resistencias a tomar los fármacos, sobre todo al inicio con el Retrovir, después recuerdo los cólicos de riñón que producía el Crixivan y que ante los más mínimos efectos adversos se abandonaban los tratamientos y teníamos que hacer verdaderos esfuerzos para tratar de convencerles de la necesidad de tomar los tratamientos y de aguantar ese tirón para poder avanzar. [H-57]

Figuras como las de algunos jueces, cuando se arbitro la posibilidad de poder conceder la libertad condicional por enfermedad grave o terminal a internos enfermos de SIDA, como dispone el artículo 80.4 de nuestro código penal, no se les facilitaba por miedo a la reincidencia.

¶ Informante 6: [...] los jueces, que también era otro escollo que a lo mejor era gente que tenían, pues condenas muy largas porque habían cometido homicidios y cosas de estas y entonces no había manera de por ejemplo, había un

juez, me acuerdo, que no me acuerdo cómo se llamaba, pero había un juez que no salían que le daba igual, que se morían en la prisión. [M-69]

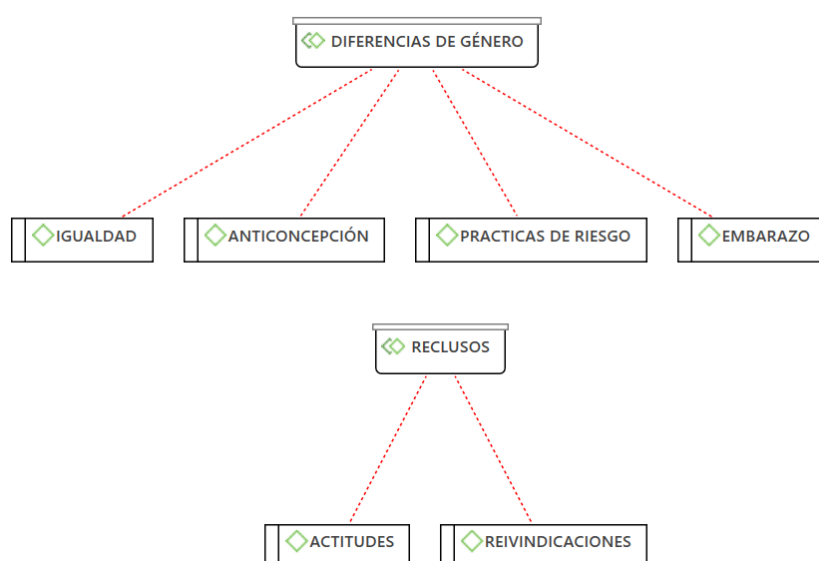
Algunas de las quejas sobre causas que dificultaban el trabajo de Enfermería respecto a los pacientes VIH, apuntaban al propio personal de Enfermería. En general se quejan los que menos experiencia laboral presentaban con respecto a los que llevaban más años de ejercicio profesional.

¶ Informante 12: [...] la dificultad de que yo encontraba era por parte del colectivo de enfermería que era reticente a que hiciéramos esa labor no, también era verdad que era un colectivo con bastante más años que yo, yo llegué con veinte... muy pocos años y la gente allí pasaba de los 40. Entonces estaban criados en otros ambientes, en otras rutinas de enfermería, otro papel y otro rol de la enfermería. [H-46]

¶ Informante 11: [...] por propia desgana de algunos profesionales que bueno, que están en la institución y más vale que hubieran ido a trabajar a otro lado. [H-50]

2.4. La visión sobre los pacientes a los que atendían

Figura 46: Categorías y códigos emergentes sobre los pacientes



Desde dos enfoques: uno, el de si existieron o no diferencias por cuestión de género en los pacientes infectados por VIH y a los que atendían, y dos, desde el propio perfil de recluso/a.

Tabla 21: Conceptualización de las codificaciones sobre diferencias de género

IGUALDAD	Conformidad de algo con otra cosa en naturaleza, forma, calidad o cantidad.
ANTICONCEPCIÓN	Acción y efecto de impedir la concepción.
PRÁCTICAS DE RIESGO	Toda práctica y/o acción incorrecta que puede ser perjudicial para la salud y el bienestar de la persona pudiendo conducir a consecuencias nocivas.
EMBARAZO	Estado en que se haya la mujer gestante.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

Por lo general los profesionales afirman que no han habido diferencias en el trato asistencial entre mujeres y hombres. Es decir, parten del concepto de igualdad.

¶ Informante 9: [...] no, en absoluto. Yo creo que en ese sentido estamos hablando de una población que son adictos y en ese sentido son todos iguales. No hay diferencia de género, es decir, es un drogadicto/a. Es lo mismo un hombre que una mujer. [H-55]¶

¶ Informante 12: [...] creo que habían bastante menos mujeres, pero en las que había yo no observé ningún tipo de discriminación y de diferencia en la atención con respecto a si era mujer o era hombre, se las controlaba igual, la asistencia era la misma, la atención sanitaria era la misma. [H-46]¶

¶ Informante 2: [...] la que era VIH positiva no había ni más estigmatización ni nada por el hecho de ser mujer. Y ser positiva porque de hecho se habían contagiado de la misma manera que se habían contagiado los chicos. O sea, bien por una cosa o bien por la otra, es más entonces, eso sí

que es una cosa, casi siempre eran por pincharse, ¿no? entonces, como que a la relación sexual se le daba como menos importancia, no con menos riesgo. [M-61]

Si que se identifican situaciones biológicas como es el embarazo, donde las mujeres a diferencia de los hombres, tenían la posibilidad de transmitir a la descendencia la infección. Lo que se denominó transmisión vertical.

¶ Informante 5: [...] yo creo que había diferencia, porque la mujer VIH podía quedarse embarazada, pero en el trato no. [M-63]

¶ Informante 1: [...] yo creo que más o menos era igual. Lo único que pasa es que la mujer bueno, tal vez para la mujer, era muchísimo peor porque la mujer se podía quedar embarazada y además podía transmitir al feto. [H-64]

Las prácticas de riesgo marcaron bastante la asistencia y la prevención dirigida especialmente a las relaciones sexuales

¶ Informante 2: [...] nosotros hacíamos las cosas igual es más, yo creo que a nivel de prevención, sobretodo en las relaciones sexuales, porque la mayoría de las mujeres que teníamos eran mujeres jóvenes, pues muy activas sexualmente y bueno, y muchas veces, pues con el problema de la droga, eran prostitutas o trabajaban en bares, y entonces nosotros insistíamos mucho más. [M-61]

¶ Informante 10: [...] sí que es verdad que las mujeres, pues no usaban protección, porque sus parejas no querían usarla. Lo del tema del preservativo que tanto desde enfermería se ha insistido en que se usara incluso introducción de los preservativos femeninos que no se dan los lotes higiénicos a las mujeres y en prisión nosotros sí que intentamos introducirlo. [M-47]

Se plantearon algunos debates éticos como consecuencia de las posibles transmisiones por falta de uso de métodos anticonceptivos

¶ Informante 3: [...] la problemática ética que se planteaba cuando se diagnosticaba un VIH positivo y hacían consultas, pues preguntas lógicas de dar a la paternidad los riesgos de transmisión al crío del VIH y bueno, sobre todo de cara a las relaciones sexuales. Pues te encontrabas con dilemas éticos de saber que estaban teniendo relaciones sexuales y que se negaban a ponerse protección, porque no se lo querían decir a la pareja. [H-61]¶

¶ Informante 10: [...] no se querían hacer las pruebas. Se negaban a hacerse las pruebas para no saberlo, incluso yo en mi centro tuve un caso de una mujer que me decía, ¡Tú me haces las pruebas, tú lo sabes, pero a mí no me lo digas!. ¿Sabes? [M-47]¶

Sobre métodos anticonceptivos se informaba e insistía en la necesidad de su utilización, así como en la facilitación de todo tipo de recursos. En el caso de embarazos en madres positivas, se empezó a contemplar la posibilidad del aborto, no sin controversia.

¶ Informante 2: [...] hablábamos mucho de eso, porque siempre teníamos un buen arsenal, tanto de óvulos, preservativos, todas las medidas anticonceptivas. Por supuesto, hablábamos del riesgo de tener un embarazo siendo VIH positivo, o sea, en ese sentido, yo creo que todavía si cabe aún insistíamos más. [M-61]¶

¶ Informante 6: [...] he visto que en el centro de mujeres a las mujeres, pues se les facilitaba mucho más las cosas que a los hombres por ser mujeres. El tema de en aquel momento, pues de abortar, que no se podía si estaban embarazadas y su pareja o ellas tenían el VIH/SIDA ya se empezaba a contemplar. Era como un tabú, también, eran en contados casos y tenía que pasar no sé cuántos filtros, pero bueno, se podía. [M-69]

¶ Informante 5: [...] y uno de los motivos porque tenían que abortar sí o sí porque es que no pueden tener un hijo que sea VIH, ¡¡¡ por Dios!!![M-63]¶

La otra categoría que completa la visión de los pacientes a los que se trata, es la que hace referencia concretamente a los propios pacientes reclusos, emergiendo como códigos los de «actitudes» y «reivindicaciones».

Tabla 22: Conceptualización de las codificaciones sobre los reclusos

ACTITUDES	Disposición de ánimo manifestada de algún modo. Son los comportamientos que emplea un individuo frente a la vida. Su forma de ser o de actuar.
REIVINDICACIONES	Reclamaciones de algo a lo que se cree tener derecho.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

En cuanto a las actitudes, inicialmente se mostraban reticentes a la posibilidad de ser tratados. En el inicio de los tratamientos como Zidovudina (Retrovir®), había una elevada mortalidad a pesar de disponer de ese único fármaco. En esta época temprana de la pandemia el consumo de drogas (principalmente heroína) por vía parenteral era la práctica de riesgo fundamental de adquisición de la infección y la adicción condicionaba en los internos un ansia por consumir que constituía su mayor preocupación, pasando todo lo demás a un segundo plano.

¶ Informante 2: [...] ellos rechazaban el tratamiento porque como se daba tan tarde, se daba cuando se estaban muriendo, entonces los medicamentos tenían una muy mala fama. A mí me da esto usted y me voy a morir.[M-61]¶

¶ Informante 5: [...] tenías que llegar y darles un empujón, porque no se levantaban, los aseaban, se seguían drogando, sabes y entonces veíamos que eso no llega nada más que la destrucción.[M-63]¶

En la relación con los profesionales, en la mayoría de los casos, solían ser respetuosos y agradecidos. Siempre cuando se autolesionaban avisaban de su condición de VIH para que se extremasen las medidas de seguridad, con la finalidad de evitar contagios.

¶ Informante 6: [...] era gente muy agradecida. Muy agradecida porque yo a mí esto me ha pasado de venir, que se había autolesionado, y qué me he chinado, señorita, y tú, la primera vez que lo mirabas así y vas a por los guantes, pero él lo avisaba, decía sobre todo, póngase los guantes que tengo el VIH. [M-69] ¶

¶ Informante 7: [...] yo me he encontrado justamente que ha sido una de las enfermedades por las cuales cuando he tenido un paciente VIH delante, me han dicho, o me han hecho protegerme más de lo que realmente a veces lo hacemos, ;señorita que yo soy positivo protéjase!. Entonces ellos mismos, pues dentro de lo que ha sido una maldad que hayan hecho y que están juzgados por el juez, pero en ese aspecto han sido muy cautelosos en saber que ellos estaban infectados y que podían, según mi praxis, pues poderme yo infectar. [M-47] ¶

La discriminación social y estigmatización que había hacia el toxicómano en los primeros años de la pandemia condicionó una primera época de difícil trato con ellos y de rechazo a los tratamientos en muchos casos. Ahora bien, a partir de 1998-99, los pacientes interiorizaron que los tratamientos eran efectivos y que los sanitarios estaban allí para ayudarlos, y todo empezó a ser más fácil en el sentido que escuchaban y atendían las instrucciones de tratamiento y agradecían la atención recibida.

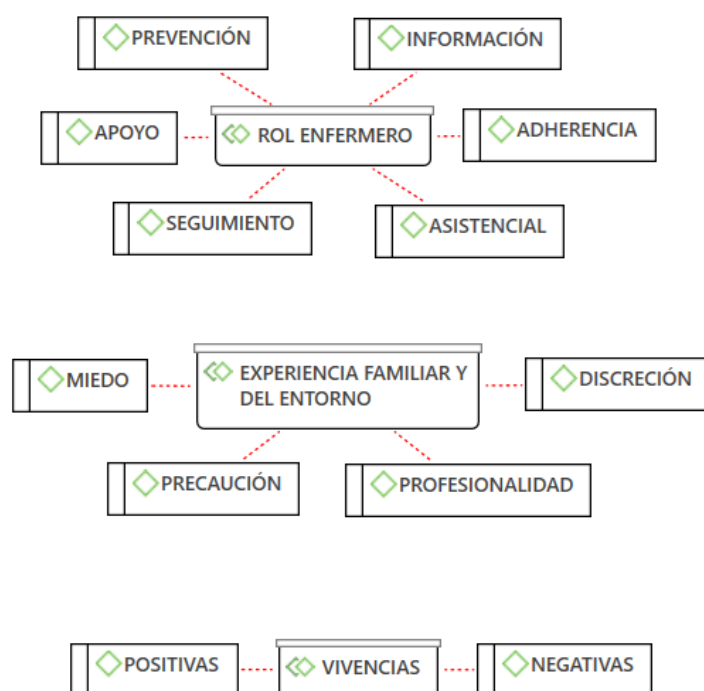
¶ Informante 7: [...] había muchos pacientes que venían muy bien educados o formados, no me gusta mezclar conceptos pedagógicos, no, pero el tema es que venían muy bien formados en este aspecto, con lo cual muchas veces nosotros tenemos mucho territorio ganado, no, que desde el hospital que tenían de referencia infecciosas hacían un

tipo bueno de abordaje al paciente, con lo cual, bueno, pues ya sabían lo que era una carga vírica, sabían que los CD4 estaban bajos, qué hacer no era como un, como saber un pacto entre paciente y enfermero en este aspecto. [M-47]¶

¶ Informante 11: [...] son gente con una tipología de paciente en el momento que te preocupas por ellos y trabajas un poquito con ellos, no están acostumbrados a ese nivel de cuidados y te lo agradecen bastante, pero es verdad que tenía que tener, te apretaba, a mí me ha apretado mucho y me ha hecho ponerme a nivel, para poder, estar a la altura de la gente a la que atendemos, de ofrecerles lo mejor, tanto a nivel humano como a nivel de bueno, pues adaptarle dentro de lo que podríamos hacer, una buena atención clínica dentro de las prisiones.[H-50]¶

2.5. La propia visión de enfermería sobre su papel profesional, sus vivencias personales y de su entorno sobre la pandemia del VIH en las prisiones

Figura 47: Categorías y códigos sobre los profesionales de enfermería



En este último tema se contemplan tres categorías principales: el Rol enfermero, como fue la experiencia familiar y de su entorno, y para finalizar las vivencias experimentadas, tanto positivas como negativas, por los profesionales en su experiencia laboral en las prisiones durante la pandemia del VIH.

Comenzando por el rol enfermero emergieron las siguientes codificaciones:

Tabla 23: Conceptualización de las codificaciones sobre ROL enfermero.

INFORMACIÓN	Comunicación o adquisición de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada.
ASISTENCIAL	Prestación de servicios profesionales de índole sanitaria o social.
SEGUIMIENTO	Ir detrás de alguien o algo.
PREVENCIÓN	Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.
ADHERENCIA	Grado de cumplimentación de las prescripciones realizadas.
APOYO	Protección, ayuda o acompañamiento.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

Inicialmente no se disponía de información suficiente acerca de la afectación del VIH en las prisiones. A partir del establecimiento de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria en 1989 se empezó a disponer de información fidedigna sobre la situación de VIH en prisión.

Enfermería jugó un papel fundamental en la recogida de esta información a través del Sistema Unificado de Recogida de Información (SURI), al que ya se ha hecho referencia, que constaba de una encuesta epidemiológica y socio-sanitaria, conjuntamente con una extracción de sangre para la determinación serológica del VIH, Hepatitis B y sífilis en su inicio. Posteriormente se añadiría la hepatitis C también.

En la imagen 12 se ve un ejemplar de la encuesta epidemiológica y socio-sanitaria, que constaba de varias hojas autocalcables en colores: blanco (para enviar a la SGSP), rosa (trabajo social) y verde (para la historia clínica).

Imagen 12: Encuesta SURI (Ejemplar para la historia clínica).

FICHA DE INGRESO EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

IDENTIFICACION
 Lugar: Cochabamba
 N° Orden: 113
 AMERO DE QUESTIONARIO: 1
 en de identificación Penitenciaria: 113
 N° N.º: 113
 Quilates Social N.º: 113
 sistema de atención médico-social (especificar):
 nombre del entrevistado: [Redacted]
 apellido: [Redacted]
 nombre: [Redacted]
 sexo: Mujer
 (ENTREVISTADOR: anote la fecha de nacimiento) 11/11/1981
 (continuación anote la respuesta a la pregunta "¿Cuántos años cumplió el último cumpleaños?")
 años: 3
LOS EXTRANJEROS
 (de pasaporte) 2
 (de Cédula de identificación E. In.º de identificación de Extranjero): 3
ESTADIAL PENITENCIARIO
 ¿Cuál es su situación procesal?
 Preventivo 1
 Penado 2
 Penado mixto 3
 ¿Cuál es su clasificación actual?
 Primer grado 1
 Segundo grado 2
 Tercer grado 3
 Pendiente de clasificación 4
 Preventivo 5
 Otros 6
 ¿Su primer ingreso en prisión?
 Sí 1 No 2
 ¿Qué edad ingresó por PRIMERA VEZ en prisión (si es primer ingreso. Pase a pregunta 19) 19 años.
 ¿D LARGO DE SU VIDA ¿Cuánto tiempo efectivo ha pasado en prisión?
 AÑOS y MESES: 1 años 2 meses
 ¿Cuántas veces ha ingresado de libertad? 1
 ¿Qué situación (indicio-penitenciaria) salió la ÚLTIMA VEZ?
 Libertad PROVISIONAL 1
 Libertad Condicional 2
 Libertad Condicional Art. 50 3
 Libertad DEFINITIVA 4
 Quiebramiento de condena 5
 Evasión 6
 Otras (especificar): 7
 ¿Es de delitos por los que ha ingresado en ESTE ingreso? Sí NO
 Contra la Seguridad del Estado 1 2
 Falsedades 1 2
 Contra la Administración de Justicia 1 2
 Contra la Salud Pública 1 2
 Contra las Personas 1 2
 Contra la honestidad 1 2
 Contra la propiedad 1 2
 Planarias delitos 1 2
 Por faltas 1 2
 Contra la seguridad del tráfico 1 2
FACTORES SOCIOECONOMICOS
 al momento de ingresar en prisión:
 Convivía con su maridaje o compañero/a 1 2
 Vivía con familiares (padres, abuelos, hermanos) 1 2
 Vivía con su pareja y otros familiares 1 2
 Vivía con sus amigos 1 2
 Vivía solo 1 2
 No tenía domicilio fijo 1 2
 Estaba en una institución de Asistencia 1 2
 NS/NC 1 2
 ¿Tenía hijos?
 Ninguno 1 Cuatro 5
 Uno 2 Cinco o más 6
 Dos 3 NS/NC 9
 Tres 4
 ¿Su pareja en prisión en este momento?
 Sí 1
 No 2
 ¿Cuántas personas convivían en el mismo domicilio (incluyendo usted)? 1
 Sí 1
 No 2
 ¿En los últimos 3 años ¿ha cambiado alguna vez de vivienda? (se refiere por cambios de vivienda cuando ha vivido más de 15 días seguidos en la misma casa)
 No, nunca 1
 Sí, una vez 2
 Sí, dos o tres veces 3
 Sí, cuatro o más veces 4
 NS/NC 9

25. ¿Cuánto dinero entra AL MES EN CASA, aproximadamente? (mostrar tarjeta de INGRESOS)
 - Menos de 20 000 pesetas 1
 - Entre 21 000 y 50 000 pesetas 2
 - Entre 51 000 y 100 000 pesetas 3
 - Entre 101 000 y 150 000 pesetas 4
 - Entre 151 000 y 200 000 pesetas 5
 - Más de 200 000 pesetas 6
 - NS/NC 9

26. Su última residencia estaba en:
 - Barrio 1
 - Municipio 2
 - Provincia 3
 (ENTREVISTADOR: anote literalmente la respuesta, consulte el listado de municipios y anote el código) 113

IV - NIVEL EDUCATIVO
27. ¿Qué nivel educativo ha alcanzado? (estudios terminados)
 - nunca ha ido a la escuela 1
 - primarios incompletos 2
 - EGB o equivalente 3 (pasa a pregunta 29)
 - BUP o equivalente 4
 - FP o equivalente 5
 - Estudios medios o superiores 6
 - NS/NC 9

28. ¿Qué especialidad o carrera?
 (ENTREVISTADOR: anote literalmente la respuesta, consulte la tarjeta de PROFESIONES y codifique)

29. ¿Estudaba en el momento de ingresar en prisión?
 - Sí 1
 - No 2 (Pasa a la pregunta 31)

30. ¿Qué estudiaba en el momento de ingresar en prisión?
 (ENTREVISTADOR: anote literalmente y luego consulte la tarjeta de ESTUDIOS y codifique) 1

V - HISTORIA LABORAL
31. Al ingresar en prisión ¿en qué situación se encontraba usted?
 - en la casa 1
 - estudiando 2
 - jubilado 3
 - trabajando 4
 - parado, buscando el primer empleo 5
 - parado, aunque habiendo trabajado antes 6
 - otras (especificar) 7
 - NS/NC 9

32. A LO LARGO DE SU VIDA ¿Durante cuánto tiempo ha tenido usted trabajo remunerado?
 - nunca 1
 - menos de 1 año 2
 - más de 1 año ¿cuántos? 1

33. ¿Y cuántos trabajos ha tenido? 1

34. ¿En cuál de estas situaciones trabajaba en su ÚLTIMO EMPLEO?
 - por cuenta propia (solo o a la cabeza de un negocio familiar) 1
 - por cuenta ajena 2
 - en un negocio familiar como subordinado 3
 - otras 4
 - NS/NC 9

35. ¿Qué profesión tenía?
 (ENTREVISTADOR: anote literalmente y codifique según tarjeta de PROFESIONES) 1

36. ¿Qué tipo de relación laboral tenía?
 - un contrato fijo con cartilla de la Seguridad Social 1
 - ni contrato, ni cartilla 2
 - trabajaba con familiares y estaba en su cartilla 3
 - percibía subsidio de desempleo por Pensión Contributiva 4
 - percibía subsidio de desempleo por Pensión NO Contributiva 5
 - otras (especificar) 6
 - NS/NC 9

37. ¿Podría decirme cuánto ganó más o menos el ÚLTIMO MES que trabajó? (Mostrar tarjeta de INGRESOS)
 - Menos de 20 000 pesetas 1
 - Entre 21 000 y 50 000 pesetas 2
 - Entre 51 000 y 100 000 pesetas 3
 - Entre 101 000 y 150 000 pesetas 4
 - Entre 151 000 y 200 000 pesetas 5
 - Entre 201 000 y 300 000 pesetas 6
 - Más de 300 000 pesetas 7
 - NS/NC 9

38. En los ÚLTIMOS MESES ¿Cuánto ahorró que necesitaba para vivir al mes usted y los que dependen de usted? (Mostrar tarjeta de NECESIDADES)
 - Menos de 50 000 pesetas 1
 - Entre 50 000 y 100 000 pesetas 2
 - Entre 101 000 y 150 000 pesetas 3
 - Entre 151 000 y 200 000 pesetas 4
 - Entre 201 000 y 300 000 pesetas 5
 - Más de 300 000 pesetas 6
 - NS/NC 9

ENTREVISTADOR: Fecha y firma 11/11/1981
 Fdo. [Redacted] 2º Apellido [Redacted] nombre [Redacted]

VI - SECCION SANITARIA
A.T.S. Las respuestas que siguen son muy importantes e afectan a su diagnóstico. Trate de conseguir todas las respuestas.
39. ¿Duro sangra? - Sí 1 - No 2 - NS/NC 9
 ¿Dónde y en qué fecha? [Redacted]
ENTREVISTADOR: ANOTE LITERALMENTE LA RESPUESTA
40. ¿Se ha practicado alguna vez hemodiálisis? - Sí 1 - No 2
41. RESUMEN DEL CONSUMO DE DROGAS (mostrar tarjetas de FRECUENCIA y de VIA PRINCIPAL)

	Más de una vez (mensual)	Una vez (mensual)	Frecuencia alta (por día)	Frecuencia alta (por semana)	NS/NC
1. Heroína	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
2. Cocaína	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
3. Alcool	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
4. Benzodiazepinas	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
5. Cannabis	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
6. Otros opiáceos	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
(especificar)					
7. Alucinógenos	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
8. Barbitúricos	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
9. Anfetaminas	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
10. Solventes volátiles	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
11. Otros	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>
(especificar)					
12. Tabaco	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>1</u>

42. ¿Alguna vez hizo tratamiento (del tipo que sea) para dejar las drogas?
 - No 1
 - Sí, de una a tres veces 2
 - Sí, más de tres veces 3
 - NS/NC 4

43. ¿Es posible que usted o su pareja esté embarazada en este momento?
 - No 1 - Sí 2 - Podría ser 3

FACTORES DE RIESGO
 (ENTREVISTADOR: En el código si debe indicar siempre que se puede) Sí NO NS/NC

44. En los ÚLTIMOS AÑOS ¿ha usado jeringuillas? 1 2 9

45. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿ha compartido jeringuillas con otras personas? 1 2 9

46. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿ha compartido hojas de alfiler, capillos de dientes u otros objetos personales cortantes o punzantes? 1 2 9

47. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿se ha tatuado? 1 2 9

48. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿ha recibido tratamiento de acupuntura? 1 2 9

49. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿ha tenido relaciones sexuales con hombres? 1 2 9

50. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿ha tenido relaciones sexuales con mujeres? 1 2 9

51. ¿Ha recibido algún tipo de transfusión de sangre entre 1981 y 1987? 1 2 9

52. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿ha practicado alguna vez el coito anal? 1 2 9

53. En los ÚLTIMOS CINCO AÑOS ¿ha tenido relaciones sexuales con personas con SIDA o infección por VIH? 1 2 9

54. ¿Con cuántas personas ha tenido relaciones sexuales en el ÚLTIMO AÑO? 1

55. ¿Tiene algún recuerdo en conocer el resultado de las pruebas que le vamos a realizar?
 - No 1 - Sí 2 - Me da igual 3

VII - RESULTADOS DE LAS PRUEBAS
 En este espacio se anotarán los resultados de las pruebas de laboratorio practicadas

	Positivo	Negativo
56. Anticuerpos Anti VIH	<u>1</u>	<u>2</u>
57. HbS Ag	<u>1</u>	<u>2</u>
58. Anti HbS	<u>1</u>	<u>2</u>
59. Anti HbC	<u>1</u>	<u>2</u>
60. HbE Ag	<u>1</u>	<u>2</u>
61. Anti HbE	<u>1</u>	<u>2</u>
62. Anti HbEa Total	<u>1</u>	<u>2</u>
63. Ig M Anti HbC	<u>1</u>	<u>2</u>
64. RPR o VDRL	<u>1</u>	<u>2</u>
65. TPHA	<u>1</u>	<u>2</u>
66. FTA	<u>1</u>	<u>2</u>
67. Ig M FTA	<u>1</u>	<u>2</u>

A.T.S. Fecha y Firma [Redacted]
 Fdo. [Redacted]

Fuente: elaboración propia

El trabajo fue de una gran magnitud. Supuso recoger una exhaustiva información epidemiológica de todos los ingresados en prisión y de los nuevos ingresos que se iban produciendo. Además, a todos ellos se les practicó una determinación de anticuerpos anti-VIH, serología diagnóstica de hepatitis B, sífilis y una intradermorreacción de Mantoux para poder determinar infecciones por *Mycobacterium tuberculosis*. Todo ello con unas plantillas de profesionales de Enfermería infradotadas que obligaron a recurrir a contrataciones de personal externo en muchos centros para la realización de este trabajo.

