

Manual de Intervenciones Focalizadas



PARA ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES CON
TRABAJO EN HOMBRES GAYS, TRANS, Y OTROS
HOMBRES QUE HACEN SEXO CON HOMBRES



POR LA ASOCIACIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL
Y CIUDADANÍA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Manual de Intervenciones Focalizadas

Para Organizaciones No Gubernamentales con trabajo en hombres gays, trans, y otros hombres que hacen sexo con hombres.

Realización:



ASOCIACIÓN PARA LA SALUD INTEGRAL
Y CIUDADANÍA DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Con el apoyo de:



INTERNATIONAL HIV/AIDS ALLIANCE

© 2007 - Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina y el Caribe. Todos los derechos reservados.

Este texto puede ser reproducido total o parcialmente siempre y cuando se cite la fuente.
Las opiniones aquí expresadas corresponden al comité editorial y no necesariamente reflejan el punto de vista de International HIV/AIDS Alliance

Reconocimientos:

Comité editorial:

Orlando Montoya, Fundación Ecuatoriana Equidad / ASICAL
Rafael Freda, Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina / ASICAL
Luis Fernando Leal, Liga Colombiana de Lucha Contra el SIDA / ASICAL
Fernando Muñoz, Movimiento Unificado de Minorías Sexuales / ASICAL

Sistematización y redacción:

Lic. y Prof. Pablo David Radusky
Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina

Diseño Gráfico:

Pablo Britez
Sociedad de Integración Gay Lésbica Argentina

a Enrique Camia

(1963 - 2007)

Activista de la lucha contra el SIDA

Fundador de la Federación CREFOR, Argentina

Miembro Colaborador de ASICAL

Índice

Presentación	6
1º parte: Intervenciones Focalizadas: sus fundamentos	11
Capítulo 1: La prevención del VIH/sida en población gay, bisexuales, trans y HSH	12
- Determinantes sociales del VIH/sida	13
- “Riesgo” y “Población en riesgo”	18
- Las prácticas de riesgo	21
- El concepto de vulnerabilidad	22
Capítulo 2: La epidemiología: una herramienta fundamental	24
- La importancia de la Epidemiología para la intervención en salud	25
- Indicadores epidemiológicos: prevalencia e incidencia	28
- Tipos de epidemia	32
Capítulo 3: La intervención focalizada	34
- ¿Qué es una intervención focalizada?	35
2º parte: Pensando una intervención	36
Capítulo 4: Conociendo a la población meta	37
- El primer paso: conocer a la población	38
- Género, masculinidades e identidad de género	42
Capítulo 5: Identificando prácticas de riesgo	55
- La conducta: concepto	57
- El cambio conductual	59
Capítulo 6: Identificando factores clave detrás de la conducta	64
- La determinación de la conducta: concepto de factor clave	66
Capítulo 7: Promoviendo el cambio de conducta	72
- Estrategias de cambio de conducta	74
- El plan de actividades	80
Capítulo 8: Monitoreo y evaluación	85
- ¿Cómo sabemos si logramos el cambio?	87
Capítulo 9: Otros modelos posibles de intervención	96
-El modelo de Investigación-Acción	98
-El modelo de Líderes de Opinión	100
Comentario Final	102
Bibliografía	104

Presentación



Presentación del manual

Fundamentación

Hoy ya no se pone en duda que, en la lucha contra la epidemia del VIH/sida, la sociedad civil cumple un rol fundamental. Una problemática tan compleja como esta requiere de la participación de múltiples sectores para su abordaje. Esto incluye a las organizaciones comunitarias como sector que necesariamente debe ser incorporado en esta tarea, especialmente las de aquellos grupos o comunidades particularmente afectadas por esta epidemia, como los gays, bisexuales, trans y HSH.

En América Latina la infección por VIH en esta población fluctúa entre el 5 y el 20%. Esto implica que es uno de los grupos de concentración de la epidemia en casi todos nuestros países y por esto, debe recibir atención prioritariamente.

Estas cifras, en parte, son producto de la falta y/o la inoperancia de las acciones gubernamentales. Esta ausencia de acciones dirigidas específicamente a población gay, bisexual, trans y HSH se basa en datos que muestran un aumento de las infecciones en población heterosexual. Así los gobiernos concluyeron erróneamente que la epidemia GBTH estaba en retroceso o ya no era un problema. Esto, sumado a la creencia que “el SIDA es un problema de todos y afecta a todos por igual”, hizo que las políticas y los programas se tornaran fuertemente heterocéntricos y adultocéntricos, dejando por fuera de su alcance a la población GBTH de diferentes edades.

Esta tendencia invisibiliza el hecho de que nuestra población GBTH aun es uno de los grupos más expuestos al VIH/sida. A esto contribuyen:

- La alta frecuencia de relaciones sexuales anales y la irregularidad en el uso de condón en estas.
- La alta prevalencia de ITS registrada en esta población en muchos de nuestros países. Muchas ITS producen lesiones que facilitan el ingreso del virus al cuerpo.
- La homofobia, la discriminación y el estigma muy extendidos aun en nuestra región. La idea de que las relaciones homosexuales son anormales, perversas o pecaminosas hacen que muchos gays, bisexuales, trans y HSH sean agredidos o deban ocultar y vivir su sexualidad clandestinamente. Esto lesiona su autoestima y el desarrollo de una identidad plena y fuerte, lo que aumenta la probabilidad de que se embarquen en conductas más riesgosas.
- El mayor consumo de alcohol y estupefacientes, generalmente ligado al punto anterior y como forma de sobrellevar las presiones de tener una orientación sexual diferente en una sociedad homofóbica; entre otras...

Revertir esta situación requiere de organizaciones GBTH capacitadas que puedan diseñar e implementar intervenciones focalizadas y especialmente dirigidas a gays, bisexuales, trans y HSH, para la prevención del VIH.

Focalizar las intervenciones permite:

- Orientar todos los esfuerzos y recursos a los grupos mas expuestos a la epidemia y que, por lo tanto, necesitan asistencia prioritaria (como la población de gays, bisexuales, trans y HSH).
- Reducir la inequidad en la atención y el acceso a la salud, interviniendo en grupos “olvidados” o “invisibilizados” por las políticas y los programas gubernamentales.
- Pensar intervenciones mas eficaces y eficientes. Al especializar las acciones en un grupo específico es posible adecuarlas mejor a las características y necesidades particulares de este.

Por otro lado, saber plantear correctamente una intervención posibilita que esta sea presentada ante organismos que puedan financiarla y sostenerla. Al mismo tiempo, fortalece a los grupos y organizaciones comunitarias GBTH.

Al intervenir estos ganan experiencia y aumentan su posibilidad participación en las estrategias nacionales de respuesta a la epidemia de VIH/sida. Al ser capaces de hacer aportes reales, científicos y valiosos existen mayores probabilidades de poder ser incluidos en instancias de diseño de políticas y de toma de decisiones.

Queda claro entonces que para lograr una participación efectiva en las acciones contra la epidemia de VIH/sida es fundamental que los grupos GBTH se capaciten en estrategias de intervención focalizadas en nuestra población.

Para colaborar y apoyar el camino que lleva a los grupos y comunidades a adquirir herramientas para la intervención es que ha sido pensado este manual.

