

¿se pueden adaptar los programas de prevención del VIH?

¿para qué adaptarlos?

Sabemos que muchas intervenciones de prevención del VIH han logrado hacer la diferencia y que los esfuerzos de prevención han ayudado a reducir las tasas de infección con VIH en diferentes poblaciones.¹ Así como la epidemia del VIH cambia, igual ocurre con las cantidades y los grupos poblacionales afectados por el este virus. Adaptar intervenciones nos permite usar los principios que han comprobado ser eficaces y luego ser aplicarlos a aquellos grupos que recién entran a formar parte del riesgo y que por lo tanto no han sido analizados.

Crear intervenciones consume tiempo y dinero, por esta razón adaptar programas que han demostrado su eficacia es lo más sensato.² Usando las herramientas y teorías de otros programas exitosos puede ahorrarnos tiempo y dinero. En una época en la que los fondos de prevención escasean, adaptar intervenciones puede ser lo más apropiado para el bolsillo.

¿acaso son iguales los diferentes grupos poblacionales?

Sí y no. A pesar de que cada comunidad o población es única, existen muchas semejanzas entre ellas, incluyendo el entorno social, político y emocional. Si bien es cierto que los usuarios de drogas intravenosas de Chicago, IL y los jóvenes gay de Eugene, OR tienen diferentes necesidades, ambos pueden beneficiarse de ciertos aspectos que ofrecen los programas de intervención. Por ejemplo, ambas poblaciones pueden usar personas del mismo grupo para transmitir mensajes y cambiar normas de grupo.^{3,4}

La prevención del VIH va más allá de la enseñanza del sexo seguro y del uso responsable de las drogas. Los programas de prevención necesitan tomar en cuenta el contexto de la vida de la persona que practica el sexo seguro y la relación de esta persona con respecto a la epidemia. Los programas de prevención pueden ser adaptados de acuerdo a las circunstancias que se presentan, no necesariamente reinventarlo totalmente.

¿cómo se logra esta adaptación?

Para adaptar un programa, es esencial conocer bien a la comunidad a intervenir.⁵ Las organizaciones que ofrecen servicios a nivel comunal son quienes mejor conocen a su población, a través del reclutamiento o del estudio de sus necesidades. Antes de adaptar un programa de intervención es necesario entender muy bien las características del programa original, a su audiencia habrá también que identificar las diferencias y semejanzas con relación al ambiente al que será adaptado.

La teoría nos brinda las bases para ejercer el cambio conductual, esta a su vez puede ser muy útil para darse cuenta si la intervención es apropiada para el grupo que será intervenido. Por ejemplo, la teoría Social Cognitiva nos conduce al aprendizaje por medio de la interacción con otras personas, utilizando el entorno social y físico para producir el cambio.⁶ Las dramatizaciones, la creación de la conciencia a nivel comunitario, los juegos interactivos, la enseñanza de un oficio, todos estos elementos pueden formar parte de un programa basado en esta teoría.

La educación impartida por personas del mismo grupo al que se va a tratar puede ser un elemento exitoso y sirve de gran motivación, especialmente entre las personas en desventaja. Estos programas reclutan a aquellas personas que están a riesgo y se les entrena para que puedan educar y salvar las vidas de aquellos que corren el mismo riesgo.⁷ Esto pone en evidencia que hay miembros dentro de la comunidad que pueden actuar como agentes que tienen la capacidad de lograr el cambio.

Otro elemento exitoso consiste en utilizar principios de familia, el orgullo por la raza y despertar el sentido de comunidad.⁸ Por ejemplo, se obtiene mayor participación de los padres de familia al ofrecer clases de comunicación entre padres e hijos que si se ofrecieran clases específicas sobre el VIH. Hacer un llamado a la comunidad para que proteja a la familia, a los hijos, esposos y esposas y a que se apoyen entre sí, puede ser más estimulante que hacer un llamado para protegerse a sí mismo.

Quién lo dice?