¶ Informante 1: [...] la enfermería en el VIH, la verdad es que nuestro gran papel ha sido en un principio la recogida de información a través de los SURIs y como el problema era tan gordo que la institución no sabía exactamente ¿Qué y a cuántos internos afectaba? El SURI se empezó en los años 90. Y a partir de ahí, se recogía la información, pero de todos los que habían ingresado antes del 90 en prisión, pues no teníamos datos muy fiables. [H-64]¶

¶ Informante 2: [...] lo que llamaban entonces el SURI, el famoso sistema unificado de recogida de información donde se registraban enfermedades transmisibles, se hacía a todos los internos. Yo recuerdo en la prisión donde yo estaba, que a mí se me acumulaban las hojas, a mí no me daba tiempo a rellenar todas las hojas que teníamos que rellenar de todos los internos nuevos que ingresaban, porque efectivamente, es que había muchísimos ingresos. [M-61]¶

Enfermería desempeñó un papel asistencial en diversas facetas, desde hacerse cargo de ser meros repartidores de medicación, al trato directo y continuado tanto a nivel individual como colectivo, también en la realización de los controles necesarios para el seguimiento de la infección, en las consultas de Enfermería e incluso en una asistencia holística, que no solo contempla lo meramente asistencial. También se lanzó a la investigación. Ya en la actualidad con la precariedad de médicos/as, casi como el único recurso sanitario.

¶ Informante 11: [...] ¡¡¡ufffff!!!, pues eso, eso ha ido por barrios, pienso yo, yo he estado en varios centros, he tenido la fortuna a pesar de todo, de estar en varios centros, de todos los colores y de todos los sabores, pues lo primero unos meros administradores de la de la medicación.[H-50]¶

¶ Informante 4: [...] el trato directo con los pacientes durante largos periodos de tiempo, es enfermería quien dispensa ese cuidado integral y holístico que otras profesiones sanitarias no profundizan.[H-57]¶

¶ Informante 9: [...] probablemente a lo mejor, pues nos ha incrementado un poco la carga de trabajo, porque, claro, son analíticas programadas, es decir, para después hacer un control de las resistencias, es decir, analíticas, pues para comprobar si el tratamiento es efectivo.[H-55]¶

¶ Informante 10: [...] yo creo que las consultas programadas de enfermería en VIH al llegar, el llevar el seguimiento de los pacientes es muy importante.[M-47]¶

¶ Informante 12: [...] al principio hubo quizá un poco rechazo de con respecto a los TDO, y todo esto, como que se veía un poco de trabajo, más carga de trabajo. Pero yo creo que también nos sirvió enfermería para presionar un poco la atención que pensábamos y no ser simplemente una asistencia de inyectable, cura y cuatro cosas más, sino que sirvió para crear consultas de enfermería, educación para la salud, investigación un poco. En este sentido, también la enfermería se subió al carro.[H-46]¶

¶ Informante 11: [...] en la asistencia diaria, ya fuera a nivel individual, nivel colectivo y ya, pues casi casi ahora, la prescripción ¿no?, porque no podemos prescribir el medicamento, pero sí es casi la atención al cien por cien de los pacientes, porque no hay médicos.[H-50]¶

Se realizó un seguimiento de todos los pacientes VIH detectados. Al principio en algunos centros, al no haber suficientes médicos/as, era Enfermería quien con la dirección de los especialistas hospitalarios hacían ese seguimiento.

¶ Informante 3: [...] se comenzó con las prescripciones, eran de especialistas y entonces todos los seguimientos de la patología, los realizaba enfermería. la relación directa de enfermería con los especialistas del hospital, por lo menos en este centro, los médicos también llevaban el seguimiento de enfermos, pero que eso fue un poco más posterior, porque al principio te vuelvo a decir que eran que profesionales muy, muy reducidos. Aquí había una RPT de un médico solamente y a tiempo parcial. Entonces quién lo llevaba era la enfermería.[H-61]¶

¶ Informante 8: [...] ¡jolin!, pues yo creo que enfermería ha hecho un montón de cosas en cuanto a la adherencia a los tratamientos, el seguimiento de los tratamientos, el seguimiento de los de los internos.[M-44]¶

Enfermería también pasó muchas horas con los internos realizando labores preventivas de manera insistente, educación para la salud, fundamentalmente al principio cuando no se disponía de ninguna otra herramienta para luchar contra el virus. Fue un pilar básico en el rol enfermero.

¶ Informante 6: [...] un pilar básico, fundamentalmente en el tema de prevención.[M-69]¶

¶ Informante 2: [...] estábamos muy presentes en los módulos, estábamos continuamente en los módulos. Cada vez que hacíamos una intervención del tipo que fuese estábamos repitiendo los mismos mensajes, el utilizar los preservativos, no compartir jeringuillas. Después entraron los programas de intercambio de jeringuillas y ya nos lo facilitaba. Estábamos ahí, yo vivía así, yo era una parte muy importante del módulo, por decirlo de alguna manera, cuando ibas allí, van todos a consultarte, a preguntarte,

tenían confianza contigo y aprovechabas todos los momentos para hacer prevención. [M-61]

¶ Informante 11: [...] prevención en la educación para la salud, para qué, bueno, pues las personas con esa esa enfermedad en concreto tuvieran una calidad de vida mejor. [H-50]

Ligado a la prevención, se realizó una gran tarea en cuanto a facilitar y supervisar la adherencia a los tratamientos antirretrovirales, para poder conseguir que fuesen efectivos. Al principio fue bastante duro, pero poco a poco, se fue instaurando en el desarrollo profesional de la Enfermería penitenciaria.

¶ Informante 2: [...] en la adherencia al tratamiento, que eran tratamientos tan, tan, tan arduos, porque eran tratamientos que llevaban 12, 14, 16 pastillas diarias al principio, pues era muy difícil que un interno que no tiene un orden en su vida normal, fuese a tener un orden en el tratamiento que tenía que tomar. Entonces yo recuerdo que nosotros les llamábamos prácticamente todas las semanas para comprobar, contábamos las pastillas que les habían faltado, que les habían sobrado, vaya que no se habían tomado, siempre procurando por ellos. [M-61]

¶ Informante 3: [...] también nos encargábamos un poco la parte preventiva, también hicimos mucho ahí y un papel importante en la adherencia a los tratamientos. [H-61]

¶ Informante 10: [...] nosotros somos los que damos tratamientos TDO, los que nos aseguramos de la adherencia a los tratamientos, los que hacemos el seguimiento de los pacientes. [M-47]

Finalmente Enfermería ha acompañado en todo el proceso a estos enfermos, poniendo de relieve esa faceta humana que se suma a la asistencial.

¶ Informante 10: [...] vas con ellos acompañándolos en el proceso y al sentirse acompañados también les ayudaba a no abandonar el tratamiento. [M-47]¶

¶ Informante 4: [...] en general en el ámbito sanitario cada profesional tiene su papel, pero el trato directo con los pacientes durante largos periodos de tiempo es enfermería quien dispensa ese cuidado integral. [H-57]¶

Experiencia familiar y del entorno:

Supuso una influencia importante en las relaciones de los profesionales con el medio extralaboral, la familia, el núcleo de amigos y conocidos que sabían con que pacientes trabajaban. En la siguiente tabla aparecen las conceptualizaciones de la categoría experiencia familiar y del entorno.

Tabla 24: Conceptualización de las codificaciones sobre la experiencia familiar y el entorno

MIEDO	Angustia por un riesgo o daño real o imaginario.
DISCRECIÓN	Sensatez, prudencia o reserva.
PRECAUCIÓN	Reserva, cautela con la que actuar para evitar o prevenir inconvenientes, dificultades o daños que pueden temerse.
PROFESIONALIDAD	Actividad que se ejerce como una profesión.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

La experiencia familiar y del entorno de los profesionales de Enfermería se vivió inicialmente con mucho miedo a la posibilidad del contagio. Los más veteranos así lo refieren, ya que en aquel momento, contagiarse podía suponer el firmar una sentencia de muerte. Luego cualquier accidente con una aguja, bien suturando, bien por pinchazo podía aumentar ese riesgo de contagio.

¶ Informante 1: [...] pues la verdad es que al principio mucho miedo, esa es la verdad, miedo porque era algo desconocido y luego allá, pues bueno, nos fueron formando y ya la cosa fue tomando otro cariz, pero al principio mucho miedo, miedo al contagio y, porque no sabías tampoco

por dónde te podrías contagiar. Ese miedo, esa angustia, la llevabas y la trasladabas un poco a la familia y a los amigos, a tu círculo social, porque además entonces era una enfermedad que significaba decir muerte, era una sentencia de muerte. Te preguntaban, pues tus amigos y tal, porque sí que había un una especie de morbo ahí en las prisiones. Pues ya sabes, con la cantidad de drogadictos que teníamos y luego las prácticas homosexuales que las hubo y las hay.[H-64]¶

¶ Informante 6: [...] teníamos mucho miedo de infectarnos, porque sabíamos que en cualquier descuido suturando haciendo cualquier cura de cualquier herida, pues podrías poner eso, infectarte, teníamos cantidad de miedo.[M-69]¶

¶ Informante 2: [...] un poco de miedo porque, aunque sí que se sabía ya que se contagiaba a través de relaciones sexuales o de pinchazos, o sea, con sangre, bueno, pues en principio no tenías ese tipo de relaciones con los internos, con lo cual, a no ser que fuese un pinchazo accidental, pues bueno, pero siempre tenías el miedo.[M-61]¶

En las relaciones sociales y familiares también había cierta reticencia por temor.

¶ Informante 6: [...] luego, cuando salías, tenías la otra parte, la parte de afuera, que te miraban mal, no te acercas, estás con gente que tiene el sida. Cuando venía alguien de la familia, mis padres, sus padres, hermanos, lo que fuera es como que tenían un poco de miedo de que no, de que yo, que nosotros, que vivíamos en matrimonio, pudiéramos contagiar a los demás. Era como un poco, no quiere decir de rechazo al principio, sino de este miedo. Pues que estamos como más distantes.[M-69]¶

¶ Informante 8: [...] pues la verdad que cuando mi primer trabajo, cuando yo empecé en prisiones, ¿Eh? bueno, fue mi primer trabajo a nivel profesional, y cuando le dije a mi

madre, mamá que me han llamado para trabajar y me dijo y dijo, ¡Ay, qué bien, hija, qué alegría!. Y dije, sí, mamá, pero es en la prisión es en la cárcel, se le puso una cara de espanto.[M-44]¶

Ese miedo, con el paso del tiempo se fue viendo que era fundamentalmente por desconocimiento, era un miedo a lo desconocido.

¶ Informante 10 [...] en aquel entonces era cuando morían los enfermos terminales y entonces sí que es verdad que todo el mundo tenía miedo y entonces no los profesionales, porque bueno. Los profesionales no, pero nuestros familiares, sí, sí que había inseguridad, sobre todo por ignorancia, por desconocimiento.[M-47]¶

¶ Informante 9 [...] a nivel familiar cierto miedo pero asumible.[H-55]¶

Hay quien asemeja la situación a la más reciente ocurrida con el COVID-19 en cuanto a el extremar las medidas de higiene para evitar contagios en el entorno familiar.

¶ Informante 5: [...] manías que creían que yo llegaba a casa y les iba a contagiar alguna enfermedad y también el VIH. Pero mamá, pero límpiate, pero dúchate pero desinfectate, Ah, casi como el COVID, un similar, pero con la diferencia de que el COVID no se sabía muy bien, pero el VIH se sabía que era para siempre. Entonces, claro, coger un VIH entonces era una sentencia de muerte.[M-63]¶

¶ Informante 11: [...] sí, hombre, en mi familia tenían miedo, tenía miedo porque ten en cuenta que estamos hablando de una época de hace muchísimos años, hace 30 años no teníamos los conocimientos que tenemos ahora, y madre mía me acuerdo que la persona que tenía un VIH, tenías que entrar en la habitación con doble guante, casi vestido, como si fuera para el COVID.[H-50]¶

En otras relaciones familiares se actuó con discreción para evitar el sufrimiento de los familiares, contando lo justo o nada al respecto de este tipo de pacientes con los que se trabajaba a diario.

¶ Informante 2: [...] a nivel personal, con mis padres, hermanos, no conocían demasiado el tema, y yo no hablaba mucho. [M-61]¶

¶ Informante 4: [...] en mi familia y en mis relaciones sociales era algo que no formaba parte de las conversaciones. [H-57]

Desde las familias también se apelaba a la precaución, que se tuviese cuidado en el trabajo. A veces motivado por la experiencia de haber pasado por una situación de accidente laboral.

¶ Informante 3: [...] lo único que los comentarios han sido siempre de tener mucho cuidado, ponte guantes, ten cuidado con las agujas no te pinches. [H-61]¶

¶ Informante 12: [...] en mi familia me insistían en que debía tener más cuidado, en fin. No sé. Porque yo lo viví en primera persona, además porque me pinché la primera, la segunda me salpiqué con una cura en un ojo, o sea que tuve que pasar controles dos veces, prácticamente seguidos y tener que estar dos años en seguimiento y aun así te mirabas el seguimiento y no te quedabas del todo tranquilo. [H-46]¶

En general los profesionales han tratado de minimizar esos miedos y temores desde la profesionalidad y el cuidado.

¶ Informante 3: [...] he tenido la gran suerte que no he tenido ningún accidente. No, no me he pinchado nunca. Pero bueno, incluso si me hubiera pinchado, pues bueno, si hubiera seguido el protocolo, yo no he tenido miedo a trabajar en los centros nunca. [H-61]¶

¶ Informante 6: [...] yo ya tomo las medidas pertinentes, ya me lavo las manos. Utilizo guantes, no me he pinchado, no he tocado nada de fluidos sanguíneos ni nada que pueda contagiarme. [M-69]

¶ Informante 9: [...] a mí personalmente no me afectó estar trabajando con VIH, no me afectó nada. Es decir, porque yo personalmente venía de otros servicios de, por ejemplo, yo trabajaba en intensivos, estuve cuatro años trabajando allí. [H-55]¶

Vivencias:

Las vivencias de los profesionales respecto al VIH pretenden describir aquellas facetas que puedan servir de resumen a la experiencia vivida.

Tabla 25: Conceptualización de las codificaciones sobre las vivencias

NEGATIVAS	Malas, perjudiciales, infructuosas.
POSITIVAS	Útiles, prácticas, beneficiosas.

Fuente: Diccionario de la lengua española. Real Academia Española.

Entre las principales vivencias negativas que pueden vincularse al principio de la pandemia podemos citar: miedo, impotencia, tristeza, soledad, impacto, o preocupación por haber sufrido un accidente biológico.

Miedo: miedo al contagio como consecuencia de la propia práctica asistencial. En un principio incluso más acentuado que en la actualidad.

¶ Informante 1: [...] en un principio el miedo a lo desconocido, pues la verdad es que hizo un poco de mella en trasladar un poco de esa ansiedad, a veces no saber qué es lo que podrías contagiar o cómo te podrías contagiar. [H-64]¶

¶ Informante 5: [...] yo no estaba preparada para ese tipo de personas, no, no por ser presos, sino por las enfermedades que tenían en ese momento. Que eran todos

neumonía, tuberculosis, nadie quería dar la medicación ni asearles un miedo al VIH, de cogerlo tú y de llevarlo y transmitirlo a algún conviviente tuyo, ¿no?[M-63]

¶ Informante 8: [...] al principio es como mucho miedo a la enfermedad, mucho miedo a que te puedas contagiar del VIH, pues al hacer las extracciones de sangre o los contactos cuando hay heridas o cuando, pero es algo que al final te vas acostumbrando y te vas adaptando, y lo ves, pues como una enfermedad más, pero sí que es cierto que pues que todo cuesta y que no sé, al final yo creo que como que nos acostumbramos, ¿no? Y bueno, pues es algo con lo que tenemos que vivir y que trabajar.[M-44]

Impotencia: ante la imposibilidad de no poder hacer nada para evitar los fallecimientos y sobre todo de gente joven.

¶ Informante 1: [...] también he sufrido bastante por la impotencia de ver cómo gente muy joven moría y que prácticamente no podías darle un tratamiento adecuado más allá del sintomático y de ejercer un poco de cura, de psiquiatra o de psicólogo y escucharles y darles un poco de consuelo.[H-64]

¶ Informante 2: [...] el hecho de no poder hacer nada porque veías a una persona con mala cara y a los 15 días se había muerto, y era una impotencia, un decir aquí que va a pasar, ¿no? Y encima de la gente joven, porque esto sí que eran todos jóvenes.[M-61]

Tristeza: o dolor emocional que se experimentaba ante la muerte de personas con las que se estaba a diario. Fue una tragedia vivida día a día.

¶ Informante 2: [...] antes sí que era muy triste, muy triste el ver gente joven, muriéndose de VIH.[M-61]

¶ Informante 5: [...] yo creo que para mí lo más impresionante fue que yo estaba en el hospital penitenciario. Yo cuidaba a los enfermos muy terminales.

Cuando ya no podíamos cuidarlos más, los llevaban a las servicio de urgencias de hospital y a esa persona ya no volví a verle regresar. Para mí fue eso muy impresionante, mucha muerte.....No, no, mucha bajas humanas. A mí eso me impresiona muchísimo. [M-63]

¶ Informante 9: [...] la mortalidad, porque en el fondo no deja de ser una tragedia que se llevaba gente muy joven. [H-55]

Soledad: de los pacientes en muchas ocasiones porque sus familiares no se querían hacer cargo de ellos y acababan falleciendo en los centros, porque era requisito imprescindible que alguien se hiciese cargo, para poderles facilitar la libertad condicional por enfermedad terminal.

¶ Informante 10: [...] viví un VIH de donde la gente moría, donde moría gente muy joven donde yo recuerdo, que cuando empecé, gente que había en enfermería que ni su familia, no les quería nadie, que estaban en la prisión y nadie les querían. [M-47]

Impacto: como golpe emocional, huella o señal que dejó una enfermedad como ésta en muchos profesionales.

¶ Informante 9: [...] mi experiencia personal con el VIH en realidad fue ¿Cómo te diría yo? Eso fue un impacto, porque tú hazte cuenta que al principio el VIH exacerbó determinadas enfermedades que hasta antes estaban dormidas. [H-55]

Preocupación: por la posibilidad de haberse contagiado tras un accidente laboral por pinchazo o salpicaduras. Se trabajaba al principio con un elevado porcentaje de seropositivos al VIH, que requerían además de controles bastante periódicos. El someterse a la rigurosidad de los controles, generaban ese sentimiento de preocupación.

¶ Informante 12: [...] la familia en tu entorno, que no conocía muy bien, creen que estás tratando con pacientes

VIH que tiene un riesgo añadido y yo sé ese riesgo. Además, lo viví de cerca porque yo mi primer accidente profesional fue en Fontcalent precisamente con un paciente VIH positivo y hepatitis C positivo, tenía una carga de altísima y me acuerdo de aquello. Fue un ¡Ostras! una odisea. Un poco paranoico, porque además me empezaron los controles, esto que se hacía en el principio del mes a los 3 meses, a los 6 meses, al año te llamaban de Madrid que si querías hacerte las analíticas a Madrid, entonces todo esto al final de esto afectaba al final a nivel personal también, claro, porque ya tenías que extremar tú cuidado con tu pareja y con tu entorno.[H-46]¶

Entre las vivencias positivas, que se vinculan a tiempos más actuales porque se ha ido viendo la progresión de la pandemia, los profesionales explican sus propias experiencias destacando: la esperanza, el aprendizaje que les ha supuesto, el cambio originado, el propio desarrollo profesional y por supuesto la experiencia gratificante que han tenido la oportunidad de disfrutar.

Esperanza: porque se pasó de una enfermedad mortal que se llevaba sobre todo a gente muy joven y sin poder remediarlo, poco a poco y gracias a las medidas de prevención y a los tratamientos que se fueron implementando, estos pacientes se convirtieron en enfermos crónicos, que envejecen con el VIH como una enfermedad más, igual que la diabetes o la hipertensión.

¶ Informante 1: [...] la verdad es que ha aparecido la esperanza, pues cuando ya conocíamos las causas y los mecanismos de transmisión, pues ha habido un tratamiento y la propia prevención, que hicimos mucho hincapié en las medidas de prevención. Poco a poco, pues hemos visto que los internos han recibido el mismo trato que las personas de fuera y se ha convertido el sida en una enfermedad crónica igual que pueda ser la diabetes y con un seguimiento adecuado, pues se puede vivir toda la vida con el sida.[H-64]¶

¶ Informante 2: [...] luego cuando ya teníamos todos los medicamentos, cuando ya todo, pues cuando has visto, ahora, cuando vemos gente crónica que decían, esto se va a convertir en una enfermedad crónica y casi como que no nos lo creíamos, porque decimos cómo se va a convertir en crónico si se nos mueren todos, no puede ser, ¿no? Y al final ves que sí, que ha habido gente que se ha cronificado y que ahí están año tras año que bueno, que tienen una mejor calidad de vida, pues no exactamente igual que otra persona que no tenga la infección, pero viven y sobreviven. [M-61]¶

Aprendizaje: los profesionales se han ido adaptando a las exigencias que las circunstancias han ido generando. La pandemia del VIH sirvió y enriqueció a los profesionales de Enfermería en distintas esferas.