Como surge este Manual

Este manual es uno de los productos de la sistematización del Programa “Fortaleciendo Capacidades de Grupos Gay con trabajo en VIH en hombres gay y otros HSH” ideado por ASICAL (Asociación para la Salud Integral y Ciudadanía de América Latina) junto con la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA en mayo del 2005.

El proyecto tuvo como objetivo general apoyar el fortalecimiento de la capacidad técnica local para responder a las necesidades de los hombres gay, transgéneros y HSH en términos de prevención, atención y apoyo, tomando como eje clave del desarrollo la gestión de conocimientos.

Como fase preparatoria del programa, en enero del 2005 ASICAL creó un banco de consultores comunitarios para el trabajo en GBTH y VIH/SIDA quienes cooperaron con la articulación del compendio conceptual y metodológico del programa, provenientes de organizaciones y grupos GLBT de los siguientes países: Guatemala, Venezuela, República Dominicana, Cuba, Ecuador, Honduras, Bolivia, Perú, Uruguay, Argentina, Brasil y México, quiénes conjuntamente con los miembros de ASICAL y la asistencia técnica de la Alianza Internacional, diseñaron los tres módulos de capacitación, base del programa regional. Los tres módulos eran: “Desarrollo y Sustentabilidad Organizacional”, “Intervenciones Focalizadas en VIH/sida” e “Incidencia Política, DDHH y Climas Sociales Favorables”, respectivamente.

Durante el 2005 y principios del 2006, ASICAL desarrolló un trabajo de capacitación, basado en esos tres módulos, enfocado a impulsar el desarrollo organizacional y de gestión para ampliar la base de participación de grupos GBTH con trabajo en VIH y SIDA en hombres gay, bi-

sexuales y personas trans, en los Mecanismos de Coordinación País de los proyectos del Fondo Mundial, en la región LAC; promover el intercambio de experiencias y la cooperación sur-sur entre los diversos grupos de la región; y, estimular los procesos de coordinación y el trabajo en red. Fueron capacitados 63 líderes GBTH de 52 organizaciones.

La sistematización de esta experiencia da como resultado el presente Manual.

Objetivos

El objetivo de este manual es:

-Brindar herramientas conceptuales y procedimentales para el diseño, planificación e implementación de intervenciones focalizadas en población gay, bisexual, trans y HSH.

Destinatarios

Los principales destinatarios son miembros de grupos u organizaciones gays, trans, bisexuales o de otros HSH así como referentes de la misma comunidad interesados en desarrollar intervenciones focalizadas en nuestra población. El manual contiene ejemplos y consejos dirigidos especialmente a este público y a sus necesidades y particularidades. Sin embargo, los contenidos generales pueden ser aprovechados y utilizados por cualquier grupo y comunidad con intención de intervenir en algún grupo social particular.

Estructura del manual

El manual fue elaborado con una estructura simple y un lenguaje sencillo con el fin de que sea accesible a la mayor cantidad de personas posible. De esta manera, su uso no debería presentar dificultades.

El lenguaje de la exposiciones es simple para facilitar la comprensión pero aun así académico, para evitar la vulgarización y la banalización de los contenidos.

El manual esta dividido en dos partes. En la Primera Parte (Capítulos 1, 2 y 3) se desarrollan los fundamentos de una intervención focalizada. Dado que se espera que las acciones estén científicamente fundamentadas y sustentadas, se incluyen en esta sección conceptos básicos necesarios para pensar una intervención: riesgo, vulnerabilidad, nociones de epidemiología, entre otros.

En la Segunda Parte (Capítulos 4 a 9) se desarrollan, capítulo a capítulo, los pasos para el diseño de una intervención focalizada. Se tomaron como ejemplo los momentos del Modelo de Cadena de Cambios, por considerarlo el mas básico y sencillo de comprender. Además, sus pasos son los que podemos ubicar en cualquier modelo de intervención. Por lo tanto, a partir de ellos se pueden comprender otros modelos mas complejos y elaborados, como los que se presentan en el último capítulo.

Para favorecer el aprendizaje, al final de algunos capítulos se propone una actividad simple que implica aplicar los contenidos a una situación práctica. Las actividades están encadenadas pues cada una coincide con el momento del modelo trabajado en el capítulo precedente.

El producto de una es insumo para resolver la siguiente. De esta forma, al resolver cada una el participante estará, al mismo tiempo, diseñando una intervención focalizada real. Al final de la última actividad, si el lector completó todas las anteriores, habrá logrado planificar una intervención.

En resumen, se espera que las actividades no solo sirvan para fortalecer lo aprendido con la lectura sino que además sean una guía práctica para el diseño de intervenciones focalizadas reales.

Además, a lo largo de los capítulos de la Segunda Parte, se irá desarrollando la experiencia de diseño de una intervención de una organización imaginaria: "Juntos por la Vida". Al final de cada capítulo, en un recuadro, se relatará como resolvió la organización el paso del modelo explicado previamente. Se espera que estos relatos sirvan de ejemplo al lector acerca de como desarrollar y pensar cada etapa del diseño de acciones en prevención de VIH/sida.

Esperamos que este recorrido sea de provecho y utilidad para ti y tu grupo.

Intervenciones Focalizadas: sus fundamentos



En esta primera parte, abordaremos conceptos básicos que servirán de fundamento para el diseño y desarrollo de intervenciones. Intervenir no es simplemente llevar a cabo acciones para lograr cambios en mi entorno favorables a mi comunidad. Cada acción que ponga en práctica debe tener su fundamento en teorías y conceptos científicos; una buena intervención debe estar científicamente fundada. Las acciones basadas en opiniones o pareceres de quien interviene tienen alta probabilidad de resultar ineficaces e ineficientes. Quien las realiza no puede dar explicaciones acerca de por qué hace lo que hace. Basar nuestras acciones en teorías o conceptos aportados por la ciencia presenta algunas ventajas inmediatas:

- Aumenta la eficacia y eficiencia de las acciones al sustentarlas en conceptos o datos científicamente probados y tomados como verdaderos;
- Nos aleja del “voluntarismo” para organizar y darle coherencia y sustento a nuestra intervención;
- Permite a quien interviene exponer las razones de las decisiones que tomó en el proceso de diseño de la intervención. Si están científicamente sustentadas, son menos discutibles;
- Otorga seriedad a la intervención y la valoriza ante la misma comunidad y ante otros organismos (entre ellos, organismos que puedan apoyar nuestra intervención financieramente).

Hagamos un recorrido por los conceptos útiles para el diseño de una intervención focalizada.