1. Office of Technology Assessment. *The Effectiveness of AIDS Prevention Efforts*. 1995.

2. Holtgrave DR, Qualls NL, Curran JW, et al. An overview of the effectiveness and efficiency of HIV prevention programs. *Public Health Reports*. 1995;110:134-146.

3. Weibel W, Jimenez A, Johnson W, et al. Positive effect on HIV seroconversion of street outreach intervention with IDUs in Chicago. Presented at the 9th International Conference on AIDS. Berlin, Germany, 1993. Abstract WSC152.

4. Kegeles SM, Hays RB, Coates TJ. The Mpowerment project: a community-level HIV prevention intervention for young gay and bisexual men. *American Journal of Public Health*. 1996;86:1-8. Contacto: Susan Kegeles 415/597-9159.

5. Herek GM, Greene B, eds. *AIDS, identity, and community: the HIV epidemic and lesbians and gay men*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications; 1995.

6. Bandura A. Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. In DiClemente RJ, ed. *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Interventions*. New York, NY: Plenum Press; 1994.

7. Grinstead OA, Zack B, Faigles B. Effectiveness of peer HIV education for prisoners. Presented at the Biopsychosocial Conference on AIDS; Brighton, England. 1994. Contacto: Barry Zack, Marin AIDS Project 415/457-2487.

¿algunos ejemplos?

El proyecto "STOP AIDS" de San Francisco, CA ha servido de modelo en la prevención del VIH en toda la nación.⁹ El modelo, basado en la movilización de la comunidad, el reclutamiento y las pequeñas reuniones de grupo, ha sido adaptado y usado por hombres gay a lo largo del país. El modelo de "STOP AIDS" se ha usado en los Angeles, CA, West Palm Beach, FL, Phoenix, AZ y en Chicago, IL, entre otras. En San Francisco, los clientes han sido reclutados en la calle y en los bares, mientras que en Chicago el programa se ha hecho en las escuelas. Se ha descubierto que los programas de prevención funcionan mejor si ya existe un sentido de responsabilidad comunitario en la ciudad que se piensa intervenir.

El "Healthy Oakland Teens" (HOT), un programa de educación sexual impartido por los estudiantes de una escuela en la ciudad de Oakland, CA, entrenó a jóvenes del noveno grado para impartir clases de sexualidad y de VIH/SIDA a los estudiantes del séptimo grado. Un año más tarde, los participantes del programa estuvieron menos propensos a iniciar actividades tales como los besos apasionados, tocarse los genitales o iniciar relaciones sexuales.¹⁰ HOT fue adaptado para jóvenes Balineses ya que ha habido un incremento en la seroprevalencia debido al incremento del turismo y a la industria del sexo en Balí, Indonesia.

En Balí, los investigadores descubrieron que entre los grupos de jóvenes tradicionales, sólo el 14% de los activos sexualmente habían usado condones. A pesar de que la mayoría aún vivía con sus padres, solo el 33% reportó sentir confianza al hablar sobre la sexualidad con sus padres, mientras que el 75% sentía más confianza hablando de sexo con sus amigos. El modelo inicialmente usado por HOT pareció ser el más apropiado para lograr la adaptación, solo que esta vez las bases no iban a ser en las escuelas, sino que se adiestró a grupos tradicionales, que llevaran el mensaje a todo joven Balinés sin importar el nivel educacional o socio-económico.¹¹

Otro de los programas que resultó exitoso, reclutó a líderes del gusto popular que asistía a los bares, a estos se les adiestró para disseminar mensajes de prevención a este grupo.¹² Este programa se adaptó a un grupo de mujeres de minoría racial residentes en viviendas gubernamentales. Sin embargo, el programa no funcionó en este ambiente. ¿El motivo? Las mujeres no se conocían entre sí, y por a las altas tasas de crimen registradas en este tipo de viviendas, no existía la confianza de para abrir las puertas a desconocidos.

Este programa volvió a intentarse, esta vez comenzando ayudando a las mujeres a crear conciencia comunitaria, organizando festivales, música y cenas a la que cada una traía un platillo. El resultado fue el incremento del uso del condón y una mayor comunicación. Entre otras cosas se logró tratar temas que afectaban a la comunidad en estos complejos de vivienda tales como las drogas y la violencia.¹³

¿qué se puede hacer?