¶ Informante 6: [...] es un aprendizaje y además lo que se ha dicho ya, una oportunidad que hemos tenido de crecer como enfermeros, porque hemos aprendido mucho con esta pandemia. [M-69]¶

¶ Informante 7: [...] un aprendizaje, crecimiento profesional, es una patología o un paciente que no solo lo abordas nada más desde una esfera muy concreta de la clínica, sino que ves todas su situación personal y social que le conlleva. [M-47]¶

¶ Informante 2: [...] lo comparaba con el COVID. El VIH fue un aprendizaje de la generación nuestra, digo de la mía y de otros muchos posteriores que nos enfrentamos a una pandemia. Pues, como les ha pasado ahora que también lo hemos vivido del COVID. Te enfrentas a una cosa desconocida que no sabes mucho de ello, que vas aprendiendo a golpe de macheta. [M-61]¶

¶ Informante 11: [...] éramos como como un banco de pruebas importante, empezamos a descubrir, yo creo que a la vez que los propios pacientes, nuevos tratamientos y era como una actualización. [H-50]¶

Cambio: o adaptación de los profesionales al entorno para poder procurar lo mejor para los pacientes, consiguiendo en ellos modificaciones de sus conductas para conseguir promover la salud y el bienestar. No sólo se aplicó al VIH, también a otras patologías predominantes en los centros penitenciarios, como la hepatitis o la tuberculosis.

¶ Informante 3: [...] marcó un antes y un después de la sanidad penitenciaria en los centros y te lo he comentado antes. Al principio de la sanidad penitenciaria, en los centros penitenciarios fue y cambió en todos los aspectos, pues en hábitos de consumo de drogas, en prevención de otras enfermedades que por el VIH se acentuaron como tuberculosis, pues también se hizo una buena campaña de tuberculosis, con lo cual la tuberculosis en prisiones prácticamente ya volvió a erradicarse y la Medicina Interna, pues avanzó en todos los sentidos.[H-61]¶

¶ Informante 5: [...] hemos logrado lo que hemos logrado, hacer una enfermedad crónica o conseguir que esa enfermedad sea crónica y que veas a la gente VIH que ya no tienen el estigma de los pómulos y de otros estigmas que se veía muy claros al principio a cómo están ahora, que ya dudas y ya no sabes si tiene VIH, con un aspecto físico bueno. Yo creo que ha habido un gran cambio y me he ido muy contenta de la institución penitenciaria porque eso se ha conseguido.[M-63]¶

¶ Informante 10: [...] yo tengo personas VIH totalmente normalizados, con hijos, con cargas indetectables, con cero transmisión y la enfermedad llevada con total normalidad. Yo, por ejemplo, tengo un chico joven que es VIH, el cuando entró yo le hablé, hablamos a ver cómo lo llevaba, si él se iba a sentir estigmatizado y él sí que nos pidió claro no sentirse señalado en la prisión. Pero yo en las consultas programadas lo hablamos y él se encuentra totalmente integrado en el módulo con los otros internos, con los funcionarios no tiene ningún problema,

entonces la evolución ha sido buena y esto, pues como enfermera, pues te hace estar contenta. [M-47]

Desarrollo profesional: es una faceta bastante importante en el ejercicio de cualquier profesión, pero en el ámbito sanitario mucho más. El crecimiento personal y profesional, lleva al aumento de la motivación.

¶ Informante 4: [...] resumiría mi propia experiencia como un desarrollo profesional en un ámbito muy especial en el que hemos tenido que saber un poco de todo. Te diría incluso que nos hemos formado en temas que en otros ámbitos se desconocía, y me refiero a enfermedades infecciosas, salud mental, drogodependencias, habilidades comunicativas, sociales etc..., es decir, una enfermería casi de práctica avanzada. [H-57]

¶ Informante 6: [...] aquí tienes que saber un poquito de todo, pero que además tienes que ser una persona que sepas ver al enfermo que siempre nos jactamos mucho de la cosa, de tipo, global, humanística, pero que lo que ha dicho era la parte más social. Sí que el enfermero de prisiones tiene que ser un enfermero desde este punto de vista muy social, o sea que aprendizaje social y autonomía. Yo creo que son 3 las cosas que hay que tener muy en cuenta. [M-69]

¶ Informante 12: [...] yo creo que fue positivo, yo la verdad que fue una etapa con más carga de trabajo, pero más bonito en lo profesional porque te daba más pie a desarrollarte profesionalmente y bueno a conocer bastante más tratamiento, abordaje, patología, patología asociada, oportunistas, el desarrollo de la enfermedad, pasar de infectados VIH a pasar a la enfermedad del SIDA. [H-46]

Experiencia gratificadora: podría ser el resumen de algunos informantes que han vivido todo el desarrollo de la pandemia del VIH y que de una forma agradable pueden dar testimonio de un cambio positivo.

¶ Informante 4: [...] ha sido una experiencia muy grata pese a que hubo momentos muy duros, donde la muerte estaba por todos los lados y con una gran sensación de impotencia, de no poder hacer nada, en contraste con los tiempos actuales donde se trata de una enfermedad crónica y que lo podemos ver como una gran victoria contra ese virus, que en su día fue una sentencia de muerte y que hoy se vive con él. [H-57]¶

¶ Informante 5: [...] fue terrible, pero luego el resultado con el paso del tiempo ha sido maravilloso. [M-63]¶

CUARTA PARTE: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES



1. Consideraciones iniciales para el análisis

El diseño de esta investigación se planteó desde un enfoque de metodología mixta con la finalidad de poder conseguir una comprensión mejor sobre el fenómeno de estudio.

La utilización de métodos mixtos en investigación constituye un proceso de carácter complejo y multidimensional, que pretende aunar dos tipos de paradigmas, el paradigma positivista con el paradigma naturalista aproximándose al máximo conocimiento de la realidad.

La importancia del uso de los métodos mixtos, radica en que de forma independiente del método de investigación utilizado, aparecen ciertos sesgos o pueden presentarse ciertas debilidades propias de cada diseño, que pueden compensarse con la aportación de información desde diferentes tipos de fuentes, o lo que se conoce como «triangulación de fuentes de datos» (127).

El estudio cuantitativo ha pretendido medir la producción de noticias sobre el VIH y prisi3n como una informaci3n muy concreta, desde distintos medios de prensa escrita espa3ola; se han analizado las tendencias en el tiempo de todas las publicaciones; la evoluci3n de las noticias en distintos periodos de la evoluci3n de la pandemia del VIH; los d3as y meses que m3s se public3; las secciones de publicaci3n; la autor3a de las mismas y se ha finalizado utilizando tecnolog3a actual, como es la miner3a de textos, para describir c3mo fue el sentimiento de las noticias en diferentes periodos de la evoluci3n de la pandemia, as3 como la frecuencia de las palabras m3s repetidas, en series de dos y tres palabras o en forma de nube de palabras.

Se revisaron cuarenta a3os de prensa, con criterios de b3squeda en distintas hemerotecas y con la lectura en papel de aquellos peri3dicos que durante un determinado periodo no estaban digitalizados. Los criterios de b3squeda fueron adecuados para los objetivos que se pretend3an, recog3ndose unas 3421 noticias sobre VIH/SIDA de las 17 441 noticias

encontradas en las búsquedas realizadas. Al final la muestra estuvo constituida por 318 noticias útiles o referidas a las instituciones penitenciarias.

El análisis cualitativo para poder dar respuesta a los objetivos previstos, se planteó desde la selección de una muestra de enfermeras/os que trabajan o han trabajado en instituciones penitenciarias, de distintas comunidades autónomas y que constituyeron una muestra heterogénea, que pudo permitir observar los aspectos comunes de sus experiencias e identificar así la regularidad y la particularidad de todos los profesionales, aportando una información rica en contenido.

Se planteó la realización de varios grupos de discusión, homogéneos dentro del mismo grupo y heterogéneos en el conjunto de la muestra.

Existen diferentes propuestas para la evaluación de la calidad de una investigación cualitativa. Las primeras fueron desarrolladas por Guba y Lincoln las cuales aún sigue siendo válidas, pero han ido mejorando al surgir nuevas alternativas que amplían algunas peculiaridades o añaden otros conceptos a la clasificación inicial. Algunas de las distintas propuestas son las de Nicholas Mays y Catherine Pope o también las sugeridas por Carlos Calderón. Todas las propuestas pueden utilizar términos distintos, pero los conceptos son muy parecidos en su contenido (123).

Siguiendo los criterios de rigor y calidad de una investigación cualitativa según Carlos Calderón, podemos hablar de (128):

- La adecuación metodológica y teórico-epistemológica, este paradigma cualitativo es el adecuado para poder conocer las experiencias de los profesionales de Enfermería de instituciones penitenciarias y poder dar respuesta a los objetivos propuestos. La perspectiva teórica escogida es la fenomenológica, pretendiendo conocer lo que ocurre a través de la interpretación de las experiencias de los individuos que las han vivido en primera persona. La investigación ofrece detalles del modelo

teórico de adaptación de Callista Roy, en el que Enfermería tiene como objetivo ayudar al paciente a adaptarse a su entorno y promover la salud y el bienestar.

- Relevancia, se trata de una investigación que aporta un conocimiento de la situación vivida en los centros penitenciarios durante la pandemia del VIH desde la visión enfermera, cuyos resultados son de importancia tanto para los profesionales que la vivieron, como para las nuevas generaciones. Han sido ya cuarenta años de una historia muy particular en las prisiones españolas y de la que tenemos muy poca información.
- Validez, el muestreo se realizó de forma intencional y razonada recurriendo a informantes clave de una forma flexible. Se establecieron dos grupos de discusión que fueron conducidos con un mismo guión. A los participantes se les informó adecuadamente con toda la información necesaria para poder contribuir y su colaboración fue grabada en vídeo, para ser transcrita inmediatamente que se terminó la sesión y así no perder información. Se realizó un análisis del contenido temático. La codificación se realizó sobre categorías emergentes, que constituyeron cuatro temas centrales. Se utilizó triangulación de datos a partir de distintas fuentes de datos y de métodos, no así de investigadores, pues al no tratarse de una investigación de un equipo investigador como tal, sino una tesis doctoral, el investigador principal fue el propio doctorando.
- Reflexividad, se realiza un proceso continuo de reflexión durante la investigación, reflejado por un lado en los supuestos que surgen y por otro lado en el marco teórico del que parte el investigador sobre la teoría del modelo de adaptación de Callista Roy. El investigador principal se mantuvo al margen de los posicionamientos de los informantes, simplemente como un mero observador.

2. Discusión sobre los resultados

2.1. Discusión sobre los resultados cuantitativos

Se pretendió conocer cómo la prensa escrita española reflejó la influencia de la pandemia del VIH en las instituciones penitenciarias, porque es un ámbito poco conocido y dónde se vivió de forma bastante intensa, por la cantidad de personas a las que afectó el virus.

Para el análisis cuantitativo se recogieron de los diferentes medios de prensa escrita entre 1981 y 2020, un total de 3421 noticias referidas al VIH, de las cuales un nueve por ciento hicieron alusión a las instituciones penitenciarias.

Se intentó conocer las características de las informaciones publicadas en cuanto a su evolución temporal durante los cuarenta años estudiados, en los distintos medios de prensa escrita analizados; qué día y mes se publicaron más noticias, tratando de discernir si existían diferencias entre unos días y otros o entre distintos meses del año y a que podía ser debido; cuáles fueron las principales secciones de la prensa donde se publicaban las noticias sobre el VIH y prisiones; conocer en qué periodo de la evolución histórica de la infección por el VIH se publicó más; el sentimiento de las noticias publicadas si era positivo, neutro o negativo; la autoría de los firmantes de las mismas; las posibles referencias en las noticias a laboratorios farmacéuticos o revistas científicas; o el contenido de las noticias, desde el análisis de las palabras a través de n-gramas y nubes de palabras.

Noticias publicadas

Tras una búsqueda de noticias durante un periodo de cuarenta años, en relación a la infección del VIH y su relación con las instituciones penitenciarias (noticias útiles), se pone de manifiesto que es un pequeño volumen, si lo consideramos en términos absolutos, no así en términos relativos refiriéndolo al tamaño poblacional de la población reclusa, el cual no es tan grande. Además

teniendo en cuenta que España en 1997, ostentó la mayor tasa de incidencia de SIDA en Europa con 11,7 casos por cien mil habitantes (129). Si lo extrapolamos a los casos de SIDA en adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), ya en 1994 la tasa era de 13,4 casos por cien mil habitantes, siendo esta la principal vía de transmisión en las prisiones españolas, con más de doce mil ADVP con VIH y con una prevalencia de infección del 30,0-31,0% de la población penitenciaria española (130). Es decir, que el nueve por ciento de las noticias sobre VIH/SIDA hacen alusión a un colectivo inferior a cincuenta mil reclusos.

La primera noticia que relaciona el VIH con prisiones en los medios estudiados, aparece a finales de 1984, en el mes de noviembre, haciéndose eco de la aparición de los tres primeros casos de SIDA en la prisión de Moabit, Berlín (131). Era la constatación a nivel europeo de la aparición de esta problemática en las prisiones.

Tendencias temporales en la publicación de noticias

Al analizar las tendencias temporales en la publicación de noticias útiles, el periódico *La Vanguardia*, presentó una tendencia negativa a lo largo del tiempo y además estadísticamente significativa. Ello es debido a que el grueso de noticias se publicó durante los primeros años del periodo estudiado, disminuyendo la publicación de noticias al final del periodo. Este periódico también fue el que menos noticias de VIH referidas a prisiones publicó.

Otro factor que influye en que se presenten tendencias negativas a lo largo del tiempo en la publicación de noticias está relacionado con el aumento del interés al inicio de cualquier fenómeno, que se va perdiendo conforme avanza el proceso, haciéndose eco de ello también la prensa.

La primera noticia publicada en este medio es de agosto de 1985 y destacaba la preocupación de las autoridades catalanas por el aumento de riesgo para el VIH, entre la población reclusa catalana, a raíz de un estudio que se había realizado con reclusos de la prisión Modelo de Barcelona de forma

prospectiva comparando con otra muestra aleatoria de personas que no estaban en prisión, con la finalidad de conocer la situación para poder tomar medidas frente a esta infección (132).

Destacan como años de publicación 1987, 1990, 1998 y 1999. Algunas de las noticias a las que poder hacer referencia en cada uno de los años destacados son (133–137):

En 1987 publicó, que casi la mitad de los presos catalanes eran portadores de la infección por el VIH, intentando reflejar la importancia que podía llegar a producir esta infección.

En 1990, se describieron protestas de internos en reclamación de mejoras sobre medidas higiénicas en las prisiones y atención a los presos infectados por VIH. Pretendían reflejar la situación que se estaba viviendo en los centros penitenciarios.

Se difundió en 1998 la realización del segundo Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria celebrado en Barcelona (primer congreso organizado por la SESP), donde se acentuaba que el 10% de las nuevas infecciones eran resistentes a algunos de los fármacos antirretrovirales de los que se disponía en aquel momento.

En 1999 publicó que las prisiones constituían un punto negro en la lucha frente al SIDA y la denuncia de la SESP, que afirmaba que el 20% de los reclusos eran portadores del VIH, contagiados por el uso compartido de jeringuillas, a menudo en la misma cárcel y que además no tenían el mismo derecho a la asistencia sanitaria pública que una persona en libertad.

Finalizan las noticias referentes a prisiones y VIH en 2002, con la reclamación de algunas ONG para que se faciliten jeringuillas a los reclusos como medida para la prevención del contagio por la vía intravenosa.

El periódico *ABC* fue el medio escrito que más noticias útiles publicó en sus páginas. Presentó también una tendencia temporal negativa, estadísticamente

significativa en sus publicaciones, es decir, que con el paso de los años, cada vez se publicaban menos noticias.

La primera se publicó en 1985 y versó sobre la realización de pruebas serológicas a reclusos del Puerto de Santa María (138). Fueron de las primeras determinaciones que se realizaban a reclusos con las primeras técnicas denominadas ELISA, que era un método indirecto utilizado como prueba de *screening* a partir de la respuesta inmunitaria. Fueron los años 1987 y 1990 los años en los que más se publicó al respecto.

Destacaron algunas noticias conspiranoicas, como el posible origen del virus, que dio muchos titulares, en torno a su creación de forma artificial en un laboratorio estadounidense y su experimentación con presos americanos a cambio de reducciones de condena por infectarse (139).

Las protestas de funcionarios de prisiones por el temor al contagio infundido por los sindicatos de este colectivo, que llevaron a protagonizar encierros de trabajadores de prisiones en distintos centros, como el Hospital General Penitenciario de Carabanchel, o centros penitenciarios como Sevilla, Puerto de Santa María o Almería solicitando que se aislase en centros especiales a los reclusos infectados (7). La crítica de la situación del consumo de drogas en las cárceles, resaltando que la mitad de los presos españoles eran drogadictos (140).

Las reclamaciones de los reclusos con subidas a los tejados en la cárcel Modelo de Barcelona (141). Motines como el de la prisión alicantina de Font Calent (142). La situación de hacinamiento de las cárceles madrileñas (143), en definitiva una crítica continua sobre la situación que se vivía en las cárceles en general.

Merece la pena destacar sobre las noticias, el sentimiento social que fue, primero, de curiosidad morbosa por lo que pasaba en un medio desconocido y que les quedaba a todos como muy lejano y después el desinterés por la suerte de los presos. Todo ello, dio lugar a una cierta hipocresía social, que supone

esa falta de interés popular y el escándalo que originaban los medios ante cualquier atisbo de que un preso no recibía la atención adecuada o las noticias que se escribían en un tono bastante alarmista y catastrófico, que ponían a las prisiones como nidos de SIDA, donde el virus y las drogas campaban a sus anchas y que también sugerían la falta de interés de la administración por intentar solucionar el problema.

Después destacan en menor número de noticias los años 1993, 1995, 1997, 2003, 2005, 2007, 2010, 2014, 2016, 2018 y finaliza en 2019.

Imagen 13: Algunos recortes de prensa del periódico ABC



Fuente: Periódico ABC

El País invirtió la tendencia. Se trató de una tendencia creciente a lo largo del tiempo en cuanto a número de noticias, también de forma estadísticamente significativa, pues no publicó tantas como *ABC*, aunque sí que ha ido manteniendo una continuidad a lo largo de los años estudiados.

Su primera noticia que relaciona VIH y prisión fue en 1985, sobre la necesidad de asegurar los resultados serológicos positivos para el VIH con una segunda prueba, tras un ensayo con presos de una prisión de Madrid, donde se detectó un cincuenta por ciento de positivos entre los que se presentaron de forma voluntaria (144). Uno de los años con más noticias fue 1987 donde se destacó un alto porcentaje de portadores del VIH en prisión, en torno al treinta y cinco por ciento (145). Los procesos de solicitud excarcelaciones por enfermedad terminal (146). Las protestas de funcionarios de prisiones con huelgas de celo (147), o las campañas de prevención incipientes que se hacían extensibles a los centros penitenciarios también (148).

Imagen 14: Algunos recortes de prensa en *El País*



Fuente: Periódico *El País*

En 1993 se celebró en León el primer Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria del que se hizo mención en este periódico (149).

Otro de los años con bastantes publicaciones fue 1999 con la insistencia de introducir programas de intercambio de jeringuillas en las prisiones (150); las excarcelaciones por enfermedad (151); y la cifra de fallecidos por VIH en el periodo 1995-1998 (152).

El Periódico Mediterráneo presentó una tendencia creciente aunque no es significativa desde el punto de vista estadístico.

Su primera noticia es de 1984, noticia ya comentada como la primera en publicarse.

Destacan 1987 y 1990 como los años con más publicaciones realizadas sobre VIH y prisión, destacando en este periodo algunas noticias como la necesidad de potenciar medidas preventivas como la posibilidad de reparto de jeringuillas (153).

El anuncio de un primer programa dirigido a reclusas, para la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH en la prisión de Castellón, por parte de la Consellería de Sanidad (10).

Un posible fallecimiento por SIDA en la misma prisión de Castellón (154).

También se publicó sobre las protestas de las cárceles catalanas, con las subidas a los tejados de la Modelo (155); las protestas de la prisión de mujeres de Wad-Ras en Barcelona (156), o del porcentaje elevado de mujeres seropositivas en la prisión de Valencia (157).

La ciudad de Castellón albergó la realización de las primeras jornadas de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria en 1997, que constituyeron el germen fundacional de esta sociedad (158).

En 2016 se celebró el XI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, del que también se hizo reseña, destacando como se

está originando el envejecimiento de los presos con VIH, pues se consiguió que como enfermedad crónica los pacientes viviesen más que en años anteriores donde como ya se ha comentado, un diagnóstico de infección VIH era casi una sentencia de muerte (159).

Imagen 15: Algunos recortes de prensa en *El Periódico Mediterráneo*



Fuente: *El Periódico Mediterráneo*

1987 fue uno de los años en que todos los medios coinciden en el mayor número de artículos publicados. Fue un año en el que como hitos relacionados con el VIH en general, se pueden mencionar dos: el trece de febrero, como

fecha en la que se solicitó de forma obligatoria la prueba del VIH a todas las donaciones en los bancos de sangre españoles de todas las Comunidades Autónomas (32). También el veinte de marzo de ese mismo año, la FDA americana, aprobó el uso del primer fármaco para el tratamiento de la infección por el VIH, se trató de Zidovudina (Retrovir®) (33).

El otro año con muchas publicaciones en todos los medios fue 1990, que coincidió con la celebración de la sexta Conferencia Internacional sobre SIDA celebrada en San Francisco (California), donde se presentaron los trabajos de Paul Volberding (34), que contribuyeron a ampliar el uso de Zidovudina a los pacientes asintomáticos, que hasta entonces no tenían indicación de uso.

Día de la semana y mes del año con más de publicaciones

En el análisis de comparación entre una distribución observada y una distribución teórica, sobre los días de la semana en los que más noticias se publicaron sobre VIH y prisión, de forma general y con significación estadística, fue el jueves y el que menos el domingo. Estos datos coinciden con los estudios sobre impacto de notas de prensa, que ponen de manifiesto que martes, miércoles y jueves son los días más productivos de la semana a nivel de noticias, mientras que a partir del viernes es más difícil que se publiquen las notas de prensa, ya que al ser el último día laborable, es muy probable que no se realice hasta la siguiente semana, salvo que será algo urgente (160).

En cuanto al mes del año que más noticias fueron publicadas, destaca estadísticamente el mes de diciembre, dato lógico pues a partir del año 1988, tras la declaración del día uno de diciembre como «día mundial del SIDA» por parte de la Asamblea General de la ONU, es una fecha en la que no faltan referencias a la celebración de dicho día y en todos los periódicos se hace mención a esta enfermedad, casi de forma obligatoria. Existen otros estudios que coinciden en esta misma temporización, señalando que se trata de una tendencia mundial a publicar en la semana del uno de diciembre, salvo crestas puntuales derivadas de acontecimientos locales o avances científicos (161,162).

Por periódicos, el único que muestra diferencias estadísticamente significativas en el número de noticias publicadas por mes, es *El Periódico Mediterráneo*, siendo el mes de abril, el que más noticias publicó.

Analizando el contenido de las mismas, la mayoría hacían referencias a la implantación de medidas y campañas preventivas. El mes de abril además tiene una serie de fechas de celebración como son, el día siete de abril «el día mundial de la salud», el veinticinco «día mundial del paludismo» o «la semana mundial de la inmunización» que se celebra entre el veinticuatro y el treinta de abril. Celebraciones que se asocian a la publicación de noticias relacionadas también con enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA.

El otro mes que presenta un alto número de noticias con diferencias estadísticamente significativas es el mes de julio. Se trata de un mes en el que se suelen celebrar prácticamente todos los congresos internacionales sobre VIH/SIDA, lo que origina que se escriba sobre el tema. Entre otros celebrados se pueden citar: Vancouver 1996, Ginebra 1998, Sudáfrica 2000, Barcelona 2002, Bangkok 2004, Toronto 2006, México 2008, Viena 2010, Washington 2012, Durban 2016, Ámsterdam 2018 o San Francisco 2020. Otros autores han llegado a la misma conclusión de que en el mes de julio aparecen más noticias sobre VIH como consecuencia de la realización de estos congresos (161).