Para hacer una intervención hay que hacerla bien razonada, explicada y fundamentada, o no conseguirás fondos



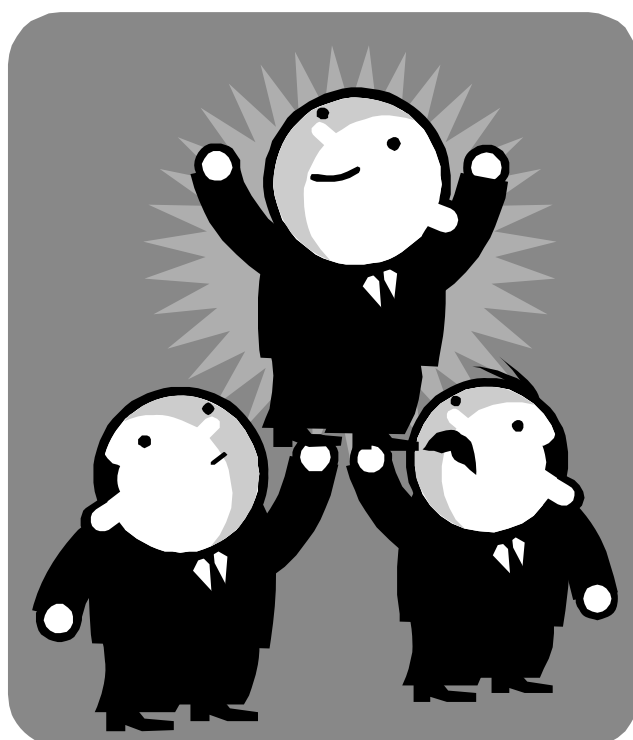


Capítulo 1

La prevención del VIH/sida en población gay y HSH

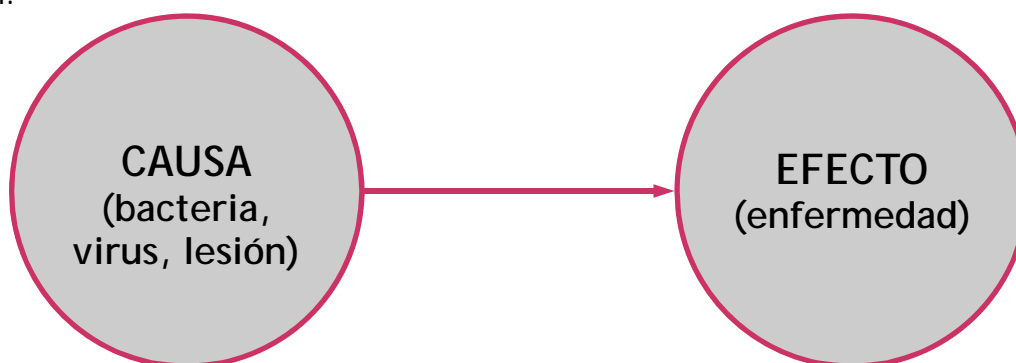


(también llamada GBTH: gays, bisexuales, travestis y otros hombres que hacen sexo con hombres)



Determinantes sociales del VIH/sida

Todo problema de salud tiene un origen que lo produce o permite que emerja en una población determinada. Hasta mediados del siglo XX, en pleno auge de la revolución científica y técnica, era habitual que buscar la “causa” de una enfermedad equivaliera únicamente a buscar el virus, bacteria o lesión fisiológica al que podía ser atribuida. La relación de causalidad entre el agente patógeno y el problema que emergía ante su presencia era lineal y en una sola dirección:



Algunos autores percibieron que los ambientes humanos también podían influir en la aparición de un determinado problema de salud en una población. El concepto “ambiente” era reducido a sus aspectos físico-químicos y se le otorgaba el papel de modulador de la relación entre el agente productor de enfermedad (virus o bacteria) y el huésped que lo recibía y terminaba enfermando. Era un elemento que facilitaba o impedía el encuentro de ambos. Favorecía o no la presencia del agente, pero no era en sí mismo un factor productor de salud o de enfermedad.

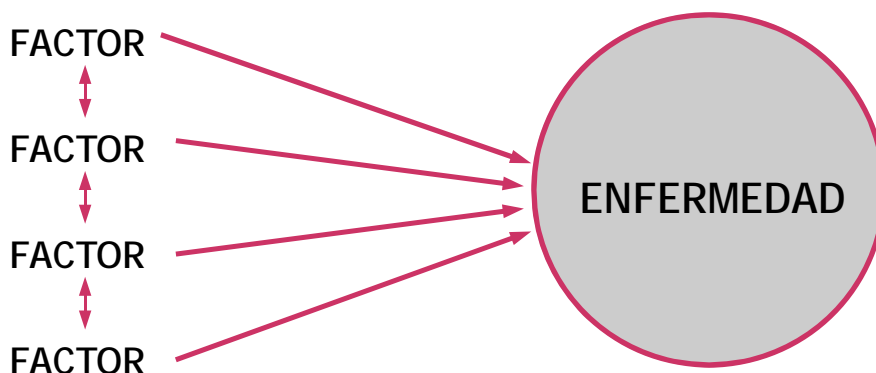
Esta forma de ver el campo de la salud fue cuestionada por estudios epidemiológicos que demostraban cuánto influían el ambiente y los estilos de vida de las personas en la adquisición de enfermedades. Estos estudios cambiaron la concepción de los determinantes de la salud y la enfermedad al demostrar que:

- Ningún problema de salud (ni tampoco la salud) puede atribuirse a una sola causa. La enfermedad está determinada de forma múltiple, porque nunca hay una sola “causa” o factor que la produzca. Siempre existe **multicausalidad**.
- Estos múltiples determinantes de la salud y la enfermedad siempre son diversos; no tienen un único origen. En toda problemática de salud intervienen factores biológicos y también sociales, psicológicos, económicos, políticos, culturales, y demás.
- El ambiente no es un simple modulador de la relación entre el agente y el huésped. Es un determinante más; puede producir o no salud y debe ser entendido de manera amplia incluyendo no solo su dimensión físico-química. El ambiente humano incluye dimensiones sociales, económicas, políticas, culturales, etc.

Nunca hay “una sola cosa” que causa una enfermedad. Además del virus o la bacteria, hay que ver en que condiciones se vive.

Ningún problema de salud puede ser atribuido a una única causa. No hay un determinante que por sí solo pueda producir una enfermedad; debe necesariamente interactuar con otros deter-

minantes de diversa índole para que el problema se produzca. Hay determinantes cuya presencia es **necesaria** para que la enfermedad se produzca, pero que es **insuficiente** por sí sola, si no interactúa con otros determinantes. Por esto, en lugar del término "causa" (que indica relación necesaria y suficiente) usaremos el término **factor**, que designa a todos los determinantes necesarios para que un problema emerja pero que no son suficientes y que necesitan interactuar con otros factores para que finalmente la enfermedad se desarrolle.