Las organizaciones que ofrecen servicios deben invertir tiempo y dinero en la capacitación del personal sobre cómo aprovechar los programas de prevención al máximo, esto incluye: el uso de la teoría, el estudio de las necesidades de la población a la que se piensa intervenir tanto como cultivar la relación entre investigadores y organizaciones para estar enterados sobre el tipo de programas que han demostrado su eficacia.

Los grupos de planificación comunitaria (CPGs) pudieran crear y mantener una relación estable entre los investigadores, las organizaciones a nivel comunitario y el Departamento de Salud. Los coordinadores de programas de los CPGs, además, deberían poner en contacto a los CPGs con los investigadores locales, ambos a su vez pueden ayudar a los planificadores de prevención a nivel comunitario a determinar cuáles son las adaptaciones más apropiadas.

Los investigadores necesitan pasar de los estudios con eficacia en menor escala a los de mayor escala. Muchas intervenciones son eficaces en un área de mucho control (los clientes son remunerados, el personal bien pagado y con un nivel alto de educación). Estas intervenciones deben ser puestas a prueba en el "mundo real", solo así se sabrá cuáles son las modificaciones que habrán de hacerse para poder asegurar la efectividad bajo circunstancias diferentes.

Los administradores de estos fondos deberán comprometerse a designar dinero para la adaptación de programas y para llevar a cabo programas piloto a nivel comunitario. Un programa de prevención completo, utiliza muchos elementos para proteger del VIH a la mayor cantidad de gente posible. Adaptar los programas de intervención existentes puede ahorrar dinero además de ser una estrategia eficaz en la prevención.

PREPARADO POR PAMELA DECARLO Y JEFF KELLY, TRADUCCIÓN ROMY BENARD-RODRÍQUEZ

Alentamos la reproducción de este documento; aunque, no se admite la venta de copias y UCSF deberá ser mencionada como fuente de esta información. Para obtener copias, llame por favor al National Prevention Information Network al 800/458-5231 o al Internet <http://www.caps.ucsf.edu> o <http://hiviniste.ucsf.edu/prevention>. Estas hojas informativas están disponibles en inglés. Cualquier comentario o pregunta acerca de esta hoja informativa puede ser electrónicamente dirigido al FactsSheetM@psg.ucsf.edu. ©Mayo 1997, University of California.

8. Díaz RM. HIV risk in Latino gay/bisexual men: a review of behavioral research. Report prepared for the National Latino/a Lesbian and Gay Organization. 1995. Contacto: Jose Ramón Fernández-Peña, Mission Neighborhood Health Center, 415/552-1013 X386.

9. Wohlfeiler D. Community Organizing and Community Building Among Gay and Bisexual Men. In Minkler M, ed. *Community Organizing and Community Building for Health*. Rutgers University Press. (in press). Contacto: Dan Wohlfeiler 415/575-1545.

10. Ekstrand ML, Siegel D, Nido V, et al. Peer-led AIDS prevention delays initiation of sexual behaviors among US junior high school students. Presented at 11th International Conference on AIDS, Vancouver, BC. 1996. Contacto: Maria Ekstrand 415/597-9160.

11. Merati T, Wardhana M, Ekstrand M, et al. HIV risk taking among youth participating in peer-led AIDS education programs in traditional Balinese youth groups. Presented at the 11th International Conference on AIDS; Vancouver BC. 1996. Th.C.4411.

12. Kelly JA, St. Lawrence JS, Stevenson LY, et al. Community AIDS/HIV risk reduction: the effects of endorsements by popular people in three cities. *American Journal of Public Health*. 1992;82:1483-1489. Contacto: Jeff Kelly 414/287-4680.

13. Sikkema KJ, Kelly J, Heckman T, et al. Effects of community-level behavior change intervention for women in low-income housing developments. Presented at the 11th International Conference on AIDS; Vancouver BC. 1996. Tu.C.453. Contacto: Kathy Sikkema 414/287-6100.