Noticias por periodos y análisis de sentimiento de la noticia

Si se realiza un análisis de las noticias publicadas por los periodos establecidos desde el punto de vista de la literatura científica, en cuanto a la evolución del virus a lo largo de los años: periodo del descubrimiento (1979-1985); periodo pre-HAART (1986-1995) y periodo post-HAART (1996-actualidad). Se observa que en el periodo del descubrimiento se producen muy pocas noticias en todos los periódicos con respecto al VIH y prisiones.

La mayoría de noticias, algo más de la mitad de todas las publicadas, se realizaron en el periodo pre-HAART, que supuso un periodo corto de nueve años, dentro de los cuarenta años estudiados. Tanto *La Vanguardia* como

ABC, publicaron mayor número de noticias en este periodo, más que en el resto de periodos, además con diferencias estadísticamente significativas. También *El Periódico Mediterráneo* presentó mayor número de noticias en este periodo, pero sin diferencias significativas como los dos anteriores. Esto puede explicarse desde el concepto de «cronificación del SIDA» que consiste en que cada vez se publican menos noticias, pues se trata de un tema del que se ha escrito más en fases iniciales y posteriormente ha ido disminuyendo el interés. Esa enfermedad mortal del inicio, con el paso del tiempo se ha ido controlando y por tanto perdiendo el interés (162).

Se trató un periodo dónde la prensa en general se comportó con una actitud un tanto alarmista, fundamentalmente ante una enfermedad que en ese momento era mortal, no se disponía de tratamientos efectivos, y adquirirla suponía casi una sentencia de muerte (163).

Las noticias publicadas asociaban el padecimiento de la infección VIH/SIDA con la marginalidad y con determinados grupos de población, como homosexuales, prostitutas y usuarios de drogas intravenosas (163).

En el análisis de sentimiento de las noticias, se aprecia al inicio del periodo pre-HAART entre 1985-1987, un sentimiento negativo acorde a las circunstancias del momento. Las prisiones provinciales que existían eran centros antiguos, con humedades poco salubres, con capacidad limitada, con una asistencia sanitaria bastante precaria y con un aumento importante de población (8).

Las pocas noticias de este periodo eran básicamente una crítica continua de la política penitenciaria, de la situación que se estaba experimentando en todos estos centros en cuanto a hacinamiento, higiene, miedo a contagios, protestas tanto de reclusos como de funcionarios de prisiones. Como ya se ha comentado, este grupo estaba representado mayoritariamente en la población penitenciaria. Periódicos como *La Vanguardia* y *ABC* llenaron páginas sobre estos temas (164,165).

En ese periodo inicial también se debe reseñar que esta infección fue un tema nuevo y preocupante en aquel momento, por la gravedad de la misma. La opinión pública quería saber sobre algo que generaba un cierto miedo y también morbo en torno a las prisiones, por aquello del desconocimiento que se ha tenido siempre sobre la asistencia a los presos.

También al final del periodo pre-HAART entre 1994-1995, pese a la mejora experimentada en cuanto a creación de nuevos centros, reformas en los más viejos, creación de servicios médicos con dedicación exclusiva y otras, aparece un sentimiento negativo de las noticias como consecuencia del aumento de los casos de SIDA y paralelamente el aumento de la mortalidad asociada a esta patología, que constituyó la primera causa de mortalidad entre la población penitenciaria (166).

El periodo post-HAART sin lugar a dudas, el más largo en el tiempo, casi veinticuatro años, originó sólo el cuarenta y seis por ciento del total de las noticias publicadas sobre VIH y prisiones, en el total del tiempo estudiado. El mayor número de noticias en este periodo fueron aportadas por periódico *El País*, con diferencias estadísticamente significativas. A diferencia del resto de periódicos estudiados que publicaron más en el periodo pre-HAART.

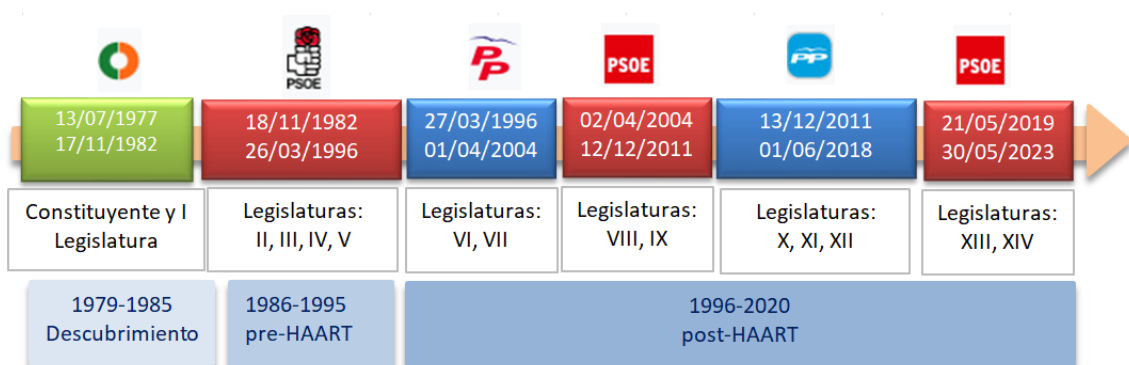
Este periodo post-HAART se caracterizó por importantes mejoras en la atención sanitaria a los reclusos, se inició la implantación de telemedicina con los primeros diagnósticos radiológicos (167); en Cataluña se publicó un reglamento que humanizaría las prisiones dependientes de su comunidad, mejorando las prestaciones asistenciales y farmacéuticas (168); la sanidad penitenciaria fue premiada por la oficina regional de la OMS con los premios europeos a las buenas prácticas de salud, en las prisiones españolas de El Dueso, Pamplona y Alicante (169); se ampliaron las unidades de custodia judicial hospitalaria en los hospitales de la red pública (170); es decir, un rayo de esperanza y por tanto en el análisis de sentimiento, es un periodo con predominio de noticias con sentimiento positivo.

El final del periodo post-HAART acaba con noticias de sentimiento negativo entre otras, por las limitaciones de adquisición de determinados fármacos por parte de los centros penitenciarios en su solicitud a la Dirección General de Sanidad Penitenciaria, exigiendo esta última el requerimiento de visados para su adquisición (171), sin que hubiera un criterio sanitario que lo explicara; el aumento de muertes entre los reclusos por consumo de drogas, pasando a ser la segunda causa de mortalidad en las prisiones españolas (172) o la disminución en el número de médicos en los centros penitenciarios, que empezaban a augurar un futuro incierto para la sanidad de prisiones (173).

Como se ha relatado, en el periodo pre-HAART, los periódicos que han publicado más noticias han sido *ABC*, *La Vanguardia* y *El Periódico Mediterráneo*, manifestando los aspectos negativos sobre la infección VIH/SIDA. Mientras que *El País* publicó más noticias durante periodo post-HAART.

En la siguiente figura se ha pretendido comparar las distintas legislaturas políticas, con los partidos gobernantes, comparando con los distintos periodos de evolución de la pandemia.

Figura 48: Línea temporal distintas legislaturas y periodos de pandemia



Fuente: Elaboración propia

Publicaciones por sección

Las noticias sobre VIH y prisión se escriben principalmente en las secciones de «sociedad» y le sigue en frecuencia la sección de «sucesos».

En el periódico *El País*, también se publica un importante porcentaje de noticias en la sección «política». Ejemplo de ello pudo ser en periodo de campaña electoral previa a los comicios de 2011, con temas sensibles, como por ejemplo la posible concesión de libertad condicional por enfermedad grave a causa del VIH de un preso de la banda terrorista ETA (174) o ya durante el gobierno del partido popular realizando críticas a determinadas políticas penitenciarias llevadas a cabo en cuanto a limitaciones de productos sanitarios para los reclusos (171,175,176).

La tercera sección en porcentaje de noticias publicadas está ocupada por la sección autonómica de Andalucía y hay otras comunidades autónomas como Comunidad Valenciana, Cataluña, Madrid o País Vasco donde también se hacen eco de noticias sobre la infección VIH y prisiones.

Otras secciones son de tipo general como: sanidad, nacional, opinión, España, tribuna, editorial, ciencia, religión, o noticias de última hora. El resto son secciones locales.

Autoría de las noticias

Las noticias van firmadas con nombres propios entre un sesenta y un setenta por ciento en *El País*, *La Vanguardia* y *ABC*, mientras que en *El Periódico Mediterráneo* el porcentaje de nombres propios cae a la mitad, en torno al treinta y tres por ciento, predominando las noticias firmadas por agencias, redacción o incluso anónimas, sin firma. Algún otro estudio similar sobre noticias de SIDA en prensa escrita en la República Dominicana, encuentran un menor número de noticias firmadas con nombre propio, en torno a un treinta y ocho por ciento, aunque con variaciones entre medios: así por ejemplo *El Nacional* presentó cifras entorno al sesenta por ciento y otro como *El Día* sólo un diecinueve por ciento (162).

El que un artículo periodístico vaya firmado por un nombre propio, le otorga mayor credibilidad y si además el autor está reconocido como un especialista en el tema que aborda, aún más. El hecho de que vaya firmado con un nombre propio, es un indicativo de que la información escrita es propia de su autor, responsabilizándose ante cualquier situación frente a denuncias o necesidad de ofrecer rectificaciones.

Cuando la noticia va firmada por la redacción o por agencias, normalmente el contenido responde a informaciones de fuentes oficiales públicas. En este estudio las noticias firmadas por agencia suponen un veinte por ciento del total de noticias, que comparado con el estudio mencionado anteriormente de la República Dominicana, estaba en torno al treinta por ciento (162).

En ocasiones el no firmar un artículo puede obedecer a la necesidad de pasar desapercibido por razones personales que le llevan al autor a ello.

Referencias a revistas científicas y laboratorios farmacéuticos

Las noticias sobre VIH que se publicaron en general, hacen referencia a estudios publicados en determinadas revistas especializadas como aval de la calidad de lo expresado. Aparecen revistas científicas referenciadas en las noticias, tales como: *Revista de la Academia Nacional de Ciencias Americana*, *New England Journal of Medicine (NEJM)*, *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, *Science*, *Nature*, *Lancet*, *AIDS*, *Nature cell*, *Cancer Research*, *Journal of virology*, *Proceedings*, *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, *Annals of Internal Medicine*, entre otras.

También cuando se escribe de forma general a cerca de los distintos productos farmacéuticos que se van autorizando, sobre todo en el periodo post-HAART, suelen hacer referencia a los distintos laboratorios que comercializan estos fármacos o incluso a prototipo de vacunas. Entre otros se citan: *INMUNO AG*, *Bayer*, *Hoechst*, *Genetech Inc.*, *Merck*, *Roche*, *Bristol-Mayer-Squibb*, *Glaxo*, *Boheringer*, *Esteve*, *Gilead*, *Welcome*, *IBSA*, *Janssen*, *Smith-Klane-*

Beecham, MSD, ABBOT, Pfizer, VAXGEN, Novartis, Celgene, ABBVIE, VIH, MYLAN, entre otros.

En relación de las noticias de VIH y prisiones, tan sólo se han encontrado dos noticias que hacen referencia a revistas científicas, *Science* en 1995 publicada en *ABC* (125) y otra en la Revista *The New England Journal of Medicine*, en el año 2005, publicada por *El País* (126).

Respecto al VIH y Prisión que relacione algún laboratorio farmacéutico, solo aparece una referida al laboratorio *Bristol-Mayer-Squibb* como patrocinador de un seminario organizado por el Plan Nacional sobre el SIDA.

Análisis de n-gramas: bigramas y trigramas

El análisis de n-gramas recogió los veinte bigramas más repetidos a lo largo del corpus textual, analizado todas las noticias seleccionadas. Los dos términos conjuntos más repetidos son «instituciones penitenciarias» también aparecen otros términos como «población reclusa» «centros penitenciarios» o «cárceles españolas» lógicamente, señalan el ámbito de la noticia.

En cuarto lugar aparecen los términos «enfermos sida» haciendo alusión a la patología que originaba el virus y referida a los reclusos. También estarían términos como «virus sida» o «inmunodeficiencia adquirida». En los primeros años se escribió mucho, con un gran desconocimiento sobre las diferencias entre infección y enfermedad, apareciendo términos como seropositivos, portadores o enfermos de sida, utilizados de forma indistinta. Llegó incluso a escribirse que varios niños nacieron con la enfermedad (177).

En el puesto decimosegundo aparecen los términos «derechos humanos» como los garantes de procurar lo mejor para los internos y como crítica o protesta por la situación de los centros penitenciarios a través de diversas organizaciones no gubernamentales.

Se mencionan figuras como la de los «funcionarios prisiones» en el puesto trece o el «director general» en el quince. Estas repeticiones son debidas en su

mayoría a todas las reivindicaciones y medidas de presión iniciadas por el colectivo de trabajadores de prisiones que fueron reflejadas por escrito en la prensa del momento y en el otro lado se encuentra el mediador de la administración penitenciaria en todos estos conflictos, que es el director general.

Aparecen también entidades como: «sanidad penitenciaria» referida al colectivo sanitario que trabaja con estos pacientes, en el puesto catorce. «Vigilancia penitenciaria» o «ministerio justicia» que fue el ministerio del que se dependía orgánicamente en aquel momento.

Finalmente las noticias también hacen referencia a la situación terminal de muchos enfermos a través de los términos «fase terminal» mencionando distintas etapas o estadios de la enfermedad, como el estadio IV, correspondiente según la prensa a el grado en el que el mal ha comenzado a manifestarse (2).

También a una de las principales causas del contagio en prisión como «consumo drogas» (140,153) que incluso lleva a constituir una de las principales causas de fallecimiento (172).

Entre los trigramas, los que ocupan los 4 primeros puestos, son las distintas combinaciones de los términos dirección general de instituciones penitenciarias y síndrome de inmunodeficiencia humana, SIDA. Por lo que se hace referencia a esos términos como temas eje de bastantes noticias publicadas.

Después van combinaciones de distintos centros penitenciarios que por orden de repeticiones serían: Puerto de Santa María, prisión Modelo de Barcelona, y centro penitenciario Castellón. Los dos primeros eran centros de una larga trayectoria previa y que protagonizaron frecuentes incidentes noticiables al principio de la pandemia, por protestas de los internos en demanda de mejoras de atención. Además, como ya se ha hecho notar, en el Puerto de Santa María se realizaron las primeras determinaciones diagnósticas

de infección VIH en presos. El tercero por la influencia de un medio de prensa local, que refiere cualquier noticia del tema a su entorno más próximo.

Como cargos aparecen «juez vigilancia penitenciaria» y «jefe servicio médico», personajes con gran influencia en el desarrollo de las libertades condicionales por enfermedad.

Terminan en último lugar «SIDA fase terminal» terminología muy utilizada en publicaciones de noticias sobre las libertades condicionales por enfermedad terminal. Y dos términos más «española sanidad penitenciaria» que se corresponde con noticias de la Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria, la que destacó sobre todo en la etapa post-HAART, teniendo una cierta visibilidad a nivel de medios de prensa manifestando la situación de los pacientes reclusos y profesionales de la sanidad en las cárceles; cierra la lista «Sistema Nacional Salud» (SNS), que aparece por los conciertos de asistencia de estos pacientes firmados con instituciones penitenciarias. Aunque no sea objeto de estas líneas, hay que decir que hay un claro mandato legal, contenido en la Ley 14/1986, general de Sanidad y en la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del sistema nacional de salud, de integración de la sanidad penitenciaria en el SNS. Este mandato no se ha cumplido y el sistema sanitario penitenciario siempre ha funcionado de forma paralela al SNS, que procura asistencia a la población general española.

Análisis de nube de palabras

Sobre el análisis de la nube de palabras, son los términos que más se repiten en las noticias, siendo las que adquieren un mayor tamaño y una posición más central dentro de la nube. Las menos repetidas ocupan menor tamaño y una posición más periférica.

Se ha realizado una nube de palabras para el contenido global de las noticias y varias nubes más por etapas de evolución de la pandemia.

De forma global y referida a todas las noticias útiles, la que destaca es el término «penitenciario» también aparecen términos como «interno», «preso»,

«funcionario», «sanitario», o «médico», en general los protagonistas de las noticias útiles. Estos términos también se repiten en las distintas etapas de la evolución analizadas: descubrimiento, pre-HAART y post-HAART siendo los más repetidos.

Con menos frecuencia en el periodo del descubrimiento aparecen algunos términos interesantes como: «joven», «homosexual», «SIDA», «hemofílico» o «aislado», describen la población a la que afectaba y alguno de los grupos de riesgo como es el caso de los homosexuales y hemofílicos. Así como el concepto de propuesta de aislamiento referido a los infectados, como medida de precaución ante el desconocimiento y el miedo.

Durante el Periodo pre-HAART como términos menos repetidos aparecen algunos relativos a las protestas protagonizadas por algunos reclusos: «tejado», «amotinado»; «las autoridades penitenciarias» o «responsables», que eran los que organizaban el «traslado» a otros centros de los reclusos que originaban las protestas.

También aparecen los términos: «drogadicto» o «droga» como principal vía de contagio relacionado con el VIH y prisiones. También «preservativo» como parte de las campañas de prevención de la transmisión del VIH implementadas en prisiones.

En el periodo post-HAART resulta importante destacar el término «paciente» resaltando el sentido de persona enferma, pero con cierto vínculo de cronicidad. Otros términos «intercambio» referido a los programas de intercambio de jeringuillas como medida de prevención en toxicómanos adictos por vía intravenosa.

También aparecen términos con connotaciones negativas entre los que se pueden destacar: «condenado» «terminal» «afectado» y «toxicómano».

2.2. Discusión sobre los resultados cualitativos

Esta segunda parte de la investigación, pretende ser complementaria con la primera, enriqueciendo la información a partir de técnicas cualitativas como son la realización de grupos de discusión que puedan aportar una visión específica desde la perspectiva de los profesionales que vivieron el periodo de estudio.

Se realizaron dos grupos de discusión con profesionales de ambos sexos y de distintas edades que fueron testigos de la infección VIH en los centros penitenciarios.

Las aportaciones de los informantes a través de los grupos de discusión, han generado una serie de códigos y categorías emergentes, que han permitido agruparlas en cuatro temas principales. Estos son: la visión ofrecida por la prensa sobre la pandemia del VIH y prisión; la visión del trabajo enfermero en las instituciones penitenciarias durante este periodo; la visión sobre los pacientes a los que atendían; finalizando una descripción sobre el papel profesional, el entorno en el que se han desenvuelto estos profesionales a nivel familiar, social y las vivencias experimentadas durante la pandemia del VIH en el ejercicio profesional de la enfermería en los centros penitenciarios.

Respecto al primero de los temas, el de la visión que se tuvo sobre las noticias que se publicaban en prensa acerca de la pandemia del VIH y prisión, los informantes pusieron de manifiesto estar de acuerdo en la escasa cobertura dada en la prensa escrita al fenómeno del VIH en prisión.

Dicho lo anterior en cuanto a la cantidad de noticias, los profesionales penitenciarios de Enfermería manifiestan que inicialmente las noticias eran alarmistas y centradas fundamentalmente en las muertes no esperadas en un segmento de población joven. Incluso se llegó a comparar con otras pandemias de gran repercusión como fue la peste, llegando a acuñar frases como «la peste del siglo XX», en clara alusión a la pandemia de peste negra, que costó la vida a más de doscientos millones de personas durante el siglo XIV.

También era percepción general de los profesionales participantes que las noticias mostraron cierto desinterés por los presos e incluso la utilización de ciertos términos estigmatizadores como «homosexuales» y «drogadictos», en ocasiones utilizados en titulares con tintes despectivos.

Afirman que este tipo de noticias en ocasiones no interesaba que trascendiesen y por tanto la mayoría de las veces no se daban o se daban sesgadas.

Si consideramos la teoría de adaptación de Callista Roy (1978), todas estas noticias pueden constituir una serie de estímulos contextuales para los informantes e incluso, aunque en menor medida, por la limitación en el acceso a la prensa escrita, para los reclusos.

El segundo gran tema versaba sobre la percepción que de su propio trabajo tuvieron los profesionales de Enfermería en los centros penitenciarios durante el periodo de la pandemia del VIH.

En la opinión de los profesionales de Enfermería, la afectación del VIH a las personas privadas de libertad, generó una serie de cambios en la asistencia sanitaria, en cuanto a recursos humanos, materiales, y organizativos para poder llevar a cabo un proceso de adaptación integrado y orientado a conseguir un estado adecuado de salud. Esos cambios pueden ser considerados como estímulos focales, según la teoría de Callista Roy para afrontar la adaptación (1978).

También supuso una serie de procesos de afrontamiento adquiridos en los profesionales de enfermería, en cuanto al desarrollo de ciertas habilidades, destrezas y conocimientos.

Destacan las habilidades de tipo comunicativo para poder influir en la necesidad de que se cumplimentasen adecuadamente los tratamientos. La adquisición de conocimientos fármaco-terapéuticos para conocer y poder enseñar acerca de efectos adversos que tenían muchos de los tratamientos de los que se disponían. La imaginación con la que contaban los profesionales de

Enfermería para facilitar la adherencia a los tratamientos. Para ello se dispuso de formación y del establecimiento de programas preventivos así como de tratamientos, que fueron variando con el paso del tiempo, para conseguir una adecuada adaptación de los pacientes.

Aparecieron una serie de inconvenientes o dificultades que pudieron generar un afrontamiento comprometido, como fue el régimen establecido en los centros penitenciarios, pues su finalidad no es la de la asistencia sanitaria sino la de la custodia, y por tanto hay cuestiones de seguridad que limitan las intervenciones enfermeras, en cuanto a horarios.

También se mencionó la dificultad de administración de determinados fármacos que había que entregar contados para realizar un control sobre los mismos y evitar despilfarros, o la falta de recursos externos que se pudiesen hacer cargo de los reclusos excarcelados por enfermedad grave.

Por lo que respecta a los inconvenientes surgidos referentes a las personas con las que se produce una relación profesional, surgieron dificultades en cuanto a la confidencialidad de la información, pues algunos funcionarios de vigilancia pretendían conocer quien estaba o no afectado por la infección del VIH; algunos jueces que no estaban a favor de las excarcelaciones por enfermedad terminal; los propios pacientes no asumiendo su enfermedad como tal, faltando el asumir el rol de paciente; e incluso algunos profesionales de Enfermería con una actitud profesional de indiferencia, dejadez o desgana.

El tercer tema tiene relación con la percepción sobre los pacientes. Se valoró la infección por el VIH y los informantes de forma general coincidieron en que no se habían establecido diferencias desde la perspectiva de género entre hombres y mujeres, partiendo del concepto de igualdad, en el trato profesional.

Sí que resaltaron que el ser mujer conllevó el problema de los embarazos en el caso de infección por el VIH y la posibilidad de transmisión vertical al feto. Por lo que se realizó dentro del proceso de adaptación de las pacientes infectadas por VIH, mucha prevención dirigida a ellas para evitar riesgos de

transmisión de su infección, se facilitaron medios anticonceptivos e incluso posibilidades de aborto.

Los pacientes recluidos en general manifestaban actitudes reticentes, de inicio, a llevar a cabo los tratamientos. Al principio porque la gente moría; después porque los nuevos fármacos provocaban muchos efectos adversos (estímulos focales según C. Roy). Aquí es donde la intervención enfermera sobre la adherencia y la conveniencia de seguir adecuadamente los tratamientos, condicionaba el proceso adaptativo de los pacientes para llevar a cabo un adecuado tratamiento (178).

En general, eran respetuosos con los profesionales, siempre advirtiéndoles de su situación de seropositividad, ante cualquier práctica asistencial que pudiese poner en riesgo al profesional. Pero también haciendo continuas reivindicaciones sobre los tratamientos, manifestando protestas por el entorno en el que se desenvolvían de hacinamiento y de malas condiciones higiénicas.

Como cuarto y último tema, los informantes relataron su papel profesional, sus vivencias personales, familiares, del entorno y sus vivencias en general acerca del ejercicio de Enfermería en prisiones, constatando el auto-concepto o identidad de grupo y el rol o papel social en la interacción con el ambiente que describe el modelo de adaptación de C. Roy.

El rol asumido por Enfermería ha sido definido por los informantes, desde la mera actuación en la recogida de información sanitaria, pasando por el rol asistencial desde un punto de vista holístico, realizando fundamentalmente prevención, asistencia en consultas de enfermería, seguimiento de los pacientes, educación para la salud, trato directo y acompañamiento en los momentos más delicados.

Respecto al entorno familiar y social, los profesionales de Enfermería describen una percepción asociada al temor o miedo de poder contraer la enfermedad del VIH por accidente involuntario. Se insiste en la necesidad de

actuar siempre con precaución para evitar los ya mencionados accidentes laborales.

También se ha resaltado el aspecto de reserva, limitando las informaciones que sobre su trabajo y sobre los pacientes a los que atendían, daban a familiares y amistades.