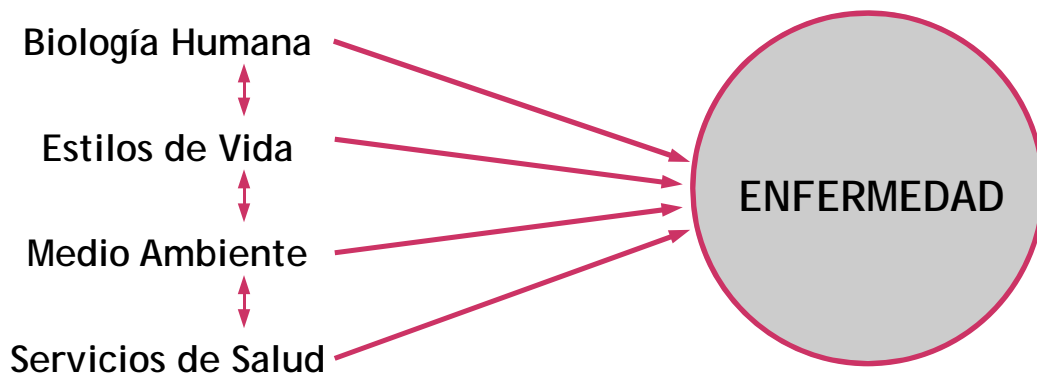
Ejemplo: para contraer VIH/sida la presencia del virus es un factor necesario. Pero como no todos lo contraen, que exista no es suficiente. Hay otros factores que deben estar presentes para que el virus efectivamente entre al cuerpo y la enfermedad se desarrolle. Citemos algunos: ciertas prácticas sexuales sin protección (el sexo anal es más riesgoso que el oral), las relaciones de poder en la pareja, acceso a información acerca de cómo protegerse, multiplicidad de parejas ocasionales, etc. Mi eventual pareja puede vivir con el virus pero si yo conozco los métodos acerca de cómo protegerme y realizar sexo seguro y puedo negociar con él el uso de estos la presencia del virus no alcanzará para que la infección se produzca. Así, la presencia del virus podría aliarse con la falta de conocimiento y la realización de prácticas sexuales sin protección potenciándose los riesgos y multiplicando las posibilidades de que la infección finalmente ocurra.

Como habrás notado, de todos los determinantes que propusimos hasta ahora el único de índole biológica es el virus. El resto de los factores dados como ejemplo pertenecen a una dimensión psicológica, social y cultural. En oposición a las primeras concepciones de salud y de enfermedad centradas totalmente en las causas biológicas, las nuevas concepciones reconocen el mayor peso de los factores socio-culturales en la determinación de la salud y las enfermedades. Los determinantes de cualquier problemática sanitaria se agrupan en cuatro grandes grupos:

- **Biología Humana:** engloba los procesos de maduración y envejecimiento y la genética. Ejemplo: la mucosa anal es más frágil y extensa que la del pene por lo que en la penetración, el receptivo es más vulnerable que el insertivo;
- **Estilos de Vida:** incluye los hábitos y prácticas cotidianas. Ejemplo: parejas múltiples o sexo anal sin protección;
- **Medio Ambiente:** se refiere de manera amplia al ambiente que nos rodea y en el cual desarrollamos nuestras actividades cotidianas incluyendo no solo los aspectos físico-químico-biológicos sino también los psico-socio-culturales y político-económicos. Ejemplo: la homofobia y la discriminación por orientación sexual, la estigmatización a las personas que viven con VIH.

- **Servicios de Salud:** abarca todos los servicios para la atención de la enfermedad y mantenimiento de la salud, su accesibilidad, disponibilidad y calidad. Ejemplo: accesibilidad dificultosa a preservativos, ausencia de campañas informativas de parte de los servicios sanitarios, servicios poco "amigables" con gays y trans.

El virus no explica todo. Los otros factores son como haces sexo, donde y como vives y quien (y donde) te atiende la salud.



Estudios realizados en EEUU demostraron que, a pesar de que la mayor inversión en salud iba dirigida a los servicios de salud, eran los estilos de vida y los ambientes los que tenían mayor peso en la producción de la enfermedad. Estos contribuían en un 62% al desarrollo de problemas sanitarios. La biología, por otro lado, no aportaba significativamente. Esto indica que al abordar cualquier problemática de salud debemos prestar especial atención a los comportamientos o estilos de vida asociados a esta y a los ambientes en que estas conductas se desarrollan, mantienen y refuerzan.

Es difícil separar los comportamientos o hábitos de los ambientes en que se producen. Nuestros hábitos no surgen de la nada; son en su mayor parte aprendidos. Muchos se incorporan en la infancia observando e imitando a nuestros padres o hermanos mayores. Otros se aprenden en diferentes contextos, de diversidad de personas: en la escuela al imitar a nuestros compañeros, en el barrio por presión de nuestros pares o amigos, etc. Los ambientes por los que atravesamos favorecen en nosotros la incorporación de ciertos hábitos al mismo tiempo que inhiben e impiden que aprendamos otros. A veces, refuerzan comportamientos que ya habíamos adquirido antes potenciando su mantenimiento y continuidad. Por esto, ninguna estrategia que pretenda modificar un comportamiento o hábito puede ignorar y no tener en cuenta el contexto en el que este se gestó, adquirió y mantuvo. Intentar cambiar un estilo de vida en una persona que vive en un contexto social que lo refuerza será una tarea destinada a lograr pocos resultados.

No se puede cambiar la conducta de una persona diciéndole simplemente que cambie. Hay que actuar sobre su entorno.

Ambiente o contexto hace referencia a un entorno compartido con otros. Vivimos interactuando con otras personas ya que el ser humano no puede vivir de otra forma que no sea en sociedad y con otros. Muchos de estos otros son significativos para nosotros. Sus opiniones y puntos de vista nos interesan e importan. Otros no son tan significativos pero sus puntos de vista nos afectan. Lo que todas estas personas digan o hagan con respecto a nosotros también puede influir en que adoptemos determinadas prácticas o abandonemos otras, o incorporemos ciertas creencias o actitudes, saludables o riesgosas. Por eso, el entorno social es un importante determinante de nuestra salud o de nuestras posibilidades de enfermarse y cualquier intervención debería tener esto en cuenta. Por ejemplo, si vivo en un grupo o comunidad en la que ser homosexual está mal visto y es condenado es posible que viva con la sensación de “estar haciendo algo malo” o de “ser un pecador o una mala persona”. Esto resulta en baja autoestima y menor probabilidad de poner en práctica conductas de autocuidado pues si no me valoro, protegerme tendrá menos sentido. Esta condena social hace que sea más probable que realice prácticas sexuales de manera clandestina y oculta aumentando los riesgos.

Pensar los determinantes sociales de un problema sanitario obliga a pasar de lo individual a lo poblacional. Cuando gran parte de lo que origina y mantiene un problema radica en las características de la sociedad en que se produce, no se puede pensar acciones para individuos aislados. Conseguir que un individuo modifique una práctica de riesgo es inútil si el contexto de ese individuo, que favoreció esa conducta, la reforzó y la mantuvo, sigue igual. Hay que actuar sobre los determinantes que hacen que las personas corran riesgos. Necesitamos trabajar con poblaciones para modificar sus entornos. Aumentar la autoestima de los jóvenes gays uno por uno sería inútil si el contexto social en que viven sigue siendo homofóbico y discriminatorio: antes o después provocarán un resultado negativo. Es más razonable actuar en lo poblacional o comunitario para promover una reducción de la homofobia social, que es determinante de prácticas de riesgo.

Hay que tener en cuenta el contexto social y cultural del problema para conocer los factores sociales que están actuando.