En general los profesionales han intentado minimizar esos miedos y temores a posibles contagios, han promocionado la discreción y la profesionalidad a la hora de realizar su trabajo en el día a día con estos pacientes.

Todas las vivencias experimentadas como negativas son referidas fundamentalmente al inicio de la pandemia, debido al desconocimiento que existía en cuanto a las formas de contagio y por la falta de medios para poder hacer frente al virus.

Entre los principales sentimientos o vivencias experimentadas en el ejercicio profesional de enfermería en los centros penitenciarios durante la pandemia del VIH, los informantes han descrito el miedo al contagio ya comentado, sobre todo en los inicios de esta patología, por lo que de desconocido tenía esta infección. Se ha comparado a la reciente pandemia del SARS COV-2 sufrida, en cuanto a que se enfrentaban a algo desconocido y con una elevada mortalidad de inicio. Se han referido sentimientos de impotencia y tristeza, sobre todo al inicio de la pandemia, pues moría una gran cantidad de gente joven y no había forma de detener esa tragedia. Para algunos profesionales llegó a suponer hasta un impacto o golpe emocional que todavía recuerdan con sensación desagradable.

También se ha resaltado por parte de los profesionales de Enfermería la soledad que percibían algunos pacientes, cuando estaban enfermos en situación avanzada y nadie quería hacerse cargo de ellos, ni familia, ni recursos externos a las prisiones y sólo tenían a los profesionales que les atendían.

Para finalizar con las vivencias negativas comentar la preocupación, materializada en aquellos casos que se produjo un accidente laboral con un paciente VIH, y que algún informante ha transmitido con una sensación de incertidumbre, control a control de serologías, inicial, a los tres, seis, nueve y doce meses, esperando una noticia fatal, pero que afortunadamente quedó simplemente en preocupación.

Las vivencias positivas experimentadas han formado parte del proceso de adaptación de los pacientes hacia el proceso de salud.

Los informantes han destacado como muy positiva la esperanza. Este sentimiento perdido en los primeros años de la pandemia por falta de remedios y por la alta morbilidad y mortalidad que causaba el virus, se recuperó con la llegada de los tratamientos HAART. En la actualidad se han convertido en pacientes crónicos, que hoy ya no mueren de la infección VIH/SIDA.

El aprendizaje formó parte también del enriquecimiento de los profesionales y fue utilizado como herramienta para poder hacer frente a la enfermedad para colocar a los pacientes en la mejor posición para relacionarse con el entorno.

El cambio llevado a cabo por los profesionales para poder conseguir la modificación de las conductas de los pacientes mediante la prevención y promoción del estado de salud, junto al desarrollo profesional realizado.

Finalmente los informantes han referido su experiencia profesional durante la pandemia como una experiencia muy gratificante y satisfactoria. Se puede concluir que el papel desarrollado por los profesionales de enfermería en los centros penitenciarios durante la pandemia del VIH, coincide con la definición del concepto de enfermería aportado por el modelo de Callista Roy como «La ciencia y la práctica que amplían la capacidad de adaptación y mejoran la transformación de la persona y del entorno (178)».

3. Conclusiones

De todas las noticias publicadas sobre el virus de la inmunodeficiencia humana en prensa escrita española, un nueve por ciento, relacionan esta infección con las instituciones penitenciarias.

Se trató de un tema que inicialmente aunque pudiese interesar a la opinión pública por aquello que tiene de desconocido o morboso, tal vez no se le dio el protagonismo debido. Los intérpretes de la historia eran grupos marginales, a la que los titulares etiquetaban a veces de forma despectiva como «homosexuales» y «drogadictos». Tal vez también, porque no interesaba que se conociese la situación existente en los centros penitenciarios en aquel momento.

Las percepciones y vivencias de un grupo de enfermeras/os de instituciones penitenciarias sobre cómo se vivió todo el periodo de estudio, aportan una visión complementaria de cómo fue esa situación, todos los cambios que se realizaron para adaptarse a la tragedia que vivían y convertir una enfermedad mortal en sus inicios en una enfermedad crónica en la actualidad.

Las principales conclusiones de la investigación cuantitativa son:

- Las primeras noticias sobre VIH y prisión aparecieron en noviembre de 1984.
- La tendencia temporal en el número de noticias publicadas fue negativa para *La Vanguardia* y *ABC*. Positivas en *El País* y *El Periódico Mediterráneo*, aunque este último sin significación estadística. El día más habitual de publicar noticias fue jueves y el mes, el de diciembre. Los años con más noticias 1987 y 1990.
- Las secciones más habituales para publicar estas noticias fueron la sección de sociedad y la de sucesos.
- La mayoría de las noticias estuvieron firmadas por nombres propios en *El País*, *La Vanguardia* y *ABC*. *El Periódico Mediterráneo* presentó un porcentaje de firmas propias que se redujo a la mitad del

resto de periódicos, recogiendo las noticias sin firma, de distintas agencias o incluso la propia redacción de *El Periódico Mediterráneo*.

- Son mínimas las referencias, en las noticias de VIH relacionadas con prisión, a revistas científicas y a laboratorios farmacéuticos.
- En el periodo pre-HAART se publicó algo más de la mitad de todas las noticias útiles, siendo un periodo tan sólo de nueve años. Publican fundamentalmente *La Vanguardia*, *ABC* y *El Periódico Mediterráneo*, mientras que en el periodo post-HAART se publicó el cuarenta y seis por ciento de las noticias, siendo un periodo de casi veinticuatro años (el más largo). Fue *El País*, el que más publicó en este segundo periodo.
- El sentimiento de las noticias fue negativo al inicio y final del periodo pre-HAART, fundamentalmente en noticias publicadas por *ABC* debido a la situación de alarma social ante una enfermedad mortal de la que no se disponía de tratamiento. En el periodo post-HAART, con la aparición de los nuevos fármacos que retrasaban drásticamente la progresión de la enfermedad, hay mayor número de noticias con sentimiento positivo; al final de este periodo hay un pico de noticias con sentimiento negativo que se corresponden con una visión más pesimista de la evolución y futuro de la sanidad penitenciaria.
- El contenido de las noticias útiles se centró en lo que sucedía en las prisiones con el consumo de drogas, los infectados por el VIH, los enfermos de SIDA terminales, las excarcelaciones, la defensa de los derechos humanos. Destacaron tres centros penitenciarios: Puerto de Santa María, prisión Modelo de Barcelona y centro penitenciario de Castellón (este último por la influencia del periódico local, *El Periódico Mediterráneo*).

Las principales conclusiones de la investigación cualitativa:

- La percepción de los profesionales indicó que la prensa no hizo mucho eco de las noticias sobre el VIH en prisión. De inicio las noticias fueron alarmistas, para pasar a no tener interés, reflejar

alguna protesta, pero en general ser noticias sesgadas y que no reflejaban la verdadera realidad.

- Se produjeron cambios estructurales muy importantes en la organización de la asistencia sanitaria en prisiones aportando recursos materiales, humanos y organizativos desde la institución para poder hacer frente a la pandemia.
- Los profesionales fueron formados, por lo menos en el inicio. Se establecieron programas de prevención y promoción de la salud; también, con algo de retraso en el tiempo, se dispuso de tratamientos adecuados en las mismas condiciones de equidad que para la población general.
- Las principales dificultades fueron para proveer de una asistencia holística a los pacientes infectados por el VIH. En ello tuvo bastante que ver el régimen de los establecimientos en cuanto a normas de seguridad; del personal que quería saber quiénes eran seropositivos frente al VIH; incluso por la actitud de dejadez de algunos profesionales de Enfermería.
- Aunque *a priori*, la opinión de los profesionales fue de que no hubo diferencias de género en cuanto a la asistencia a pacientes de VIH y que se trató por igual a hombres y mujeres, sí que se observó una cierta discriminación positiva hacia las mujeres, por el tema de la posible transmisión vertical, por ello se realizó bastante prevención y se facilitó la anticoncepción.
- Inicialmente muchos pacientes fueron reticentes a los tratamientos antirretrovirales, posteriormente costaría conseguir una adecuada adherencia, pero se consiguió. Fueron respetuosos y agradecidos con la asistencia.
- El rol asumido por los profesionales pasó desde la recogida de información a un rol asistencial, de prevención, seguimiento, apoyo y acompañamiento.

- En el entorno familiar y social de los profesionales, se percibió temor y miedo a los contagios, se insistió en la precaución y profesionalidad para evitarlos y discreción sobre el trabajo que realizaban.
- Experimentaron unas vivencias negativas, al principio con los primeros casos, como miedo, impacto, impotencia, tristeza por las muertes que se originaban entre los jóvenes, sin poder realizar nada para evitarlo y también percibieron la soledad en la que estaban sumidos muchos enfermos que no tenían a nadie que les pudiese acoger.
- Con una visión general de todo el periodo experimentaron también vivencias positivas como: la esperanza de un final distinto a la muerte, el aprendizaje, desarrollo profesional y un sentimiento de haber vivido una experiencia gratificante.

4. Limitaciones de la investigación

El cómo se recoge la infección VIH/SIDA en la prensa escrita española ha sido escasamente investigado, aunque hay algún trabajo en esta línea. De lo que no hay trabajos publicados es de cómo se recoge en los medios escritos, la infección en el segmento poblacional de las personas privadas de libertad. Esta circunstancia, en sí misma, ha sido un factor limitante de esta investigación, ya que no se ha podido comparar datos con otros trabajos publicados previamente al respecto.

Puede parecer que el número de noticias útiles es pequeño en números absolutos, pero estadísticamente es un número suficiente para sacar conclusiones. Además, si se tiene en cuenta el tamaño de la población de quién se habla, en relación con la población general española, es una muestra más que suficiente numéricamente hablando.

Una limitación de orden temporal es la fecha adoptada para finalizar la recogida de datos, el año 2020 fecha de inicio de este proyecto. Tres años después los datos y resultados han podido sufrir alguna modificación, pero los datos de tendencia de publicación de noticias que se muestran en esta investigación hacen esta limitación poco menos que infundada.

Hubiera sido interesante recabar las opiniones de los editores de los medios seleccionados para el estudio, con el fin de saber qué criterios editoriales seguía cada publicación a la hora de decidir insertar en sus contenidos, o no, una noticia que hablara sobre SIDA en prisión.

5. Líneas futuras de investigación

Esta investigación realizada en prensa escrita española puede considerarse la base para el inicio de futuras líneas de investigación sobre esta temática, ampliando el campo de información a los medios de difusión digital, incluso la posible inclusión de prensa extranjera con la que poder comparar cómo ha influido esta pandemia en población penitenciaria de otros países.

Otra línea de investigación interesante hubiera sido el poder contar con las experiencias de otros testigos de excepción, como son los pacientes infectados por VIH a los que se atiende en los centros penitenciarios, los cuales podían manifestar vivencias, también enriquecedoras desde su propia visión, respecto a las experiencias personales, las necesidades o los requerimientos que precisaron para realizar un adecuado tratamiento en centros penitenciarios.

Quedaría para finalizar otra línea de investigación que incluyese a los/as funcionarios/as de vigilancia de los centros penitenciarios que trabajaron durante la pandemia del VIH y con ello se completarían las experiencias personales, desde la visión de todos los protagonistas de esta pandemia vivida en las prisiones españolas.

BIBLIOGRAFÍA



Bibliografía

1. El SIDA en las cárceles. La Vanguardia. 1987 Abr 24;2.
2. De la Orden P. Alta tensión en las cárceles españolas por la propagación del SIDA entre los reclusos. ABC. 1987 Abr 29;1.
3. Hermida X. Dos de los amotinados de la cárcel de Pontevedra padecen SIDA en estado terminal. El Periódico Mediterráneo. 1990 Feb 18;1.
4. Agencia EFE. Los amotinados en Herrera de la Mancha exigen mejorar sus condiciones. El Periódico Mediterráneo. 1991 Jul 11;1.
5. Ybarra A. La deplorable situación de las cárceles andaluzas amplía el conflicto de los funcionarios. ABC. 1987 Abr 22;1.
6. Continua el encierro de funcionarios de prisiones en protesta por el SIDA. ABC. 1987 Abr 22;1.
7. Funcionarios de prisiones piden cárceles especiales para los enfermos de SIDA. El País. 1987 Abr 21;1.
8. Gámir Meade R. Los facultativos de sanidad penitenciaria. Madrid: Editorial Dykinson; 1995.
9. Suarez M. Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH [Internet]. Del AZT a TARGA: una breve historia del VIH y sus tratamientos. 2018 [citado 1 Ene 2021]. Disponible en: <http://gtt-vih.org/book/print/1363>
10. Fernández I. Las reclusas de Castellón tendrán un programa de prevención del SIDA. El Periódico Mediterráneo. 1988 Oct 4;1.
11. Centers for Disease Control (CDC). Pneumocystis pneumonia--Los Angeles. Morb Mortal Wkly Rep. 1981 Jun 5;30(21):250-2.
12. Huminer D, Rosenfeld JB, Pitlik SD. AIDS in the pre-AIDS era. Rev Infect Dis. 1987;9(6):1102-8.
13. Friedman-Kien AE. Disseminated Kaposi's sarcoma syndrome in young homosexual men. J Am Acad Dermatol. 1981;5(4):468-71.
14. Mora Morillas I. Sarcoma de Kaposi. An Med Interna. 2003 Abr 1;20(4):167-9.
15. Siegal FP, Lopez C, Hammer GS, Brown AE, Kornfeld SJ, Gold J, et al. Severe acquired immunodeficiency in male homosexuals, manifested by chronic perianal ulcerative herpes simplex lesions. N Engl J Med. 1981 Dec 10;305(24):1439-44.

16. Gottlieb MS, Schroff R, Schanker HM, Weisman JD, Fan PT, Wolf RA, et al. Pneumocystis carinii Pneumonia and Mucosal Candidiasis in Previously Healthy Homosexual Men: Evidence of a New Acquired Cellular Immunodeficiency. *N Engl J Med*. 1981 Dec 10;305(24):1425–31.
17. Masur H, Michelis MA, Greene JB, Onorato I, Vande Stouwe RA, Holzman RS, et al. An Outbreak of Community-Acquired Pneumocystis carinii Pneumonia: Initial Manifestation of Cellular Immune Dysfunction. *N Engl J Med*. 1981 Dec 10;305(24):1431–8.
18. Vilaseca J, Arnau JM, Bacardi R, Mieras C, Serrano A, Navarro C. Kaposi's sarcoma and toxoplasma gondii brain abscess in a spanish homoesual. *Lancet*. 1982 Mar 6;319(8271):572.
19. Richard Hunt. University of South Carolina School of Medicine. Microbiología e inmunología On-Line [Internet]. 2016 [citado 29 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.microbiologybook.org/lecture/hiv2.htm>
20. Pérez-Pérez V. Aspectos generales de la infección (Unidad I). En: La infección por el VIH (I Curso dirigido a enfermeros/as que realizan su labor profesional en centros penitenciarios). Madrid: Ediciones Doyma, SA; 1999.
21. Barré-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* (80-). 1983;220(4599):868–71.
22. Gallo RC, Sarin PS, Gelmann EP, Robert-Guroff M, Richardson E, Kalyanaraman VS, et al. Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science* (80-). 1983;220(4599):865–7.
23. Coffin J, Haase A, Levy JA, Montagnier L, Oroszlan S, Teich N, et al. Human immunodeficiency viruses [1]. *Science* (80-). 1986;232(4751):697.
24. Martín Hernández R. El cuerpo enfermo: arte y VIH/SIDA en España [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010.
25. Fundación Princesa de Asturias. Galardonados con los premios príncipe de Asturias 2000 [Internet]. 2000 [citado 14 Feb 2022]. p. 2. Disponible en: <https://www.fpa.es/es/cargarAplicacionPremiado.do?anio=2000>
26. Apezteguia F. Los Nobel premian la lucha contra el SIDA y el cáncer. *El Comercio* [Internet]. 2008 Oct 7; Disponible en: <https://www.elcomercio.es/gijon/20081007/sociedad/nobel-premian-lucha-contra-20081007.html>

27. Petricciani JC. Licensed tests for antibody to human T-lymphotropic virus type III. Sensitivity and specificity. *Ann Intern Med.* 1985;103(5):726–9.
28. Instituto Nacional de Estadística. Evolución de la mortalidad durante el decenio de los ochenta [Internet]. Madrid; [citado 1 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.ine.es/daco/daco42/mortalidad/rnacional.pdf>
29. WHO. WHO/CDC case definition for AIDS. *Wkly Epidem Rec.* 1986;61:69–76.
30. Centers for Disease Control (CDC). Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. Council of State and Territorial Epidemiologists; AIDS Program, Center for Infectious Diseases. *Morb Mortal Wkly report, Suppl* [Internet]. 1987 Aug 14 [cited 2020 Sep 26];36(1):1S-15S. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3039334>
31. WHO. 1987 revision of CDC/WHO case definition for AIDS. *Wkly Epidemiol Rec.* 1988;63:1–8.
32. Boletín Oficial del Estado. nº 44. De 20 de febrero de 1987. Orden de 18 de febrero de 1987 sobre pruebas de detección anti VIH en las donaciones de sangre [Internet]. España; 1987 p. 5106–7. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1987/02/20/pdfs/A05106-05107.pdf>
33. National Institutes of Health. HIVInfo.NIH.Gov [Internet]. Medicamentos contra el VIH autorizados por la FDA. 2020 [citado 1 Ene 2021]. Disponible en: <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/medicamentos-contra-el-vih-autorizados-por-la-fda>
34. Volberding PA, Lagakos SW, Koch MA, Booth DK, Pettinelli C, Myers MW, et al. Zidovudine in Asymptomatic Human Immunodeficiency Virus Infection: A Controlled Trial in Persons with Fewer Than 500 CD4-Positive Cells per Cubic Millimeter. *N Engl J Med.* 1990 Apr 5;322(14):941–9.
35. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1992;41:1–20.
36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Zidovudine for the prevention of HIV transmission from mother to infant. *Morb Mortal Wkly Rep.* 1994 Apr 29;43(16):285–7.
37. WHO. Cumbre de París sobre el SIDA [Internet]. 1994 [citado 1 Ene 2021]. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/192856/EB95_60_spa.pdf

38. Franquet X, Hernández J. Grupo de trabajo sobre tratamientos del VIH [Internet]. Breve historia del tratamiento VIH (1). 2018. Disponible en: <http://gtt-vih.org/book/print/6815>
39. Ministerio de Asuntos Exteriores Unión Europea. ONUSIDA [Internet]. Programa Conjunto de Naciones sobre VIH/SIDA. 2020 [citado 1 Ene 2021]. Disponible en: [http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/Otros Organismos y Fondos/ONUSIDA.aspx](http://www.exteriores.gob.es/RepresentacionesPermanentes/OficinadelasNacionesUnidas/es/quees2/Paginas/OtrosOrganismosyFondos/ONUSIDA.aspx)
40. Chavez V. La historia del VIH, en una línea del tiempo: 18 hitos que marcaron la evolución de la enfermedad. INFOBAE [Internet]. 2019 Mar; Disponible en: <https://www.infobae.com/salud/2019/03/09/la-historia-del-vih-en-una-linea-de-tiempo-18-hitos-que-marcaron-la-evolucion-de-la-enfermedad/>
41. Gupta RK, Peppas D, Hill AL, Gálvez C, Salgado M, Pace M, et al. Evidence for HIV-1 cure after CCR5Δ32/Δ32 allogeneic haemopoietic stem-cell transplantation 30 months post analytical treatment interruption: a case report. *Lancet HIV*. 2020 May 1;7(5):e340–7.
42. Cahn P, Andrade-Villanueva J, Arribas JR, Gatell JM, Lama JR, Norton M, et al. Dual therapy with lopinavir and ritonavir plus lamivudine versus triple therapy with lopinavir and ritonavir plus two nucleoside reverse transcriptase inhibitors in antiretroviral-therapy-naïve adults with HIV-1 infection: 48 week results of the randomise. *Lancet Infect Dis*. 2014;14(7):572–80.
43. Llibre JM, Clotet B. Once-daily single-tablet regimens: a long and winding road to excellence in antiretroviral treatment. *AIDS Rev*. 2012;3(14):168–78.
44. Alcamí J, Joseph Munné J, Ángeles Muñoz-Fernández M, Esteban M. Situación actual en el desarrollo de una vacuna preventiva frente al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005 Jul;23:5–14.
45. Santana A, Domínguez C, Lemes A, Molero T, Salido E. Biología celular y molecular del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). *Rev Diag Biol*. 2003;52(3):7–18.
46. Bbosa N, Kaleebu P, Ssemwanga D. HIV subtype diversity worldwide. *Curr Opin HIV AIDS*. 2019;14(3):153–60.
47. Gatell JM, Clotet B, Podzamczak D, Miró JM, Mallolas J. Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento. 8ª. Barcelona: Masson S.A.; 2004.

48. García-Guerrero J, Vera-Remartínez EJ. Influencia de la tuberculosis en los casos de SIDA detectados en un centro penitenciario. *Rev Esp Sanid Penit.* 1998;1(1):21–4.
49. Palella FJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining Morbidity and Mortality among Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection. *N Engl J Med.* 1998 Mar 26;338(13):853–60.
50. ONUSIDA. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. [citado 27 Mar 2022]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
51. Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia Epidemiológica del VIH y sida en España 2020: Sistema de Información sobre Nuevos Diagnósticos de VIH y Registro Nacional de Casos de Sida [Internet]. Plan Nacional sobre el Sida-DG de Salud Pública-Centro Nacional de Epidemiología - ISCIII. Madrid; 2021 [citado 21 Oct 2022]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/Informe_VIH_SIDA_WEB.pdf
52. Dirección General de Salud Pública. Mortalidad por VIH y SIDA en España año 2020. Evolución 1981-2020 [Internet]. Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/Plan Nacional sobre el Sida. Madrid; 2020 [citado 30 Oct 2020]. Disponible en: https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/VIH/Informes_mortalidadanteriores/MortalidadporVIH_2020.pdf
53. Conselleria de Sanitat Generalitat Valenciana. Explotación estadística del registro de casos de SIDA - Generalitat Valenciana [Internet]. [citado 31 Oct 2020]. Disponible en: <http://www.pegv.gva.es/es/temas/sociedad/salud/explotacionestadistica/elregistrodecasosdesida>
54. Consejo General de Enfermería. Marco de competencias de la Enfermera/o en el ámbito de los cuidados en Instituciones Penitenciarias. Madrid: Instituto Español de Investigación Enfermera y Consejo General de Enfermería; 2020. 120 p.
55. Boletín Oficial del Estado. nº 43. De 20 de febrero de 1984. Real Decreto 3482/1983 de 28 de diciembre sobre traspasos de servicios del Estado a la Generalitat de Cataluña en materia de administración penitenciaria. [Internet]. 1984 p. 4521 a 4535. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1983/12/28/3482/dof/spa/pdf>

56. Boletín Oficial del Estado. nº 155. De 24 de junio de 2011. Real Decreto 894/2011 por el que se traspasan funciones y servicios de la Administración del Estado al País Vasco en materia de sanidad penitenciaria. [Internet]. 2011 p. 69584–94. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2011/06/24/894/dof/spa/pdf>
57. Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Prevalencias de las infecciones por VIH y VHC en Instituciones Penitenciarias. Madrid; 2021.
58. Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Informe General 2020 [Internet]. Madrid; 2020 [citado 1 Nov 2022]. Disponible en: https://www.interior.gob.es/opencms/pdf/archivos-y-documentacion/documentacion-y-publicaciones/publicaciones-descargables/instituciones-penitenciarias/informe-general/Informe_general_IIPP_2020_12615039X.pdf
59. Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Casos de SIDA en Instituciones Penitenciarias 2013-2014. Madrid; 2016.
60. Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Mortalidad en Instituciones Penitenciarias 2020. Madrid; 2020.
61. Lucas S, Nelson AM. HIV and the spectrum of human disease. *J Pathol.* 2015 Jan 1;235(2):229–41.
62. WHO. VIH/sida [Internet]. [citado 5 Nov 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
63. García F, Álvarez M, Bernal C, Chueca N, Guillot V. Diagnóstico de laboratorio de la infección por el VIH, del tropismo viral y de las resistencias a los antirretrovirales. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011 Apr;29(4):297–307.
64. Abrao Ferreira P, Gabriel R, Furlan T, De Camargo Soares A, Myazaky M, Bordim J, et al. Anti-HIV-1/2 Antibody Detection by Dot-ELISA in Oral Fluid of HIV Positive/AIDS Patients and Voluntary Blood Donors. *Braz J Infect Dis.* 1999;3(4):134–8.
65. Webber LM, Swanevelder C, Grabow WOK, Fourie PB. Evaluation of a rapid test for HIV antibodies in saliva and blood. *South African Med J.* 2000;90(10 I):1004–7.
66. Berrocal Valencia E, Ruíz-Rivas Hernando JL. Tratamiento de la infección por VIH/SIDA (Unidad II). En: *La infección por el VIH (I Curso dirigido a enfermeros/as que realizan su labor profesional en centros penitenciarios)*. Madrid: Ediciones Doyma SA; 1999.

67. Polo-Rodríguez L, Lozano F, González de Casto P, (Coordinadores). Documento de Consenso sobre profilaxis postexposición ocupacional y no ocupacional en relación con el VIH, VHB y VHC en adultos y niños. [Internet]. 2015. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/publicaciones/profSanitarios/PPE_23Marzo2015.pdf
68. Plan Nacional sobre el SIDA, Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Documento de consenso. Profilaxis Preexposición al VIH en España [Internet]. Madrid; 2018 [citado 6 Dic 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/PROFILAXIS_PREEXPOSICION_VIH.pdf
69. Uña Juárez A, González Álvaro E, Avendaño Merín I. Cuidados de enfermería (Unidad III). En: La infección por el VIH (I Curso dirigido a enfermeros/as que realizan su labor profesional en centros penitenciarios). Madrid: Ediciones Doyma SA; 1999.
70. Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria. Cuadernos de Enfermería Familiar y Comunitaria. Madrid: SEMAP (Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria); 2015. 84 p.
71. García de San José S, Cucarella Galiana M. Medidas preventivas. Las precauciones universales (Unidad IV). En: La infección por el VIH (I Curso dirigido a enfermeros/as que realizan su labor profesional en centros penitenciarios). Madrid: Ediciones Doyma SA; 1999. p. 28.
72. Calleja Hernández A. NTP 700: Precauciones para el control de las infecciones en centros sanitarios [Internet]. [citado 26 Nov 2020]. Disponible: https://www.insst.es/documents/94886/326775/ntp_700.pdf/fbc6db4c-1e8e-4b0f-bbcc-1c953b4da232
73. Júdez Gutiérrez J. El VIH/SIDA testigo y paradigma de la bioética. En: Jornadas de actualización en el tratamiento del paciente con VIH . Madrid: GlaxoSmithKline S.A.; 2005. p. 7–14.
74. Barbero Gutiérrez J. Bioética, comportamiento y SIDA. Rev Psicol Gral y Aplic. 1994;47(2):231–9.
75. Gracia-Guillen D. Ética del SIDA. In: Jornadas de actualización en el tratamiento del paciente con VIH . Madrid: GlaxoSmithKline S.A.; 2005. p. 59–77.
76. Martín Sánchez M. Programa de prevención y control de enfermedades transmisibles en Instituciones Penitenciarias (Monográfico de Sanidad Penitenciaria). Rev Estud Penit. 1990;Extra(1):51–67.

77. Martín V, Bayas JM, Laliga A, Pumarola T, Vidal J, Jimenez de Anta MT, et al. Seroepidemiology of HIV-1 infection in a Catalanian penitentiary. *AIDS*. 1990;4(10):1023–6.
78. Comas Arnau D. Las drogas en la sociedad española. En: *España, sociedad y política*. Espasa Calpe; 1990. p. 633–56.
79. Usó Arnal JC. *Drogas y cultura de masas: España (1855-1955)*. Barcelona: Taurus; 1996. 440 p.
80. Gamella JF. *La peña de La Vaguada: análisis etnográfico de un proceso de marginación juvenil*. Universidad Autónoma de Madrid; 1989.
81. Gamella JF. *La historia de Julián: Memorias de heroína y delincuencia*. 2ª. Madrid: Ed. Popular; 1996. 300 p.
82. Boletín Oficial del Estado. nº 75. De 15 de marzo de 1956. Decreto de 2 de febrero de 1956 por el que se aprueba el Reglamento de Servicios de Prisiones. 1956 p. 1778 a 1817.
83. Bueno Arús F. Las prisiones españolas desde la Guerra Civil a nuestros días. Evolución, situación actual y reformas necesarias. *Historia* 16. 1978;Extra VII:122–3.
84. Boletín Oficial del Estado. nº 239. De 5 de octubre de 1979. Ley Orgánica General Penitenciaria 1/1979 de 25 de septiembre. 1979 p. 23180–6.
85. Boletín Oficial del Estado. nº 149. De 23 de junio de 1981. Real Decreto 1201/1981 de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento Penitenciario. 1981 p. 14357–60.
86. Boletín Oficial del Estado. nº 102. De 29 de abril de 1986. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. 1986 p. 15207–24.
87. Defensor del Pueblo. Informes, estudios y documentos. Situación penitenciaria en España [Internet]. Madrid; 1988 [citado 10 Dic 2020]. Disponible en: <https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2015/05/1987-01-Situación-penitenciaria-en-España1.pdf>
88. Martín V, Garrote G, Marco A. Población reclusa en España. *JANO*. 1996;50:996–1001.
89. Marco A. Del AZT al concepto de erradicación. En: *SIDA e Instituciones Penitenciarias*. Madrid: Fundación Welcome España; 1998.
90. Cia B. Un informe de la cárcel Modelo reconoce haber detectado 35 casos de SIDA. *El País* [Internet]. 1988 May 14; Disponible en: https://elpais.com/diario/1988/05/14/sociedad/579564010_850215.html

91. Ministerio de Justicia. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Situación socio-sanitaria de la población en los centros penitenciarios. Madrid; 1989.
92. Ministerio de Justicia. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Memoria del año 1990 (documento interno). Madrid; 1990.
93. Marco A, Guerrero-Moreno RA, Sanrama C, Humet V, Ballester J. Ocho años de registro de SIDA en las Instituciones Penitenciarias Catalanas. En: Libro de Ponencias y Comunicaciones del I Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria 18-20 noviembre. León: Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria; 1993.
94. Marco A, Saíz de la Hoya P, García-Guerrero J, Grupo PREVALHEP. Estudio multicéntrico de la prevalencia de infección por VIH y factores asociados en las cárceles españolas. Rev Esp Sanid Penit. 2012;14(1):19–27.
95. WHO. Declaración de la reunión consultiva sobre prevención y lucha del SIDA en las cárceles. [Internet]. Ginebra; 1987 [citado 10 Dic 2020]. Disponible:
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/61834/WHO_SPA_INF_87.14_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
96. Parliamentary Assemblay. Co-ordinated European health policy to prevent the spread of AIDS in prisons (Recommendation 1080) [Internet]. Recommendation. Estrasburgo; 1988 [cited 2020 Dec 10]. Available from:
[https://pace.coe.int/pdf/3baeb280860984001cb9407fdbb685996edf65773326667a8259ffe25682ae848428feba12/recommendation 1080.pdf](https://pace.coe.int/pdf/3baeb280860984001cb9407fdbb685996edf65773326667a8259ffe25682ae848428feba12/recommendation%201080.pdf)
97. Consejo de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo y de los ministros de sanidad de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, de 22 de diciembre de 1989, relativa a la lucha contra el SIDA. Diario Oficial nº C 010 1990 p. 0003–6.
98. Consejo de las Comunidades Europeas. Resolución del Consejo y de los ministros de sanidad de los Estados Miembros, reunidos en el seno del Consejo, 4 de junio de 1991, por el que se aprueba un Plan de acción 1991-1993 en el marco del Programa “Europa contra el SIDA”. Diario Oficial nº L 175 1991 p. 26–7.
99. Boletín Oficial del Estado. nº 38. De 14 de febrero de 1989. Real Decreto 148/1989 por el que se modifica parcialmente la estructura orgánica básica del Ministerio de Justicia. [Internet]. 1989 p. 4369–70. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1989/02/14/pdfs/A04369-04370.pdf>

100. Gobierno de España. La Moncloa [Internet]. Referencia del Consejo de Ministros de 18 de enero. 2019. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeminstros/referencias/Paginas/2019/refc20190118.aspx>
101. Andrés-Laso A. La ley orgánica 1/1979 de 26 de septiembre, general penitenciaria: orígenes, evolución y futuro. [Tesis Doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2015.
102. Ministerio del Interior. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Centros penitenciarios de régimen ordinario [Internet]. 2019. Disponible: <https://www.institucionpenitenciaria.es/es/establecimientos-penitenciarios/centros-penitenciarios-de-regimen-ordinario#Centro tipo>
103. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Instrucción 16/2007 sobre Adquisición, dispensación y custodia de productos farmacéuticos. I-16/2007 España; 2007 p. 4.
104. Dirección General de Instituciones Penitenciarias. Instrucción 10/2001 sobre lotes higiénicos. I-10/2001 España; 2001 p. 2.
105. Boletín Oficial del Estado. nº 20. De 23 de enero de 1990. Real Decreto 75/1990 de 19 de enero sobre regulación de medicamentos opiáceos en personas dependientes [Internet]. 1990 p. 2101–3. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1990/01/23/pdfs/A02101-02103.pdf>
106. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social. El programa de intercambio de jeringuillas de la prisión de Basauri (Vizcaya) 1997-99. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/prevencion/progInterJeringuillas/PIJPrisiones/pijEvaluacion.htm#historia>
107. Barrios Flores L.F. Origen y modelos de Programa de Intercambio de Jeringuillas (PIJ) en prisión. *Rev Esp Sanid Penit.* 2003;5(1):21–9.
108. Sobrón-Gutiérrez JM, García-Guerrero J, Gallego-Castelví C. Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria. Su historia, su trayectoria, su actualidad. 1ª Ed. Sociedad española Sanidad Penitenciaria, editor. Barcelona; 2016. 139 p.
109. Boletín Oficial del Estado. nº 128 de 29 de mayo de 2003. Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. 2003 p. 20567–88.
110. OMS. VIH/sida [Internet]. 2020 [citado 4 Ene 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
111. Fernández Costa S, Juárez Martínez O, Díez David E. Prevención del SIDA en la escuela secundaria: resumen y evaluación del programa. *Rev Esp Salud Pública.* 1999;73(6):687–96.

112. Erik Scholz [VisualPolitik]. ¿Qué políticas están exterminando la pandemia del VIH? [Internet]. Youtube; 2020. Disponible en: https://youtu.be/GdXPp5g_mKo
113. ONUSIDA. Comunicado de prensa. El informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA muestra que los objetivos de 2020 no se cumplirán; COVID-19 arriesga desviar los avances en VIH fuera de curso [Internet]. 2020 [citado 1 Abr 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/july/20200706_global-aids-report
114. Gallizo Llamas M, Martínez Olmos J. La experiencia española: una aproximación global al VIH y al VHC en prisiones. *Rev Esp Sanid Penit.* 2010 Feb;12(3).
115. Paredes i Carbonell JJ, Colomer Revuelta C. HIV/AIDS prevention in prisons: experience of participatory planning. *Gac Sanit.* 2001 Jan 1;15(1):41–7.
116. Hernández Ramos P. Consideración teórica sobre la prensa como fuente historiográfica. *Hist común soc.* 2017;2(22):465–77.
117. Orús A. Medios de comunicación y marketing. Mercado editorial. Número de lectores de los principales periódicos españoles en 2021 [Internet]. 2022 [citado 11 Ago 2022]. Disponible en: <https://es.statista.com/estadisticas/476795/periodicos-diarios-mas-leidos-en-espana/>
118. Doménech JM. Fundamentos de diseño y estadística. Ud. 6 estimación de parámetros: Intervalos de confianza y tamaño de las muestras. Barcelona: Signo; 2003.
119. Aguilera Manrique G, Andreu Pejó L, Campos Rios A, Cardona Mena D, Caro Cabello A, Cervera Gasch A, et al. Metodología de la investigación: de lector a divulgador. 1ª Ed. Román López P, Rodríguez Arrastia MJ, Ropero Padilla C, editores. Metodología de la investigación. Almería: Edeal-Editorial Universidad de Almería; 2021. 359 p.
120. Manuel J, González T. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. 1ª Ed. Técnicas de investigación cualitativa en los ámbitos sanitario y sociosanitario. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2021. 180 p.
121. Escobar J, Bonilla Jimenez I. Grupos Focales : Una Guía Conceptual y Metodológica. *Cuad Hispanoam Psicol.* 2009;9(1):51–67.
122. Polit D, Beck C. Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice. 11ª Ed. Philadelphia: Wolters Kuwer; 2021. 839 p.

123. Berenguera A, Fernández de Sanmaded Santos M, Pons Vigés M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1ª. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014. 224 p.
124. Agencia EFE. Neumonía homosexual. El Periódico Mediterráneo. 1981 Jun 6;1.
125. S.C. Sida: el virus será endémico en EE.UU. si persiste la alta infección en jóvenes. ABC. 1995 Nov 25;1.
126. Girona C. La mala salud carcelaria. El País. 2005 Jun 21;1.
127. Leavy P. Research design: Quantitative, qualitative, mixed methods, arts-based, and community-based participatory research approaches. 1ª. New York: Guilford Press; 2017.
128. Calderon C. Evaluación de la calidad de la investigación cualitativa en salud: criterios, proceso y redacción. Forum Qual Soc Res [Internet]. 2009;10(2). Disponible en: <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1294/2766>
129. Belza M, Del Amo J, Parras F. Situación del SIDA y de la infección por el VIH en España [Internet]. Madrid; 1999. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/ccs/revisionestematicas/serologia/epivih.pdf>
130. Caylà JA. Infección por VIH y SIDA en las prisiones españolas ¿un reto insuperable para la salud pública? Gac Sanit. 1996;10(54):101–3.
131. Tres reclusos de Berlín enfermos de SIDA. El Periódico Mediterráneo. 1984 Nov 15;1.
132. Marchena D. Un estudio oficial revela el alto riesgo de los presos de la Modelo ante el SIDA. La Vanguardia. 1985 Ago 29;1.
133. Bordas J, Martín de Pozuelo E. Casi la mitad de los reclusos de Cataluña son portadores del SIDA. La Vanguardia. 1987 Jun 1;1.
134. Europa-Press. Los amotinados de la Modelo abandonan la huelga de hambre en la cárcel de Lleida II. La Vanguardia. 1990 Ago 6;1.
135. Salvador R. El diez por ciento de las infecciones nuevas de SIDA son resistentes a alguno de los fármacos antirretrovirales. La Vanguardia. 1998 Nov 6;1.
136. Salvador R. El sesenta por ciento de los nuevos contagios se produce por vía heterosexual. La Vanguardia. 1999 Dic 1;1.

137. Pla Maset J. Las ONG reclaman que las prisiones catalanas faciliten también las jeringuillas. La Vanguardia. 2002 Jul 11;1.
138. Agencia EFE. Los reclusos del Puerto, sometidos a pruebas. ABC. 1985 Oct 25;1.
139. Agencias. Tres especialistas aseguran que el origen del virus del SIDA fue creado en un laboratorio. ABC. 1986 Oct 27;1.
140. Europa-Press. La mitad de los reclusos españoles son toxicómanos según Antoni Asunción. ABC. 1990 Feb 21;1.
141. Cinco presos con SIDA se encaraman a los tejados de la cárcel Modelo. ABC. 1990 Jul 22;1.
142. Agencia EFE, Europa-Press. Antonio Asunción intentó, sin éxito poner fin a la rebelión de los presos alicantinos. ABC. 1990 Nov 14;1.
143. Rodríguez P. Cárceles madrileñas. ABC. 1991 Dic 2;1.
144. Mariño C. Un test positivo debe ser confirmado con una segunda prueba. El País. 1985 Ago 15;1.
145. Criado A. Un 35% de los reclusos es portador del virus. El País. 1987 Feb 7;1.
146. Presos enfermos de SIDA piden la libertad condicional. El País. 1987 Abr 23;1.
147. Huelga de celo de funcionarios. El País. 1987 Abr 23;1.
148. Sanidad aconsejará en televisión el uso de preservativos para combatir el SIDA. El País. 1987 Abr 29;1.
149. Duva J. 192 reclusos murieron el año pasado en las cárceles, la mayoría por SIDA. El País. 1993 Nov 15;1.
150. Rios P. Treinta entidades exigen que se den jeringas a los presos para evitar el SIDA. El País. 1999 May 26;1.
151. Agencia EFE. Aprobada una propuesta a favor de excarcelar a los enfermos incurables. El País. 1999 Sep 23;1.
152. Europa-Press. El 44% de los reclusos fallecidos entre 1995 y 1998 murieron de SIDA. El País. 1999 Dic 26;1.
153. Agencias. El 55% de los presos en España son adictos a drogas. El Periódico Mediterráneo. 1997 Abr 6;1.

154. Fernández I. El SIDA causa la muerte del preso que falleció en el hospital. *El Periódico Mediterráneo*. 1990 Jul 20;1.
155. Redacción. Los presos de la Modelo anuncian que continuarán con sus protestas. *El Periódico Mediterráneo*. 1990 Jul 24;1.
156. Agencia EFE. Las presas de la cárcel de Wad-Ras protestan por la situación sanitaria. *El Periódico Mediterráneo*. 1990 Jul 29;1.
157. Agencia EFE. Cerca del 50% de las reclusas de Valencia son portadoras del SIDA. *El Periódico Mediterráneo*. 1990 Nov 4;1.
158. M.P. La infección del SIDA es mayor en mujeres que en hombres presos. *El Periódico Mediterráneo*. 1997 Nov 16;1.
159. La población reclusa afectada de VIH envejece. *El Periódico Mediterráneo*. 2016 Nov 12;1.
160. Dogliani M. ¿Cuándo publicar una nota de prensa? [Internet]. 2021 [citado 12 Abr 2023]. Disponible en: <https://blog.comunicae.es/cuando-publicar-una-nota-prensa/>
161. Terrón Blanco J. El tratamiento del VIH-sida en los periódicos españoles, una investigación colaborativa. *Rev Comun y salud*. 2011;1(1):4–17.
162. Terrón Blanco J, Cruz EM, Aguasanta E, Almonte J, Taveras L, Sedó RG. El tratamiento del VIH/SIDA en los medios de comunicación escritos dominicanos: *El Caribe, El Día, Hoy, Lístin Diario y El Nacional* (Octubre 2012- Marzo 2013). Universidad Autónoma de Barcelona; 2013.
163. Saéz Aramburo M del M. Evolución de los contenidos sobre SIDA en la prensa escrita española. *Rev Española Comun en Salud*. 2014;5(1):32–55.
164. Bassols AM. La verdad de nuestras cárceles. *La Vanguardia*. 1988 Sep 26;1.
165. Adriano. SIDA en las cárceles. *ABC*. 1987 Abr 28;1.
166. García-Guerrero J, Vera-Remartínez EJ, Planelles-Ramos MV. Causas y tendencia de la mortalidad en una prisión española (1994-2009). *Rev Esp Salud Publica*. 2011;3(85):245–55.
167. Estalella A. Los presos reciben el diagnóstico radiológico por red. *El País*. 2002 May 23;1.
168. Ríos P. Aprobado un reglamento que humanizará la vida en las prisiones. *El País*. 2006 Sep 6;1.

169. Girona C. Premio a la sanidad penitenciaria española. El País. 2006 May 6;1.
170. Bengoa A. 41 hospitales cuentan con unidades de custodia hospitalaria para presos. El País. 2016 Abr 25;1.
171. Rincón R. Interior instauro visados para limitar los medicamentos de los presos. El País. 2016 Jul 31;1.
172. Las muertes por consumo de drogas en las cárceles se duplican en un año. El País. 2019 Sep 17;1.
173. De Benito E. El 37% de las plazas de médicos de prisiones están vacantes. El País. 2019 Mar 13;1.
174. Altozano M. La audiencia da el primer paso para poner en libertad al etarra Ibon Iparragirre. El País. 2011 Oct 14;1.
175. Sevillano EG. Interior claudica y pagará los tratamientos de presos con hepatitis C. El País. 2015 Ago 11;1.
176. Rincón R. La justicia frena el plan de Interior para limitar los fármacos a los presos. El País. 2017 Feb 2;1.
177. Novo C. Entre el treinta y el cuarenta por ciento de los presos en Cataluña son portadores de anticuerpos. La Vanguardia. 1987 Abr 14;1.
178. Alligood MR. Sor Callista Roy: Modelo de adaptación. En: Modelos y teorías en enfermería. 10ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2022. p. 247–69.

ANEXOS



ANEXO 1: INFORME DE LA CONSELLERIA DE SANITAT SOBRE EPIDEMIA DE TUBERCULOSIS



Direcció Territorial de Sanitat i Consum
Servei de Sanitat

Avgda. del Mar, 8 - 12003 CASTELLÓ
Telèfon (964) 22 02 50 - 23 42 51

INFORME SOBRE UNA EPIDEMIA DE TUBERCULOSIS (010-018) EN LA PRISION PROVINCIAL DE CASTELLON.

A partir de una comunicació telefónica del médico del Centro Penitenciario de Castellón, Dra. [REDACTED], en la 2ª quincena de Noviembre de 1.987, sobre la existencia de 2 casos de Tuberculosis (TBC) en dicho Centro, se inició el estudio epidemiológico para conocer las causas y tomar las medidas de control adecuadas.

Ya en 1.986 se había producido un caso, realizando se una campaña de fotoseriación. Durante 1.987 y 1.988 (junio) se han producido 6 casos de TBC (gráfica), 5 en 1.987 y 1 en 1.988 (enero). En 5 casos se trataba de una TBC Pulmonar y en un caso de Meningitis Tuberculosa. El diagnóstico se basó en radiografía (5/6), baciloscopia positiva en 2 casos (2/4), en la prueba de Mantoux positiva en 1 caso (1/4), en los resultados de laboratorio (LCR 1/6) y en la sintomatología clínica. Los síntomas y signos principales fueron: astenia (83%), fiebre (83%), tos (67%), anorexia (67%), pérdida de peso (50%), disnea (30%), dolor torácico punzante (30%), hemoptisis (17%), escalofríos (17%), sudor (17%), derrame pleural (17%) y síndrome meningeo (17%). Un caso se encontraba asintomático.

Todos los casos eran varones con una edad media de $29 \pm 8,27$ años y su estancia en prisión previa al inicio de síntomas / tenía una media de $212 \pm 138,32$ días y un rango (25 días-420 días).

Un caso tenía antecedentes de heroínomania y 5 casos tenían anticuerpos positivos al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (83%). Los pacientes fueron ingresados en el Hospital Provincial de Castellón (infecciosos) y Hospital de la Magdalena de Castellón, manteniéndose el tratamiento en el momento actual.

El Centro Penitenciario tiene una población reclusa de unas 400 personas, dividido en 6 módulos con celda individual para cada recluso. Los casos se dieron en los módulos de Penados I (3 casos), / Penados II (2 casos) y 1 caso se encontraba en la enfermería. La tasa / de ataque es de 1,5% .

En relación con las medidas adoptadas (se adjunta protocolo), el servicio médico del Centro Penitenciario realizó la prueba de Mantoux (2 UT de PPD) suministrada por esta Dirección Territorial de Sanidad y Consumo en 219 reclusos (55% de la población reclusa), así mismo se efectuó una fotoseriación por la Direc.Terr. de Sanidad y Consumo (Promoción de la Salud, Dr. [REDACTED], que incluyó 250 reclusos (62,5%). En esta última se detectó 1 caso de TBC pulmonar (último caso).

Los resultados de la prueba de Mantoux aparecen en la tabla 1, en su distribución por edades. Se consideró positivo la persona con una induración de 10 mm o más. La positividad total es del / 17,81% y se observa la mayor positividad en el grupo de 25-29 años, seguido del grupo 30-35 años. La positividad aumenta con la edad, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Debemos indicar que 15 personas tenían 9 mm de induración (6,85%).

La tabla nº2 recoge la distribución de reclusos por módulos y por el resultado a la prueba de Mantoux. Se observa una mayor proporción de positividades en el módulo VII, seguido del módulo de Penados II. El más bajo es el de Jóvenes, y en el de Mujeres no hay positividades. Si consideramos los módulos con reclusos varones no existe diferencia estadística significativa en la distribución de positividades.

Sobre 34 reclusos positivos al Mantoux, 1 había recibido profilaxis antituberculosa anteriormente (2,94%), 3 tenían un familiar o un amigo enfermo con TBC (8,82%) y 3 habían tenido contacto en / la Prisión con enfermos tuberculosos (8,82%). En el grupo de negativos / (176), 2 habían recibido profilaxis antituberculosa (1,74%), 10 tenían / algún familiar o un amigo enfermo con TBC (5,68%), 9 habían tenido contacto en la prisión con enfermos de tuberculosis (5,11%), y en 2 concurrían las 2 últimas situaciones (1,14%). Es decir, los reclusos con positividad tenían una mayor exposición a enfermos tuberculosos, pero la diferencia no era significativa.