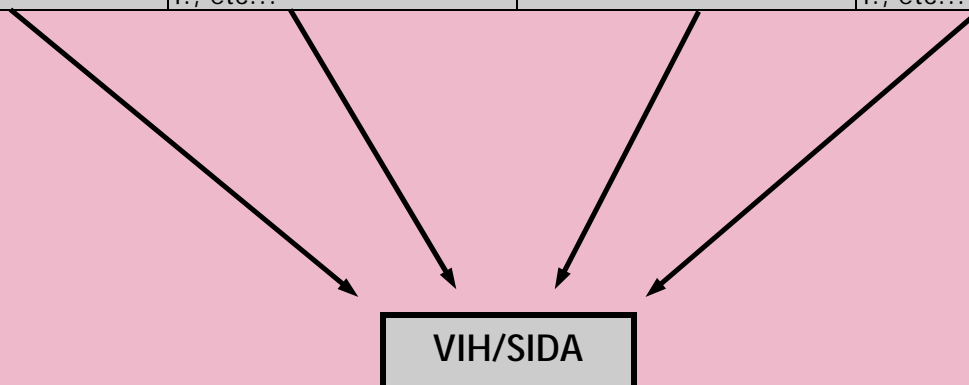


Actividad: “Identificando determinantes del VIH/sida”

El primer paso para comprender un problema de salud es conocer que es lo que lo produce o determina. Como se dijo antes, los determinantes de una enfermedad pueden ser agrupados en 4 grandes categorías: biología humana, estilos de vida, ambiente y servicios de salud.

Te proponemos que pienses y hagas una lista de todos los elementos que consideras que producen y favorecen que el VIH/sida se expanda y después, los ubiques en la categoría que corresponda, en el siguiente cuadro (te damos uno como ejemplo):

Biología Humana	Estilos de Vida	Ambiente	Servicios de Salud
1. Mucosa anal frágil	1. Práctica del sexo anal sin protección	1. Homofobia social	1. Acceso dificultoso a condones
2.	2.	2.	2.
3.	3.	3.	3.
4., etc...	4., etc...	4. etc...	4., etc...



¿En que categoría o categorías quedaron agrupados más determinantes? ¿Por qué crees que ocurre esto? ¿Como puedes relacionar esto con el peso de los factores sociales, culturales y conductuales que favorecen la expansión del VIH/sida?

Este producto te servirá como insumo para comenzar a hacer un diagnóstico de la situación del VIH/sida en tu país y en la población meta a la que se dirigirá la intervención.

“Riesgo” y “población en riesgo”

Ningún problema sanitario (incluyendo el VIH/sida) se origina en una sola causa. Siempre hay multiplicidad de determinantes de diversa índole que interactúan y se potencian entre sí. Pueden ser necesarios pero nunca suficientes por sí solos para que una enfermedad se produzca. Por eso hablamos de factores. Cuando estos factores aumentan las probabilidades de que una enfermedad ocurra hablamos de **factores de riesgo**. *El riesgo es la probabilidad de que un grupo o comunidad adquiera un problema de salud* (VIH/sida, en este caso).

Enumeremos algunos factores: falta de información adecuada, prácticas sexuales sin protección, sociedad con alto grado de homofobia y discriminación por orientación sexual, baja autoestima. Una persona, grupo o comunidad expuesta a estos factores de riesgo tendrá más probabilidad de adquirir el VIH. Estos factores no “causan” el VIH, porque ningún determinante produce un problema de salud por sí solo. Un individuo podría estar expuesto a estos factores de riesgo sin infectarse. Pero sus probabilidades de adquirir el virus serán mucho más altas, en relación con personas o grupos no expuestos.

Como los riesgos dependen del grado de exposición a los factores de riesgo, los grupos más expuestos tienen más probabilidades de desarrollar la enfermedad. Por tanto, hay grupos en la población que tienen más riesgo que otros de desarrollar determinados problemas. Al principio se los denominó “grupos de riesgo”, y en algunos ambientes, especialmente médicos o de enfermería, todavía se los denomina así; pero es preferible llamarlos “grupos *en* riesgo”, ya que son ellos mismos los que están en peligro.

Las prácticas sexuales anales sin protección combinadas con la homofobia social nos vuelven un grupo de alta exposición al VIH.

En el VIH/sida los factores de riesgo son conductas: el sexo anal sin protección o compartir jeringas o agujas. Por esto inicialmente el virus se expandió en los grupos sociales que realizaban estas conductas con mayor asiduidad y frecuencia: gays, bisexuales, trans y HSH, y usuarios de drogas inyectables (UDIs). Por esto fueron rotulados como “grupos de riesgo”. (Aunque ser grupos cuyas prácticas los exponían al virus y aumentaban su probabilidad de infectarse los hace en realidad “grupos *en* riesgo”. La mejor expresión de todas es “grupos de mayor exposición” al VIH).

Esta mayor exposición tuvo, como efecto social inmediato, que se hiciese una diferencia entre “ellos, los infectados” y “nosotros, la población general” que no está infectada. Esto promovió la idea de que el VIH/sida era un problema de “otros”, de los “grupos de riesgo” y que nunca llegaría a los demás. Así, los grupos afectados (gays, bisexuales, trans y HSH y UDIs) fueron estigmatizados, y la población general se creyó inmune al virus. Se generaron prácticas discriminatorias y violaciones a los derechos humanos de las poblaciones afectadas. A estos grupos se los culpó por la aparición y expansión de la epidemia; la población general transfirió la percepción de peligro hacia los grupos afectados.

Cuando aparecieron los primeros casos en población heterosexual, para contrarrestar las posturas estigmatizantes se comenzó a decir que “todos estamos en riesgo por igual” o “el VIH nos afecta a todos”. Esto permitió desestigmatizar a los grupos en los que la epidemia se des-

encadenó, con lo que fueron menos discriminados y culpabilizados, pero tiene consecuencias peligrosas.

Todos somos vulnerables al virus, pero los grupos más expuestos somos los que nos infectamos más fácilmente

Es falso decir que todos tenemos riesgo *por igual*; esto negaría la existencia de grupos en riesgo. Los hay, porque los riesgos no se distribuyen parejamente en las poblaciones. En potencia todos podemos adquirir el virus, pero algunos están más expuestos que otros. La diferencia está en la realización de determinadas prácticas; quien las ejecuta se expone a contraer el virus. En nuestro caso la práctica fundamental es el sexo anal receptivo, ya que la mucosa anal es más extensa y frágil que la del pene. Esta conducta no se distribuye parejamente en la población general, porque será muy común en gays, bisexuales, trans y otros HSH, que la ponen en práctica frecuentemente con sus parejas; los heterosexuales lo hacen menos, porque lo que más practican es penetración vaginal. Como los gays, bisexuales, trans y otros HSH realizan sexo anal con más frecuencia que otros grupos poblacionales su exposición al virus y su riesgo de adquirirlo es mayor. Este riesgo se potencia por otros determinantes sociales: la condena social, la homofobia, la baja autoestima, la ausencia de servicios de salud “amigables” y consecuente falta de información.

Es importante conocer e identificar los grupos en riesgo para focalizar nuestras acciones en ellos y darles prioridad. Esto protegerá a los no infectados. Negar la existencia de grupos más expuestos puede reducir el estigma, la discriminación y la culpabilización, pero puede provocar la negación de la atención prioritaria, particular e intensificada que requieren. Por esta postura las acciones preventivas comenzaron a orientarse a la población heterosexual, “deshomosexualizando” la epidemia y reduciendo las acciones dirigidas a población GBTH. Se produjo un desamparo de este grupo, y comienzan a registrarse aumentos en la prevalencia del VIH/sida en este sector poblacional en el hemisferio Norte y algunas regiones del Sur.

Los grupos en riesgo existen y debemos reconocerlos, pero hay que usar el concepto de riesgo sólo en la epidemiología. En la comunicación y difusión digamos “grupos más expuestos”, que no tiene los efectos estigmatizantes, discriminatorios y culpabilizantes de otras expresiones.

Las intervenciones deben dirigirse prioritariamente a los grupos que, por sus características y prácticas, están más expuestos al VIH

Actividad: “Mi grupo está mas expuesto porque...”

Una forma de demostrar que un grupo como el GBTH debe recibir atención prioritaria es demostrar que está más expuesto a la infección por VIH/sida que otros grupos. Te proponemos que pienses cuales de los determinantes antes enumerados aumentan la exposición de gays, bisexuales, trans y HSH al VIH y los incorpores a la siguiente lista. Te brindamos el primer punto a modo de ejemplo.

“Mi grupo (GBTH) esta mas expuesto al VIH/sida porque...”

1. ...la homofobia social afecta la autoestima de sus miembros y reduce la puesta en práctica de conductas de autocuidado”
2. ...
3. ...
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...
8. ...
9. ...
10. ..., etc...

Puedes tomar la información de tu experiencia o la de tu grupo o de otras fuentes científicas.

Tener en claro este punto te permitirá manejar poseer argumentos válidos para poder fundamentar por que el trabajo con gays, bisexuales, trans y HSH es prioritario.

Las prácticas de riesgo

En VIH/sida, la exposición al virus y a la infección está determinada por la realización o no de determinadas prácticas. *Las conductas o hábitos que aumentan la posibilidad de adquirir el virus porque aumentan la exposición de la persona a este son denominadas prácticas de riesgo.* El riesgo no está en la persona en si misma por alguna característica propia, sino en las conductas o prácticas que realiza. Esto quita, en parte, la carga de culpa o estigma que trae aparejado el concepto de riesgo. El riesgo no es “ser homosexual”: ser homosexual no es riesgoso en si mismo. Lo riesgoso es tener relaciones sexuales anales sin protección. El riesgo no esté en la persona (que puede ser homosexual) sino en su práctica (sexo anal sin protección). Otra cuestión es que los gays, bisexuales, trans y HSH tienen relaciones sexuales anales con más frecuencia que otros grupos poblacionales.

La idea de práctica o conducta permite trascender las identidades. Para esto la epidemiología desarrolló el concepto de “Hombres que hacen sexo con hombres”. Este término incluye a grupos con identidades diversas: gays, bisexuales, trans, personas privadas de su libertad, trabajadores sexuales, adolescentes que aun no han definido su orientación sexual y están “probando”, etc. Los matices, algunos muy importantes, que diferencian los diversos subgrupos, quedan fuera de esta expresión, que hace resaltar una única práctica de riesgo que los une a todos: la alta frecuencia de relaciones sexuales anales.

La identidad se separa de la práctica o conducta, porque el riesgo no esta en la primera sino en la segunda.

El concepto de vulnerabilidad

El concepto de riesgo es muy útil en epidemiología pues nos permite establecer prioridades y saber hacia donde orientar nuestras acciones preventivas. Pero ya comentamos algunas de sus consecuencias cuando este término es utilizado en estrategias comunicacionales e informativas.

Como superador de este concepto se propone al término **vulnerabilidad**. Esta es una propensión mayor a adquirir o desarrollar determinados problemas de salud en ciertos individuos o grupos como consecuencia de factores sociales que influyen negativamente en la capacidad de estos para ejercer control sobre su propia salud. De esta forma, la responsabilidad por la enfermedad ya no esta depositada en los individuos o grupos que la padecen o podrían padecerla potencialmente sino en el entorno o contexto social en que estos viven. Esto quita a los grupos la culpa por el problema que muchas veces el mote "de riesgo" les adosa al correrlos del lugar de agente "propagador de una enfermedad". En vez, los ubica en el lugar del que sufre o recibe los daños.

En el aumento de la vulnerabilidad de un grupo al VIH intervienen, así como en el riesgo, múltiples factores de diversa índole que interactúan entre si. Encontramos:

- **Factores Personales:** vinculados a las prácticas y los estilos de vida como por ejemplo: múltiples parejas sexuales; relaciones sexuales sin protección, especialmente anales y receptivas; no disponer de los conocimientos y aptitudes necesarios para protegerse a si mismo, baja autoestima, etc...
- **Factores vinculados a servicios y programas:** ausencia de programas o acciones preventivas dirigidas a población gay, trans y HSH; servicios de difícil acceso por su costo o por su localización; servicios "no amigables" con gays, trans y HSH, etc.
- **Factores sociales:** homofobia y condena social a personas con orientación sexual diversa a la de la mayoría, discriminación y estigmatización contra las personas que viven con el VIH, mitos y creencias sociales negativas con respecto al uso de preservativos, existencia de leyes o normas que otorgan derechos diferenciales a heterosexuales y homosexuales dejando a estos últimos en desventaja, etc.

Un grupo es vulnerable cuando es mas propenso a adquirir una enfermedad

Todos estos factores (y otros) pueden conjugarse e interactuar de manera diversa para hacer que ciertos grupos, como los gays, bisexuales, trans y HSH, sean mas vulnerables que otros grupos sociales a adquirir el VIH.

Este concepto es superador del de riesgo porque permite comprender la vulnerabilidad de los grupos mas allá de variables epidemiológicas. De hecho, el riesgo lo único que marca es la **vulnerabilidad epidemiológica** de un grupo. Es decir, el grado de exposición a los determinantes que producen la enfermedad y la aparición de esta en el seno del grupo. Sin embargo, la vulnerabilidad real va mas allá de esta dimensión e incluye:

- **Vulnerabilidad social:** un grupo podría estar, por alguna razón o característica

propia, marginado y excluido socialmente pudiendo no tener acceso a los servicios de salud y a la información necesaria para protegerse del VIH;

- **Vulnerabilidad económica:** un grupo podría no tener acceso a los servicios o a la información por limitaciones económicas;
- **Vulnerabilidad política:** un grupo podría ser incapaz de tener representación o participación en el diseño de las políticas y en la toma de decisiones con respecto a las acciones preventivas contra el VIH/sida. De esta manera, sus necesidades podrían no ser tomadas en cuenta.

El término vulnerabilidad pone el acento en los factores sociales que nos hacen mas propensos a adquirir una enfermedad.

Esto, si bien amplía y complementa al concepto de riesgo, no lo invalida ya que un grupo podría ser vulnerable social, económica y políticamente, pero, si no tiene al VIH dentro de el, no debería ser prioritario para las acciones de prevención.

De todos modos, dentro de las poblaciones consideradas vulnerables frente al VIH/sida, existen algunas cuyo grado de exposición a la infección es mayor que el resto. Esto, dadas ciertas características socio-culturales y de estilos de vida que poseen. El término "vulnerabilidad" puede resultar demasiado amplio y abarcativo. Por esto es preferible identificar y diferenciar a estas poblaciones bajo el nombre de "poblaciones más expuestas". Este término será preferible para aludir a las poblaciones cuyo nivel de exposición al VIH es particularmente mayor tales como la población GBTH, los UDIs y las trabajadoras sexuales.