DISCUSION

La Tuberculosis en las prisiones constituye un pro-

... muy importante de Salud Pública y sus repercusiones alcanzan a toda la Comunidad (1).

En la epidemia se han diagnosticado 6 casos en un / periodo de unos 3 meses y la prevalencia de Tuberculina positivas, aunque alta, sería comparable a la hallada en poblaciones urbanas españolas (2); son valores similares a los detectados (3) en el estudio de una prisión de New York (17,47%) e inferior a las encontradas (4) en una prisión estatal de Arkansas (35,32%) donde la difusión de la enfermedad era elevada. Aunque en estos estudios se utilizaron 5 UT de PPD.

El hecho que 5 casos tuvieran anticuerpos contra VIH es de una gran trascendencia, ya que la población reclusa por sus características tiene una elevada prevalencia de infección VIH (5). El VIH podría aumentar el riesgo de padecer TBC (6), bien incrementando la susceptibilidad del sujeto y permitiendo que la TBC progrese rápidamente o bien reactivando una infección TBC latente.

En el momento actual no es posible determinar, claramente, el origen de los casos, aunque se sugiere que por la aparición súbita de los casos, su distribución en un periodo relativamente corto, y el tiempo medio de prisión para algunos de los casos, la transmisión se ha / producido en la prisión.

En la actualidad se produce un paralelismo entre la difusión del VIH y el aumento de la TBC en algunas partes del mundo (7) y la prisión supone un lugar de riesgo elevado de ambas enfermedades. En / 1.986 se había producido 1 caso de SIDA en el Centro Penitenciario.

Creemos que debe continuarse el programa de Control y Prevención de la TBC establecido, realizando una nueva prueba de Mantoux a los reclusos negativos y a todo nuevo ingreso, así como mantener la / quimioprofilaxis a los individuos con Mantoux positivo.

La determinación de anticuerpos anti-VIH en la población reclusa, previo consentimiento, tiene interés ya que algunas personas poseen estar infectadas por M. Tuberculosis, presentan reacciones negativas al Mantoux (8-9) al poseer anticuerpos anti-VIH.

-1-

El control del VIH en las prisiones debe tener como base, según los conocimientos actuales, la educación sanitaria, el control de la drogadicción, y estrictas medidas de higiene personal y ambiental.

Asistimos a una situación de evidente riesgo para la salud de la sociedad que requiere el esfuerzo y cooperación de todas sus instituciones y miembros.

Castellón, 14 de Julio de 1.988
EL EPIDEMIOLOGO



ANEXO 2: NOTIFICACIÓN JORNADA COMPLETA Y GUARDIAS DE SANITARIOS



Madrid, 12 de Septiembre de 1.989

MINISTERIO DE JUSTICIA
Dirección General de
Instituciones Penitenciarias
SUBDIRECCIÓN GENERAL DE
SANIDAD PENITENCIARIA

A la atención del Sr. Director

Tengo que comunicarle que nos ha sido concedido el crédito extraordinario que permite el pago de las horas excedentes al horario habitual (guardias) para los funcionarios médicos y ATS, y por tanto, podemos proceder al establecimiento de los horarios de trabajo definitivos.

Por otra parte, y aunque todavía no ha sido publicada en el Boletín Oficial del Estado la relación de puestos de trabajo, ésta tiene efecto con fecha de 1 de agosto de 1.989, por lo que los aumentos se cobrarán con efectos retroactivos y retribuyen adecuadamente el horario de 37'5 horas/semanales, haciéndolos semejantes al de equivalentes puestos de trabajo y profesión en la red sanitaria pública.

Las guardias se pondrán en funcionamiento el 1 de octubre, aunque su pago se hará de forma trimestral.

N.º 6467
FECH: 18 SET. 1989



MINISTERIO DE JUSTICIA
Dirección General de
Instituciones Penitenciarias
SUBDIRECCION GENERAL DE
SANIDAD PENITENCIARIA

Hemos considerado Centros Medianos aquellos cuyo número de médicos y ATS es de 3 a 5 funcionarios por cada colectivo.

En estos Centros el horario es de 37'5 h./semanales de lunes a viernes, se distribuirá en dos turnos de mañana y tarde:

Turno de mañana: 8'30 h. a 16'00 h.

Turno de tarde: 14'00 h. a 21'30 h.

tanto para médicos como para ATS.

Las 2 horas de solape son para sesiones clínicas, Comisiones de Control de Calidad, etc.

Las tarifas de nivel y complemento específico son las siguientes:

	<u>*Nivel</u>	<u>Específico</u>
Jefe de los Servicios Médicos	23	832.800
Médico	22	632.800
ATS	18	447.000

Las guardias serán de presencia localizada: 1 médico y 1 ATS.



MINISTERIO DE JUSTICIA
Dirección General de
Instituciones Penitenciarias
SUBDIRECCION GENERAL DE
SANIDAD PENITENCIARIA

De lunes a viernes serán de 11 horas, desde las 21'30 h. de un día hasta las 8'30 h. del día siguiente, y sábados, domingos y festivos de 24 h.

Las remuneraciones se cobrarán como complemento de productividad fija mensual y será la compensación retributiva a la localización.

Médicos

Centros con 5 médicos	30.000 pts/mes (cada uno)
Centros con 4 médicos	35.000 pts/mes (cada uno)
Centros con 3 médicos	40.000 pts/mes (cada uno)

ATS

Centros con 5 ATS	20.000 pts/mes (cada uno)
Centros con 4 ATS	25.000 pts/mes (cada uno)
Centros con 3 ATS	30.000 pts/mes (cada uno)

Como en estos Centros la productividad por guardias localizadas es fija, el equipo sanitario se distribuirá de la manera más equitativa posible, debiendo pasar el listado mensual de guardias al director del Centro Penitenciario así como sus eventuales variaciones.

Angeles Granados

Subdirectora Gral. Sanidad Penitenciaria

CC/ Jefe de los Servicios Médicos

ANEXO 3: SINTAXIS ANÁLISIS DE SENTIMIENTO

```
In [ ]:  
import pandas as pd  
import glob  
news_path = 'data/news/sources/*.txt'
```

Load data

```
In [ ]:  
news_files = glob.glob(news_path)  
In [ ]:  
titulares = []  
for path_to_file in news_files:  
    with open(path_to_file, encoding='utf8') as f:  
        titular = f.readline().strip()  
        titulares.append(titular)
```

```
In [ ]:  
news = []  
for path_to_file in news_files:  
    text = ''  
    with open(path_to_file, encoding='utf8') as f:  
        next(f)  
        for line in f:  
            text = text + ' ' + line.strip()  
    news.append(text)
```

```
In [ ]:  
corpus = pd.DataFrame({'titulares': titulares, 'noticias': news})
```

```
In [ ]:  
corpus
```

```
Out[ ]:
```

	titulares	noticias
0	Instituciones Penitenciarias quiere hacer la p...	El Ministerio de Justicia ha ordenado analiz...
1	INTERIOR INSTAURA VISADOS PARA LIMITAR LOS MED...	Instituciones Penitenciarias sugiere que los...
2	El Defensor del Pueblo pedirá que se excarcele...	La Oficina del Defensor del Pueblo, de la qu...
3	Denuncian que el 15% de presos tiene sida	La presidenta de la Coordinadora de Asociaci...

	titulares	noticias
4	Absuelven al funcionario acusado de torturas a...	La Audiencia Provincial de Córdoba ha absuel...
...
313	La Junta estudia con Interior actuaciones para...	La Consejería de Salud y la Dirección Genera...
314	El 55 por ciento de los presos en España son a...	El Director General de Instituciones Peniten...
315	Querella contra dos consejeros catalanes por e...	Una decena de entidades de lucha contra el s...
316	Detenido por atraco un preso enfermo de Sida y...	José Antonio Morillo Rodas El Muri de treint...
317	El SIDA se ha cobrado ya 23 vidas en Castellón...	La Consellería de Sanidad presentará la próx...

318 rows × 2 columns

Preprocess: normalization and lemmatization

In []:

```
import re
from time import perf_counter

from nltk import word_tokenize
from nltk.corpus import stopwords
import string
import nltk

nltk.download('punkt')
nltk.download('stopwords')

import spacy
!python -m spacy download es_core_news_sm

#####
# PREPROCESSING AND CLEANING #
#####

# Eliminar espacios
def remove_whitespaces(text):
    return " ".join(text.split())

# To lower
def text_to_lower(text):
```

```

    return text.lower()

# Eliminar caracteres especiales
def remove_special_characters(text):
    filtered_sentence = re.sub('[^A-Za-z0-9&]+', ' ', text).strip()
    filtered_sentence = re.sub('[^A-Za-z0-9\s]+', '',
filtered_sentence).strip()
    return filtered_sentence

# Eliminar valores numéricos
def remove_numeric(texts, col):
    texts['is_numeric'] = texts[col].apply(lambda x: x.isnumeric())
    texts = texts[~texts['is_numeric'] == True].copy()
    texts.drop('is_numeric', axis=1, inplace=True)
    return texts

# Tokenizador
def tokenization(text):
    tokens = word_tokenize(text)
    return tokens

# Eliminar stopwords
def quitar_stopwords(tokens):
    stop_words = set(stopwords.words('spanish'))
    filtered_sentence = [w for w in tokens if not w in stop_words]
    return filtered_sentence

# Eliminar caracteres sueltos
def quitar_caracteres_sueltos(tokens):
    alphabet = list(string.ascii_lowercase)
    filtered_sentence = [w for w in tokens if not w in alphabet]
    return filtered_sentence

# Lemmatization
nlp = spacy.load("es_core_news_sm")
def lematizar(sentence):
    #sentence = " ".join(tokens)
    mytokens = nlp(sentence)
    # Lemmatizamos los tokens y los convertimos a minúsculas
    mytokens = [word.lemma_ if word.lemma_ != "NOUN" else word for
word in mytokens]
    # Extraemos el text en una string
    return " ".join(mytokens)

def clean_funcs(texts):

    corpus = texts.copy()

    t_start = perf_counter()

    corpus["normaliza"] = corpus["descripcion"].astype(str)

```

```

# Espacios
corpus["normaliza"] = corpus["normaliza"].apply(lambda x:
remove_whitespaces(x))
# To Lower
corpus["normaliza"] = corpus["normaliza"].apply(lambda x:
text_to_lower(x))
# Se quitan los acentos
corpus["normaliza"] = corpus["normaliza"].str.normalize('NFKD')\
                                .str.encode('ascii',
errors='ignore')\
                                .str.decode('utf-8')

# Se quitan caracteres especiales
corpus["normaliza"] = corpus["normaliza"].apply(lambda x:
remove_special_characters(x))
# Tokenizer
corpus["normaliza"] = corpus["normaliza"].apply(lambda x:
tokenization(x))
# Se eliminan stopwords
corpus["normaliza"] = corpus["normaliza"].apply(lambda x:
quitar_stopwords(x))
# Se convierte a string
corpus['normaliza'] = corpus['normaliza'].apply(lambda x: '
'.join(x))
# Se lematiza
corpus['lematiza'] = corpus['normaliza'].apply(lematizar)

# Final reset index
corpus.reset_index(drop=True, inplace=True)
t_stop = perf_counter()

print("clean_funcs - Preprocessing time (s):", round(t_stop-
t_start, 4))

return corpus

```

[nltk_data] Downloading package punkt to
[nltk_data] C:\Users\evera\AppData\Roaming\nltk_data...
[nltk_data] Package punkt is already up-to-date!
[nltk_data] Downloading package stopwords to
[nltk_data] C:\Users\evera\AppData\Roaming\nltk_data...
[nltk_data] Package stopwords is already up-to-date!
WARNING: You are using pip version 21.3.1; however, version 23.1 is
available.
You should consider upgrading via the
'c:\Users\evera\AppData\Local\Programs\Python\Python39\python.exe -m
pip install --upgrade pip' command.
Collecting es-core-news-sm==3.5.0
 Downloading https://github.com/explosion/spacy-
models/releases/download/es_core_news_sm-3.5.0/es_core_news_sm-3.5.0-
py3-none-any.whl (12.9 MB)
Requirement already satisfied: spacy<3.6.0,>=3.5.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from es-core-news-sm==3.5.0) (3.5.1)

Requirement already satisfied: packaging>=20.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (21.3)
Requirement already satisfied: pathy>=0.10.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (0.10.1)
Requirement already satisfied: srsly<3.0.0,>=2.4.3 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (2.4.6)
Requirement already satisfied: requests<3.0.0,>=2.13.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (2.28.1)
Requirement already satisfied: setuptools in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (56.0.0)
Requirement already satisfied: catalogue<2.1.0,>=2.0.6 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (2.0.8)
Requirement already satisfied: spacy-legacy<3.1.0,>=3.0.11 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (3.0.12)
Requirement already satisfied: murmurhash<1.1.0,>=0.28.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (1.0.9)
Requirement already satisfied: tqdm<5.0.0,>=4.38.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (4.62.3)
Requirement already satisfied: numpy>=1.15.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (1.21.1)
Requirement already satisfied: pydantic!=1.8,!1.8.1,<1.11.0,>=1.7.4
in c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (1.8.2)
Requirement already satisfied: smart-open<7.0.0,>=5.2.1 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (6.2.0)
Requirement already satisfied: typer<0.8.0,>=0.3.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (0.7.0)
Requirement already satisfied: jinja2 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (3.1.2)
Requirement already satisfied: thinc<8.2.0,>=8.1.8 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (8.1.9)
Requirement already satisfied: langcodes<4.0.0,>=3.2.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (3.3.0)
Requirement already satisfied: wasabi<1.2.0,>=0.9.1 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (1.1.1)

Requirement already satisfied: pished<3.1.0,>=3.0.2 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (3.0.8)
Requirement already satisfied: spacy-loggers<2.0.0,>=1.0.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (1.0.4)
Requirement already satisfied: cymem<2.1.0,>=2.0.2 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (2.0.7)
Requirement already satisfied: pyparsing!=3.0.5,>=2.0.2 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from packaging>=20.0->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-
sm==3.5.0) (2.4.7)
Requirement already satisfied: typing-extensions>=3.7.4.3 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from pydantic!=1.8,!=1.8.1,<1.11.0,>=1.7.4-
>spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0) (3.10.0.2)
Requirement already satisfied: charset-normalizer<3,>=2 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from requests<3.0.0,>=2.13.0->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-
news-sm==3.5.0) (2.0.7)
Requirement already satisfied: idna<4,>=2.5 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from requests<3.0.0,>=2.13.0->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-
news-sm==3.5.0) (3.3)
Requirement already satisfied: certifi>=2017.4.17 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from requests<3.0.0,>=2.13.0->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-
news-sm==3.5.0) (2021.5.30)
Requirement already satisfied: urllib3<1.27,>=1.21.1 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from requests<3.0.0,>=2.13.0->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-
news-sm==3.5.0) (1.26.7)
Requirement already satisfied: confection<1.0.0,>=0.0.1 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from thinc<8.2.0,>=8.1.8->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-
sm==3.5.0) (0.0.4)
Requirement already satisfied: blis<0.8.0,>=0.7.8 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from thinc<8.2.0,>=8.1.8->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-
sm==3.5.0) (0.7.9)
Requirement already satisfied: colorama in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from tqdm<5.0.0,>=4.38.0->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-
sm==3.5.0) (0.4.6)
Requirement already satisfied: click<9.0.0,>=7.1.1 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from typer<0.8.0,>=0.3.0->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-
sm==3.5.0) (8.1.3)
Requirement already satisfied: MarkupSafe>=2.0 in
c:\users\evera\appdata\local\programs\python\python39\lib\site-
packages (from jinja2->spacy<3.6.0,>=3.5.0->es-core-news-sm==3.5.0)
(2.0.1)

✓ Download and installation successful

You can now load the package via `spacy.load('es_core_news_sm')`

In []:

```
corpus.rename({'titulares': 'descripcion'}, axis=1, inplace=True)
```

```
corpus = clean_funcs(corpus)
```

```
clean_funcs - Preprocessing time (s): 2.9106
```

In []:

```
corpus
```

Out []:

	descripcion	noticias	normaliza	lematiza
0	Instituciones Penitenciarias quiere hacer la p...	El Ministerio de Justicia ha ordenado analiz...	instituciones penitenciarias quiere hacer prue...	institución penitenciario querer hacer prueba ...
1	INTERIOR INSTAURA VISADOS PARA LIMITAR LOS MED...	Instituciones Penitenciarias sugiere que los...	interior instaure visados limitar medicamentos...	interior instaure visado limitar medicamento p...
2	El Defensor del Pueblo pedirá que se excarcele...	La Oficina del Defensor del Pueblo, de la qu...	defensor pueblo pedira excarcele presos terminal	defensor pueblo pediro excarcelir preso terminal
3	Denuncian que el 15% de presos tiene sida	La presidenta de la Coordinadora de Asociaci...	denuncian 15 presos sida	denunciar 15 preso sida
4	Absuelven al funcionario acusado de torturas a...	La Audiencia Provincial de Córdoba ha absuel...	absuelven funcionario acusado torturas preso	absuelven funcionario acusado tortura preso
...
313	La Junta estudia con Interior actuaciones para...	La Consejería de Salud y la Dirección Genera...	junta estudia interior actuaciones mejorar san...	junta estudiar interior actuación mejorar sani...
314	El 55 por ciento de los presos en España son a...	El Director General de Instituciones Peniten...	55 ciento presos espana adictos drogas	55 ciento preso espán adicto droga
315	Querrela contra dos consejeros catalanes por e...	Una decena de entidades de lucha contra el s...	querrela dos consejeros catalanes contagio sid...	querrela dos consejero catalán contagio sida c...
316	Detenido por atraco un preso enfermo de Sida	José Antonio Morillo Rodas El Muri de	detenido atraco preso enfermo sida fugado	detener atraco preso enfermo sida fugado

	descripcion	noticias	normaliza	lematiza
	y...	treint...	hosp...	hospi...
317	El SIDA se ha cobrado ya 23 vidas en Castellón...	La Consellería de Sanidad presentará la próx...	sida cobrado 23 vidas castellon infecta 439 se...	sida cobrado 23 vida castellon infecta 439 ser...

318 rows × 4 columns

Desglose morfológico

In []:

```
def verbos(sentence):
    texto_procesado = nlp(sentence)
    # verbos
    verb = ' '.join([token.orth_ for token in texto_procesado if
token.pos_ == 'VERB'])
    return verb

def adjetivos(sentence):
    texto_procesado = nlp(sentence)
    # adjetivos
    verb = ' '.join([token.orth_ for token in texto_procesado if
token.pos_ == 'ADJ'])
    return verb

def sustantivos(sentence):
    texto_procesado = nlp(sentence)
    # sustantivos
    verb = ' '.join([token.orth_ for token in texto_procesado if
token.pos_ == 'NOUN'])
    return verb

def desglose_morfologico(df):
    # verbos
    df['verbos'] = df['lematiza'].apply(verbos)
    # adjetivos
    df['adjetivos'] = df['lematiza'].apply(adjetivos)
    # sustantivos
    df['sustantivos'] = df['lematiza'].apply(sustantivos)
    return df
```

In []:

```
corpus = desglose_morfologico(corpus)
```

Sentiment analysis

In []:

```
from textblob import TextBlob
from nltk.sentiment.vader import SentimentIntensityAnalyzer
```



```
nlTK.download('vader_lexicon')
[nltk_data] Downloading package vader_lexicon to
[nltk_data] C:\Users\arfabreg\AppData\Roaming\nltk_data...
[nltk_data] Package vader_lexicon is already up-to-date!
```

Out[]:

True

In []:

```
corpus['sentimiento_tb'] = corpus['lematiza'].map(lambda text:
TextBlob(text).sentiment.polarity)
corpus['sentimiento_adjetivos_tb'] = corpus['adjetivos'].map(lambda
text: TextBlob(text).sentiment.polarity)
```

In []:

```
sid = SentimentIntensityAnalyzer()
```

```
corpus['sentimiento_nltk'] = corpus['lematiza'].map(lambda text:
sid.polarity_scores(text)['compound'])
corpus['sentimiento_adjetivos_nltk'] = corpus['adjetivos'].map(lambda
text: sid.polarity_scores(text)['compound'])
```

In []:

```
corpus.sentimiento_tb.hist(figsize=(20, 5), bins=50)
```

Out[]:

<AxesSubplot:>



In []:

```
corpus.sentimiento_nltk.hist(figsize=(20, 5), bins=50)
```

Out[]:

<AxesSubplot:>



In []:

```
corpus.sentimiento_adjetivos_tb.hist(figsize=(20, 5), bins=50)
```

Out[]:

<AxesSubplot:>



In []:

```
corpus.sentimiento_adjetivos_nltk.hist(figsize=(20, 5), bins=50)
```

Out[]:

<AxesSubplot:>



In []:

```
corpus.to_csv('data/corpus_titulares.csv', index=False)
```

In []:

```
corpus
```

Out[]:

	descripcion	noticias	normaliza	lematiza	verbos	adjetivos	sustantivos	sentimiento_tb	sentimiento_adjetivos_tb	sentimiento_nltk	sentimiento_adjetivos_nltk
0	Instituciones Penitenciarias quiere hacer la p...	El Ministerio de Justicia ha ordenado analiz...	instituciones penitenciarias quiere hacer prue...	institución penitenciario hacer querer hacer prueba ...	hacer	penitenciario hepatiti preso	institución prueba b	0.0	0.0	0.0	0.0
1	INTERIOR INSTAURAR VISADOS PARA LIMITAR LOS MED.	Instituciones Penitenciarias sugiere que los...	interior instaurar visados limitar medicamentos ...	interior instaurar visado limitar medicamento p...	limitar	interior visado preso	instaurar medicamento	0.0	0.0	0.0	0.0
2	El Defensor del Pueblo o pedirá que se excarcele...	La Oficina del Defensor del Pueblo, de la qu...	defensor pueblo pedirá excarcelar presos terminales	defensor pueblo pedirá excarcelar preso terminal	excarcelar	terminal	defensor pedirá preso	0.0	0.0	0.0	0.0
3	Denuncian que el 15% de los presos	La presidenta de la Coordinadora	denuncian 15 presos	denunciar 15 presos	denunciar	sida	preso	0.0	0.0	0.0	0.0

	descri pcion	notici as	normal iza	lemat iza	ver bos	adjeti vos	susta ntivos	sentim iento_t b	sentimiento _adjetivos_ tb	sentimi ento_nl tk	sentimiento_ adjetivos_ nl tk
	tiene sida	a de Asoci aci...									
4	Absue lven al funcio nario acusa do de tortura s a...	La Audie ncia Provin cial de Córdo ba ha absuel ...	absuelv en funcion ario acusad o torturas preso	absuel ven funcio nario acusa do tortur a preso		funci onari o acusa do preso	tortur a	0.0	0.0	0.0	0.0
..
3 1 3	La Junta estudi a con Interio r actuac iones para...	La Conse jería de Salud y la Direcc ión Gener a...	junta estudia interior actuaci ones mejorar san...	junta estudi ar interi or actuac ión mejor ar sani...	junt a estu diar mej orar	interi or	actuac ión sanida d	0.0	0.0	0.0	0.0
3 1 4	El 55 por ciento de los presos en Españ a son a...	El Direct or Gener al de Institu ciones Penite n...	55 ciento presos espana adictos drogas	55 ciento preso espán adicto droga		preso droga	adicto	0.0	0.0	0.0	0.0
3 1 5	Quere lla contra dos consej eros catala nes por	Una decen a de entida des de lucha contra el s...	querell a dos consej eros catalan es contagi o sid...	querel la dos consej ero catalá n conta gio sida		catalá n	querel la consej ero conta gio	0.0	0.0	0.0	0.0

	descri pcion	notici as	normal iza	lemat iza	ver bos	adjeti vos	susta ntivos	sentim iento_t b	sentimiento _adjetivos_ tb	sentimi ento_nl tk	sentimiento_ adjetivos_nl tk
	e...			c...							
3 1 6	Deteni do por atrac o un preso enfer mo de Sida y...	José Anton io Morill o Rodas El Muri de treint.. .	detenid o atraco preso enferm o sida fugado hosp...	deten er atraco preso enferm o sida fugado hosp. ..	deten er	preso fugado o lazaro	atrac o enfer mo	0.0	0.0	0.0	0.0
3 1 7	El SIDA se ha cobrado ya 23 vidas en Castel lón...	La Conse llería de Sanid ad presen tará la próx...	sida cobrado 23 vidas castellon infecta 439 se...	sida cobrado 23 vidas castellon infecta 439 ser...	cast ello n	sida cobrado infecta seropositiv o	vida	0.0	0.0	0.0	0.0

318 rows × 11 columns

ANEXO 4: SINTAXIS EVOLUCIÓN TEMPORAL, N-GRAMS Y WORDCLOUDS

In []:

```
import pandas as pd
from wordcloud import WordCloud
import matplotlib.pyplot as plt
import seaborn as sns
```

In []:

```
data = pd.read_excel('data/all_data_titulares.xlsx')
```

In []:

```
codes_dict = {
    1: 'VANGUARDIA',
    2: 'ABC',
    3: 'EL PAÍS',
    4: 'MEDITERRÁNEO'
}
```

```
data['PERIODICO'] = data['PERIODICO'].map(codes_dict)
```

```
data['DÉCADA'] = data['AÑO'].astype(str).apply(lambda x: int(x[:3] +
'0'))
```

```
data['PERIODO'] = data['AÑO'].apply(lambda x: 'Descubrimiento' if x <
1986 else (
    'Pre-HAART' if (x >= 1986) & (x < 1996) else
    ('Post-HAART' if x > 1995 else 0)
))
```

Conteo del número de documentos según diferentes clasificaciones.