A las poblaciones con una vulnerabilidad particularmente mayor (como los GBTH) se las llama "más expuestas".



Capítulo 2

La epidemiología: una herramienta fundamental



La importancia de la epidemiología para la intervención en salud

Los riesgos y la vulnerabilidad dependen de múltiples factores: prácticas, hábitos, condiciones sociales, políticas y económicas, etc. Ninguna condición o factor se distribuye parejamente en una sociedad por una cuestión lógica: no todos realizamos las mismas conductas, ni todos los grupos poseen los mismos estilos de vida, ni todos vivimos o transitamos por los mismos contextos o ambientes. Si los factores se distribuyen en forma despareja en las poblaciones entonces los riesgos y la vulnerabilidad también. Todos podemos adquirir el VIH en potencia pero algunos tienen mas probabilidades que otros de que esto les ocurra.

Como los riesgos varían según los grupos tampoco las enfermedades que a estos se asocian se distribuyen parejamente en las sociedades. Si pudiéramos, por ejemplo, tomar un mapa de nuestro país o región y hacer un punto rojo por cada persona viviendo con VIH en el lugar en que esta reside, veríamos como resultado que algunas partes del mapa quedarían mas coloreadas que otras. La aparición, frecuencia y distribución de las enfermedades varían según el grupo de que se trate dentro de una sociedad porque también varían, grupo a grupo, los estilos de vida y los ambientes que las producen.

Este cuestión básica dio origen a la Epidemiología que, con variaciones a lo largo de la historia siempre se dedicó a estudiar este mismo hecho, es decir, la frecuencia y distribución de los problemas sanitarios y sus causas.

Podemos definir a la Epidemiología como la ciencia que estudia la frecuencia y distribución de la salud y las enfermedades en las poblaciones e identifica los factores de riesgo asociados a las mismas.

La epidemiología nos informa cuantos casos de una enfermedad hay, quienes la padecen principalmente y que factores los exponen a ella

La Epidemiología es una disciplina científica que nos brinda información de dos tipos:

- **Frecuencia** de aparición de una enfermedad y **distribución** de esta en una población. Al describir como se distribuye nos informa también en que grupos sociales se concentran los casos, esto es, cuales son los grupos de riesgo.
- Al conocer en que grupos de la población se concentra podemos identificar los **factores de riesgo** que precipitaron su aparición. Si la enfermedad surge en el grupo X, entonces debo concluir que hay alguna característica particular en este que lo expuso al problema e hizo que varios de sus miembros enfermaran. Al identificar que característica tiene el grupo X que no tiene el resto de la población puedo haber hallado un factor de riesgo para la adquisición de tal enfermedad.

El primer gran aporte de la Epidemiología es proporcionarnos información para poder actuar e intervenir. ¿Cómo podríamos llevar adelante acciones si no sabemos cual es el problema o a quienes afecta?. Por otro lado, ¿a dónde dirigiríamos nuestra intervención si no conocemos los factores que ponen en riesgo a un grupo determinado en términos de practicas, por ejemplo?.

En resumen, la Epidemiología nos brinda datos e información para pensar y diseñar nuestras acciones, es decir, planificarlas. Pero la información que nos brinde dependerá del nivel de la Epidemiología en que decidamos investigar.

La información que da la epidemiología nos sirve para planificar, diseñar y fundamentar nuestras intervenciones.

En el siguiente cuadro, se resumen los niveles de la epidemiología, las preguntas que responde cada uno, la información que aporta y los tipos de estudio epidemiológico que la producen:

Nivel de la epidemiología	Información que brinda	Preguntas que se responden	Tipos de estudio
Descriptivo	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción del estado de salud de una población; • Descripción de la frecuencia y distribución de una enfermedad en una población; • Describir la dinámica y evolución de una epidemia (historia natural de la enfermedad e historia social de la epidemia) 	¿Qué problemáticas sanitarias hay en esta población? ¿A quiénes afecta? ¿Dónde? ¿Cuándo?	Estudios descriptivos (encuestas, etc.)
Analítico	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de grupos vulnerables o expuestos y factores de riesgo 	¿Por qué afecta a este grupo?	<ul style="list-style-type: none"> • Estudios transversales • Estudios correlacionales • Estudios de casos y controles • Estudios de cohorte
Experimental	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la eficacia de una intervención 	¿Cómo se soluciona?	<ul style="list-style-type: none"> • Ensayos clínicos aleatorizados

En el primer nivel descriptivo solo se hace una descripción de cómo se distribuye una enfermedad, esto es, quienes la padecen mayoritariamente, en que lugar y momentos. De esta manera, podremos saber sobre que población intervenir prioritariamente y focalizar nuestras acciones y esfuerzos por ser la que mayormente padece el problema. Así, todos los recursos son mejor aprovechados y utilizados con mayor eficiencia por ser enteramente orientados hacia donde está el foco principal del problema sanitario.

Al observar que una enfermedad esta asociada a un grupo determinado podremos hacer **hipótesis** que asocien características particulares de esos individuos como población con el problema. Esto se basa en la premisa que si el problema se concentra en esas personas y no afecta a la población general, entonces hay algún rasgo o práctica específico de este grupo que lo expone a adquirir tal enfermedad. De esta forma se elaboran hipótesis acerca de posibles factores de riesgo que serán comprobadas o refutadas en el siguiente nivel analítico. Una vez identificados los factores de riesgo (prácticas, rasgos, características ambientales y sociales, etc.) podremos orientar nuestra intervención hacia ellos para su modificación o eliminación. Así también hacemos un uso adecuado y más eficiente de los recursos y los esfuerzos al dirigirlos enteramente a lo que produce el problema.

La epidemiología identifica que poblaciones están más expuestas a una enfermedad y deben recibir atención prioritaria

Por ejemplo, en un primer momento, la epidemiología descriptiva identificó que el VIH/sida se concentraba en algunos grupos particulares: gays, bisexuales, trans y HSH; UDI y Trabajadoras sexuales. Lo que une y caracteriza a los individuos del primer grupo es el realizar cierto tipo de prácticas sexuales vinculadas al hecho de ser dos cuerpos con anatomía de hombre los implicados en la relación sexual. Se dedujo que esta práctica debía ser la que exponía a estos individuos a contraer el VIH, algo que luego fue comprobado por numerosos estudios epidemiológicos analíticos. Hoy sabemos, por la información provista por la epidemiología, que la comunidad GBTH debe ser un grupo prioritario en las acciones contra el VIH/SIDA por ser un grupo altamente expuesto a la infección. También sabemos que su vulnerabilidad reside, entre otros factores que antes enumeramos, en ciertas practicas sexuales que estos individuos realizan con frecuencia. Por eso mismo, parte de nuestras acciones deberían ser orientadas a promover conductas favorables el sexo seguro y protegido, como el uso de preservativo y a modificar otras perjudiciales. En resumen, es fundamental pensar las políticas y las intervenciones contra el VIH/sida incorporando la información epidemiológica existente en su diseño y planificación. Caso contrario, corremos el riesgo de derrochar recursos y malgastar esfuerzos al dirigirlos a grupos que realmente no los necesitan (por ej: las lesbianas) o a factores que no son la causa real del problema. La consecuencia de cometer este error es desproteger a aquellos grupos que están siendo realmente afectados por la epidemia.