In []:

```
serie1 = data.sort_values(by=['AÑO'])['PERIODICO']
serie2 = data.sort_values(by=['AÑO'])['PERIODO']
serie3 = data.sort_values(by=['AÑO'])['DÉCADA']
```

```
fig, axes = plt.subplots(1, 3, figsize=(15, 5))
fig.suptitle('Número de documentos')
```

```
sns.countplot(ax=axes[0], x=serie1.values)
axes[0].set_title('PERIODICO')
```

```
sns.countplot(ax=axes[1], x=serie2.values)
axes[1].set_title('PERIODO')
```

```
sns.countplot(ax=axes[2], x=serie3.values)
axes[2].set_title('DÉCADA')
```

```
plt.show()
```

Evolución temporal

Estudio del sentimiento de las publicaciones de los diferentes medios y a lo largo del tiempo.

In []:

```
all_news = data.groupby('AÑO')['sentimiento_tb'].mean()
```

```
abc = data[data['PERIODICO'] ==  
'ABC'].groupby('AÑO')['sentimiento_tb'].mean()  
vanguardia = data[data['PERIODICO'] ==  
'VANGUARDIA'].groupby('AÑO')['sentimiento_tb'].mean()  
elpais = data[data['PERIODICO'] == 'EL  
PAÍS'].groupby('AÑO')['sentimiento_tb'].mean()  
mediterraneo = data[data['PERIODICO'] ==  
'MEDITERRÁNEO'].groupby('AÑO')['sentimiento_tb'].mean()
```

In []:

```
# Create plots with pre-defined labels.  
fig, ax = plt.subplots(figsize=(20, 7))  
ax.plot(all_news.index, all_news.values, label='Promedio')  
ax.plot(abc.index, abc.values, label='ABC')  
ax.plot(vanguardia.index, vanguardia.values, label='Vanguardia')  
ax.plot(elpais.index, elpais.values, label='El País')  
ax.plot(mediterraneo.index, mediterraneo.values, label='Mediterráneo')  
ax.plot([1980, 2022], [0, 0], 'k:')  
ax.plot([1985, 1985], [-0.7, 0.7], 'k--')  
ax.plot([1995, 1995], [-0.7, 0.7], 'k--')  
  
ax.annotate('Descubrimiento', xy=(1982, 0.4), xytext=(1981, 0.4),  
size=12)  
ax.annotate('Pre-HAART', xy=(1990, 0.4), xytext=(1989, 0.4), size=12)  
ax.annotate('Post-HAART', xy=(2005, 0.4), xytext=(2004, 0.4), size=12)  
  
ax.legend()  
ax.grid()  
  
plt.xlim([1980, 2022])  
plt.ylim([-0.6, 0.6])  
plt.xlabel('AÑO')  
plt.ylabel('Sentimiento')  
plt.show()
```

In []:

```
# Create plots with pre-defined labels.  
fig, ax = plt.subplots(figsize=(20, 7))  
ax.plot(all_news.index, all_news.values, label='Promedio')  
  
ax.plot([1980, 2022], [0, 0], 'k:')  
ax.plot([1985, 1985], [-0.7, 0.7], 'k--')
```

```

ax.plot([1995, 1995], [-0.7, 0.7], 'k--')

ax.annotate('Descubrimiento', xy=(1982, 0.4), xytext=(1981, 0.4),
size=12)
ax.annotate('Pre-HAART', xy=(1990, 0.4), xytext=(1989, 0.4), size=12)
ax.annotate('Post-HAART', xy=(2005, 0.4), xytext=(2004, 0.4), size=12)

ax.legend()
ax.grid()

plt.xlim([1980, 2022])
plt.ylim([-0.6, 0.6])
plt.xlabel('AÑO')
plt.ylabel('Sentimiento')
plt.show()

```

In []:

```

# Create plots with pre-defined labels.
fig, ax = plt.subplots(figsize=(20, 7))
ax.plot(abc.index, abc.values, label='ABC')

ax.plot([1980, 2022], [0, 0], 'k:')
ax.plot([1985, 1985], [-0.7, 0.7], 'k--')
ax.plot([1995, 1995], [-0.7, 0.7], 'k--')

ax.annotate('Descubrimiento', xy=(1982, 0.4), xytext=(1981, 0.4),
size=12)
ax.annotate('Pre-HAART', xy=(1990, 0.4), xytext=(1989, 0.4), size=12)
ax.annotate('Post-HAART', xy=(2005, 0.4), xytext=(2004, 0.4), size=12)

ax.legend()
ax.grid()

plt.xlim([1980, 2022])
plt.ylim([-0.6, 0.6])
plt.xlabel('AÑO')
plt.ylabel('Sentimiento')
plt.show()

```

In []:

```

# Create plots with pre-defined labels.
fig, ax = plt.subplots(figsize=(20, 7))

ax.plot(vanguardia.index, vanguardia.values, label='Vanguardia')

ax.plot([1980, 2022], [0, 0], 'k:')
ax.plot([1985, 1985], [-0.7, 0.7], 'k--')
ax.plot([1995, 1995], [-0.7, 0.7], 'k--')

```

```

ax.annotate('Descubrimiento', xy=(1982, 0.4), xytext=(1981, 0.4),
size=12)
ax.annotate('Pre-HAART', xy=(1990, 0.4), xytext=(1989, 0.4), size=12)
ax.annotate('Post-HAART', xy=(2005, 0.4), xytext=(2004, 0.4), size=12)

ax.legend()
ax.grid()

plt.xlim([1980, 2022])
plt.ylim([-0.5, 0.5])
plt.xlabel('AÑO')
plt.ylabel('Sentimiento')
plt.show()

```

In []:

```

# Create plots with pre-defined labels.
fig, ax = plt.subplots(figsize=(20, 7))

ax.plot(elpais.index, elpais.values, label='El País')
ax.plot([1980, 2022], [0, 0], 'k:')
ax.plot([1985, 1985], [-0.7, 0.7], 'k--')
ax.plot([1995, 1995], [-0.7, 0.7], 'k--')

ax.annotate('Descubrimiento', xy=(1982, 0.4), xytext=(1981, 0.4),
size=12)
ax.annotate('Pre-HAART', xy=(1990, 0.4), xytext=(1989, 0.4), size=12)
ax.annotate('Post-HAART', xy=(2005, 0.4), xytext=(2004, 0.4), size=12)

ax.legend()
ax.grid()

plt.xlim([1980, 2022])
plt.ylim([-0.5, 0.5])
plt.xlabel('AÑO')
plt.ylabel('Sentimiento')
plt.show()

```

In []:

```

# Create plots with pre-defined labels.
fig, ax = plt.subplots(figsize=(20, 7))

ax.plot(mediterraneo.index, mediterraneo.values, label='Mediterráneo')
ax.plot([1980, 2022], [0, 0], 'k:')
ax.plot([1985, 1985], [-0.7, 0.7], 'k--')
ax.plot([1995, 1995], [-0.7, 0.7], 'k--')

ax.annotate('Descubrimiento', xy=(1982, 0.4), xytext=(1981, 0.4),
size=12)

```



```

ax.annotate('Pre-HAART', xy=(1990, 0.4), xytext=(1989, 0.4), size=12)
ax.annotate('Post-HAART', xy=(2005, 0.4), xytext=(2004, 0.4), size=12)

ax.legend()
ax.grid()

plt.xlim([1980, 2022])
plt.ylim([-0.5, 0.5])
plt.xlabel('AÑO')
plt.ylabel('Sentimiento')
plt.show()

```

In []:

```

fig, axes = plt.subplots(1, 3, figsize=(25, 6))
fig.suptitle('Distribución del sentimiento')

sns.boxplot(data=data, x='PERIODICO', y='sentimiento_tb',
            color="grey", ax=axes[0]).set(
    xlabel='',
    ylabel='Sentimiento')
axes[0].set_title('PERIODICO')
axes[0].grid()

sns.boxplot(data=data.sort_values(by='AÑO'), x='PERIODO',
            y='sentimiento_tb', color="grey", ax=axes[1]).set(
    xlabel='',
    ylabel='')
axes[1].set_title('PERIODO')
axes[1].grid()

sns.boxplot(data=data, x='DÉCADA', y='sentimiento_tb', color="grey",
            ax=axes[2]).set(
    xlabel='',
    ylabel='')
axes[2].set_title('DÉCADA')
axes[2].grid()

plt.show()

```

In []:

```
data.groupby('PERIODICO')['sentimiento_tb'].describe()
```

Out []:

	count	mean	std	min	25%	50%	75%	max
PERIODICO								

	count	mean	std	min	25%	50%	75%	max
PERIODICO								
ABC	148.0	-0.008896	0.077893	-0.6	0.0	0.0	0.0	0.200
EL PAÍS	96.0	-0.002257	0.090721	-0.5	0.0	0.0	0.0	0.375
MEDITERRÁNEO	54.0	-0.018519	0.106087	-0.6	0.0	0.0	0.0	0.050
VANGUARDIA	20.0	0.002500	0.011180	0.0	0.0	0.0	0.0	0.050

In []:

```
data.groupby('PERIODO')['sentimiento_tb'].describe()
```

Out []:

	count	mean	std	min	25%	50%	75%	max
PERIODO								
Descubrimiento	10.0	0.000000	0.000000	0.0	0.0	0.0	0.0	0.000
Post-HAART	147.0	-0.008730	0.101268	-0.6	0.0	0.0	0.0	0.375
Pre-HAART	161.0	-0.007453	0.070092	-0.5	0.0	0.0	0.0	0.200

In []:

```
data.groupby('DÉCADA')['sentimiento_tb'].describe()
```

Out []:

	count	mean	std	min	25%	50%	75%	max
DÉCADA								
1980	98.0	-0.008163	0.074160	-0.5	0.0	0.0	0.0	0.200
1990	130.0	-0.007885	0.082947	-0.5	0.0	0.0	0.0	0.375
2000	61.0	-0.001776	0.091756	-0.6	0.0	0.0	0.0	0.375
2010	28.0	-0.019643	0.114131	-0.6	0.0	0.0	0.0	0.050
2020	1.0	0.000000	NaN	0.0	0.0	0.0	0.0	0.000

N-grams

In []:

```
from sklearn.feature_extraction.text import CountVectorizer
```

```

def get_top_n_bigram(corpus, n=None):
    vec = CountVectorizer(ngram_range=(2, 2),
stop_words='english').fit(corpus)
    bag_of_words = vec.transform(corpus)
    sum_words = bag_of_words.sum(axis=0)
    words_freq = [(word, sum_words[0, idx]) for word, idx in
vec.vocabulary_.items()]
    words_freq = sorted(words_freq, key = lambda x: x[1],
reverse=True)
    return words_freq[:n]

def get_top_n_trigram(corpus, n=None):
    vec = CountVectorizer(ngram_range=(3, 3),
stop_words='english').fit(corpus)
    bag_of_words = vec.transform(corpus)
    sum_words = bag_of_words.sum(axis=0)
    words_freq = [(word, sum_words[0, idx]) for word, idx in
vec.vocabulary_.items()]
    words_freq = sorted(words_freq, key = lambda x: x[1],
reverse=True)
    return words_freq[:n]

In [ ]:

print('\nTODOS LOS DATOS\n')

common_words = get_top_n_bigram(data['normaliza'], 20)

df1 = pd.DataFrame(common_words, columns = ['Top 20 Bigramas' ,
'count'])
df1.groupby('Top 20
Bigramas').sum()['count'].sort_values(ascending=True).plot.barh(figsize
=(20, 7))
plt.show()

common_words = get_top_n_trigram(data['normaliza'], 20)

df2 = pd.DataFrame(common_words, columns = ['Top 20 Trigramas' ,
'count'])
df2.groupby('Top 20
Trigramas').sum()['count'].sort_values(ascending=True).plot.barh(figsize
=(20, 7))
plt.show()

TODOS LOS DATOS

In [ ]:

print('\n\nPeriodo del descubrimiento\n')

data_ = data[data['PERIODO'] == 'Descubrimiento']

```

```

common_words = get_top_n_bigram(data_['normaliza'], 20)

df1 = pd.DataFrame(common_words, columns = ['Top 20 Bigramas' ,
'count'])
df1.groupby('Top 20
Bigramas').sum()['count'].sort_values(ascending=True).plot.barh(figsize
e=(20, 7))
plt.show()

common_words = get_top_n_trigram(data_['normaliza'], 20)

df2 = pd.DataFrame(common_words, columns = ['Top 20 Trigramas' ,
'count'])
df2.groupby('Top 20
Trigramas').sum()['count'].sort_values(ascending=True).plot.barh(figsize
ze=(20, 7))
plt.show()

```

Periodo del descubrimiento

In []:

```

print('\n\nPeriodo Pre-HAART\n')

data_ = data[data['PERIODO'] == 'Pre-HAART']

common_words = get_top_n_bigram(data_['normaliza'], 20)

df1 = pd.DataFrame(common_words, columns = ['Top 20 Bigramas' ,
'count'])
df1.groupby('Top 20
Bigramas').sum()['count'].sort_values(ascending=True).plot.barh(figsize
e=(20, 7))
plt.show()

common_words = get_top_n_trigram(data_['normaliza'], 20)

df2 = pd.DataFrame(common_words, columns = ['Top 20 Trigramas' ,
'count'])
df2.groupby('Top 20
Trigramas').sum()['count'].sort_values(ascending=True).plot.barh(figsize
ze=(20, 7))
plt.show()

```

Periodo Pre-HAART

In []:

```

print('\n\nPeriodo Post-HAART\n')

data_ = data[data['PERIODO'] == 'Post-HAART']

common_words = get_top_n_bigram(data_['normaliza'], 20)

```

```
df1 = pd.DataFrame(common_words, columns = ['Top 20 Bigramas' ,
'count'])
df1.groupby('Top 20
Bigramas').sum()['count'].sort_values(ascending=True).plot.barh(figsize
e=(20, 7))
plt.show()
```

```
common_words = get_top_n_trigram(data_['normaliza'], 20)
```

```
df2 = pd.DataFrame(common_words, columns = ['Top 20 Trigramas' ,
'count'])
df2.groupby('Top 20
Trigramas').sum()['count'].sort_values(ascending=True).plot.barh(figsize
ze=(20, 7))
plt.show()
```

Periodo Post-HAART

WordClouds

Representación de los adjetivos más repetidos en las publicaciones de los diferentes periodos. Los adjetivos determinan mayoritariamente el sentimiento de un documento.

In []:

```
print('\nTODOS LOS DATOS\n')
# List of words
all_words_lem = ' '.join([word for word in data['adjetivos']])

# Generate a word cloud object
wordcloud = WordCloud(height=300,
width=1000,
background_color="white",
contour_color='steelblue',
max_words=100, contour_width=3,
mode="RGBA").generate(all_words_lem)

# Genera el wordcloud
wordcloud.generate(all_words_lem)
# Visualizalo en una imagen
wordcloud.to_image()
```

In []:

```
print('\n\nPeriodo del descubrimiento\n')

data_ = data[data['PERIODO'] == 'Descubrimiento']
# List of words
all_words_lem = ' '.join([word for word in data_['adjetivos']])

# Generate a word cloud object
wordcloud = WordCloud(height=300,
width=1000,
background_color="white",
```

```

        contour_color='steelblue',
        max_words=100, contour_width=3,
        mode="RGBA").generate(all_words_lem)
# Genera el wordcloud
wordcloud.generate(all_words_lem)
# Visualizalo en una imagen
wordcloud.to_image()
In [ ]:

print('\n\nPeriodo Pre-HAART\n')

data_ = data[data['PERIODO'] == 'Pre-HAART']
# List of words
all_words_lem = ' '.join([word for word in data_['adjetivos']])

# Generate a word cloud object
wordcloud = WordCloud(height=300,
                       width=1000,
                       background_color="white",
                       contour_color='steelblue',
                       max_words=100, contour_width=3,
                       mode="RGBA").generate(all_words_lem)

# Genera el wordcloud
wordcloud.generate(all_words_lem)
# Visualizalo en una imagen
wordcloud.to_image()
In [ ]:

print('\n\nPeriodo Post-HAART\n')

data_ = data[data['PERIODO'] == 'Post-HAART']
# List of words
all_words_lem = ' '.join([word for word in data_['adjetivos']])

# Generate a word cloud object
wordcloud = WordCloud(height=300,
                       width=1000,
                       background_color="white",
                       contour_color='steelblue',
                       max_words=100, contour_width=3,
                       mode="RGBA").generate(all_words_lem)

# Genera el wordcloud
wordcloud.generate(all_words_lem)
# Visualizalo en una imagen
wordcloud.to_image()

```

ANEXO 5: HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO AUTORIZADO

Leer detenidamente esta información antes de decidir participar en el estudio:	
Datos del proyecto de investigación/Tesis	
¿Quién es la persona responsable del proyecto? GRUPO DE INVESTIGACIÓN IMPLICA	
¿Con quién contactar si tengo alguna duda o quiero ejercer mis derechos sobre protección de datos?	<p>Responsable: María Pilar Molés Julio.</p> <p>Identidad: Universitat Jaume I.</p> <p>Grupo de Investigación: IMPLICA – La implicación de la Enfermería en los Cuidados.</p> <p>Dirección Postal: Av.de Vicent Sos Baynat s/n 12071 Castellón de la Plana</p> <p>Teléfono: +34 964 387743</p> <p>Correo electrónico: mjulio@uji.es</p> <p>Delegado de protección de datos DPD:</p> <p>Contacto DPD: dpd@uji.es</p>
¿Cuál es el título del proyecto?	
<i>EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, A TRAVÉS DE PRENSA ESCRITA ESPAÑOLA.</i>	
¿En qué consiste la investigación?	
Se trata de una investigación mixta: por un lado un análisis cuantitativo de las noticias publicadas en prensa escrita española sobre el VIH e instituciones penitenciarias durante los últimos cuarenta años. Por otro lado un análisis cualitativo mediante la aportación de las vivencias de enfermeras/os de prisiones, a cerca de la pandemia del VIH en relación a las instituciones penitenciarias.	
¿Cuál es el objetivo de la participación?	
Conocer las vivencias de enfermeras/os que trabajaron o trabajan en prisiones sobre la pandemia del VIH entre 1981 y 2020.	
¿Cómo y por qué me han seleccionado?	
Han sido seleccionadas por el investigador principal en base a su trayectoria y experiencia profesional como enfermeras de Instituciones Penitenciarias.	
¿Qué beneficios puede obtener la sociedad o el colectivo específico si se lleva a término esta investigación?	

<p>Conocer la influencia desarrollada por la prensa en una pandemia de las más importantes que hemos sufrido y como se ha vivido desde la perspectiva enfermera en un ámbito totalmente desconocido por la sociedad.</p>
<p>¿Qué beneficios puedo obtener si participo en la investigación?</p> <p>Contribuir al desarrollo de este proyecto enriqueciéndolo con la aportación de su experiencia y conocimientos.</p>
<p>¿Qué riesgos/daños puedo sufrir a consecuencia de la participación?</p> <p>Ninguno. Sus aportaciones serán completamente anónimas.</p>
<p>¿En qué consiste mi participación?</p> <p>En la participación mediante entrevistas dentro de un grupo focal de enfermeras para aportar sus vivencias en relación al VIH en su práctica profesional y en relación a noticias publicadas sobre VIH y prisiones en prensa escrita española.</p>
<p>¿Se me comunicaran los resultados? Comunicación de los resultados:</p> <p>No hay previsión de comunicar directamente los resultados a todos los participantes debido a que serán resultados públicos a los que se podrá acceder desde el repositorio de Tesis Doctorales de la Universitat Jaume I.</p>
<p>Se difundirán o publicarán los resultados?</p> <p>Los resultados forman parte de una Tesis Doctoral que tendrá acceso abierto.</p>
<p>¿Cómo se protegen mis datos? Protección de datos</p>
<p>Son confidenciales las entrevistas? Totalmente, mediante anonimización completa de los informantes.</p>
<p>Son anónimas o pseudoanonimizadas? Una vez que se realicen y transcriban las entrevistas se anonimizarán los datos personales.</p>
<p>Se reutilizarán mis datos para otras investigaciones?</p> <p>No. Serán utilizados únicamente con el objetivo de la elaboración del proyecto de tesis doctoral del investigador principal.</p>

<p>Manifiesto que:</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. He leído y entiendo la información que se me ha ofrecido sobre la investigación. 2. He leído y comprendo los objetivos del estudio y los procedimientos de éste. 3. He leído y comprendo los inconvenientes del proceso. 4. Mi participación es totalmente voluntaria. 5. Entiendo que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que ello tenga repercusiones contra mí.

Por todo ello:		
Consiento en participar en este estudio	SÍ	NO
Consiento que se me grabe en vídeo con finalidad únicamente investigadora.	SÍ	NO
Consiento que se me registre en audio con finalidad únicamente investigadora.	SÍ	NO
Consiento la reutilización de mis datos de investigación para investigaciones afines.	SI	NO

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el Reglamento general (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, de protección de datos, Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar, y a la propia imagen y normativa complementaria.

Me han informado que el grupo de investigación IMPLICA - La Implicación de la Enfermería en los Cuidados - de la Universitat Jaume I llevará a cabo el tratamiento de mis datos personales de acuerdo con el Reglamento General de Protección de Datos (UE) 2016/679.

Información básica sobre protección de datos	
Responsable del tratamiento	Universitat Jaume I. Grupo de Investigación IMPLICA - La Implicación de la Enfermería en los Cuidados
Finalidad del tratamiento	Conocer las vivencias de las enfermeras/os respecto a la pandemia del VIH/SIDA y su repercusión en la prensa durante estos últimos cuarenta años.
Legitimación	La legitimación se basa en el consentimiento según lo dispuesto en los artículos 6, 9 y 89 del RGPD y, adicionalmente, en el interés público establecido en el artículo 2 de la Ley Orgánica 2/2023, de 21 de marzo, del Sistema Universitario.
Destinatarios	No se cederán datos a terceras partes, salvo que sea obligación legal.
Derechos	Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad, y a la limitación o la oposición al tratamiento dirigiéndose a la Secretaría General de la UJI mediante el Registro Electrónico (https://ujiapps.uji.es/reg/rest/publicacion/solicitud_generica) o, presencialmente, en la Oficina de Información y Registro (InfoCampus), situada en el Ágora Universitaria - Locales 14-15.
Información adicional	Puede consultar la información adicional y detallada sobre este tratamiento de datos en https://www.uji.es/proteccionades/clausules/?t=1189

Para dejar constancia, firmo a continuación:

La persona participante

Investigador/a principal del proyecto o director/a de la tesis doctoral

(Fecha)



ANEXO 6: INFORME DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL CEISH

Laura Bernal Sánchez, secretaria de la Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I de Castellón de la Plana,

CERTIFICO; que el Comité de Ética de la Investigación con Seres Humanos de la Universitat Jaume I ha emitido informe FAVORABLE sobre el proyecto de tesis doctoral de ENRIQUE JESÚS VERA REMARTÍNEZ, con número de expediente "CEISH/64/2023" EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN INSTITUCIONES PENITENCIARIAS, A TRAVÉS DE PRENSA ESCRITA ESPAÑOLA, presentado por María Pilar Molés Julio, por considerar que cumple con las normas deontológicas exigidas.

Castellón de la Plana, 19 de mayo de 2023

Copia auténtica del documento firmado por Laura Bernal Sánchez, y sellado electrónicamente por la Universidad Jaume I el 25/05/2023

09.01 h. Se puede comprobar su autenticidad accediendo a la dirección <http://www.uji.es/documents> e introduciendo el código seguro de verificación F0970A36C78322CF8D3A.