Otro punto relevante de la definición es que la Epidemiología estudia **poblaciones**, no individuos. Al epidemiólogo no le interesa lo que le pasa a una o un puñado de personas sino lo que le acontece a la mayoría o al menos, a un grupo significativo, en relación con la salud y la enfermedad. Sus categorías de análisis son colectivas y es por esto que es una herramienta fundamental para la Salud Pública. Es decir, para la salud de las poblaciones.

Esto quiere decir que un problema cobra relevancia epidemiológica cuando afecta a muchos o a un sector de la población que potencialmente podría propagar la enfermedad a otros sectores.

La epidemiología estudia poblaciones, no individuos. Una enfermedad cobra importancia cuando afecta a muchas personas.

La epidemia lésbica de VIH quedaría descartada ya que desde este enfoque, uno o dos casos aislados no son, epidemiológicamente, relevantes, en comparación con la epidemia en gays, bisexuales, trans y HSH que, por la cantidad de personas afectadas si es significativa.

Indicadores epidemiológicos: prevalencia e incidencia

Para poder recavar toda la información que antes expusimos la Epidemiología utiliza los recursos y métodos de la matemática y la estadística. Se elaboran indicadores que permiten medir, en la realidad, los eventos de salud y enfermedad que estudia. Una medida muy simple de la magnitud de una enfermedad en una población podría ser el número de casos. La cantidad de casos registrados de una afección nos indica si es o no relevante a nivel epidemiológico poblacional. Esto es lo que se denomina cifra o medida **absoluta**.

Pero este tipo de medidas presentan un problema. Supongamos que logramos contar 500 casos de una enfermedad en una población determinada en un momento dado. ¿Es esta alta o baja? ¿500 casos de algo es mucho o poco? ¿debemos preocuparnos y llevar a cabo acciones para detener el problema o son muy pocos casos para considerarlos epidemiológicamente relevantes para al Salud Pública?. La respuesta a estas preguntas variará según el caso. 500 casos en poblaciones como las de Buenos Aires, México DF, Caracas o Río de Janeiro probablemente no sean significativos y no ameriten mayores acciones desde la Salud Pública. Mientras que este número de personas en algún pequeño pueblo del interior de nuestros países si sea motivo de alarma y preocupación. Una cifra se torna relevante o no cuando es puesta en relación con otra cifra, en este caso, el total de la población de la ciudad en la que se tomó la muestra de casos. 500 con relación a 10.000.000 de habitantes es poco mientras 500 con relación a 10.000 si es un problema a abordar desde la Salud Pública. Estas son cifras o medidas **relativas** pues relacionan dos números. Las medidas relativas en epidemiología son las razones, las proporciones y las tasas.

Medidas en Epidemiología

Cifras Absolutas		Ejemplo: 500 casos.
Cifras Relativas	Razones	Ejemplo: Razón hombre/mujer.
	Proporciones	Ejemplo: Porcentaje de hombres infectados, Porcentaje de menores de 30 años, etc.
	Tasas	Ejemplo: Tasa de Prevalencia, Tasa de Incidencia

La **razón** pone en relación dos partes de un todo, entre si. Ambas cantidades no están contenidas una dentro de la otra. Por ejemplo: la razón hombre/mujer. En este caso, hombres y mujeres con VIH/sida son dos partes de un todo que es el total de personas infectadas. La razón me permite comparar una parte con la otra. En este caso, si la razón es 3/2 esto significa que por cada tres hombres con VIH/sida hay dos mujeres infectadas. Es importante que las cifras que se relacionen en la razón sean partes de un mismo total o de una misma población.

Las **proporciones**, en cambio, ponen en relación una parte con el todo al que pertenece. Una cantidad esta contenida dentro de la otra. Así, por ejemplo, podría obtener el porcentaje de hombres infectados. Entonces estaría comparando una parte (los hombres) con el total de infectados para saber que proporción del total esta constituida por varones. Podría también obtener el porcentaje de infecciones por vía sexual. En este caso, pongo en relación la cantidad

de total de infecciones con aquellas que se produjeron por vía sexual. Un 68% de infecciones por esta vía significa de que de 100 casos, 68 adquirieron el virus sexualmente.

Finalmente, las tasas ponen en relación el total de casos de una enfermedad o de eventos de un hecho con el total de la población en que estos ocurrieron. Y luego se multiplican por 100 o 1000.

Las tasas mas utilizadas son:

- **Tasa de Prevalencia:** indica la cantidad de casos de una enfermedad en un población dada en un momento determinado y surge de dividir la cantidad de casos por la población total y multiplicarlo por 100 o 1000. Nos informa cuantos casos hay.
- **Tasa de Incidencia:** indica la cantidad de nuevos casos de una enfermedad en una población dada en un periodo establecido. Nos informa el número de personas que han adquirido la enfermedad en un período específico. En este caso lo que se dividen son los casos nuevos.

Las tasas tienen la ventaja adicional de que me permiten comparar datos de distintas poblaciones. Como dijimos antes, 500 casos en Buenos Aires o Caracas y 500 casos en un pequeño pueblo rural no son lo mismo. Al poner esta cifra en relación con la población total en la que estos casos ocurrieron obtengo una tasa que me permite hacer comparaciones entre poblaciones.

Es muy importante conocer cual es el origen de todas estas cifras y entender que significa cada una y que datos brindan. De esta manera, podremos "leerlas", analizarlas y comprender la información que contienen para aprovecharla. Por otro lado, saber que significa cada dato realmente y como surge evita que sea "sobreinterpretado", o sea, que leamos en el dato mas información que la que este en realidad nos esta aportando. Es muy importante leer exactamente lo que el dato dice y no más que eso.

Es importante saber leer los datos epidemiológicos para poder pensar nuestras acciones y orientarlas a los grupos mas expuestos



¿De donde surgen los datos epidemiológicos?

Para poder comprender un dato es importante conocer como fue obtenido. Hay diversas maneras de recabar información epidemiológica. Según el tipo de dato que queramos obtener y el nivel de la epidemiología en que deseemos trabajar, se pueden llevar a cabo distintos estudios epidemiológicos.

Sin embargo, la mayor parte de los datos epidemiológicos de los que disponemos en cada país no fueron obtenidos mediante estudios epidemiológicos específicos sino a través de los sistemas de **vigilancia epidemiológica**.

La vigilancia epidemiológica es realizada por el Estado a través de los Ministerios de Salud. Es un sistema constante de recolección de información para hacer un seguimiento y un monitoreo continuo del estado de salud de la población o de la evolución de una determinada epidemia o enfermedad a nivel colectivo. En el caso del VIH/sida esta tarea está a cargo de los Programas Nacionales de cada país que recopilan los datos y producen informes del estado de la epidemia.

El sistema de vigilancia epidemiológica, al ser constante, permite detectar en forma inmediata nuevos brotes o epidemias o cambios bruscos en la dinámica y evolución de epidemias ya instaladas en la población. En el caso del VIH/sida, un sistema de vigilancia permite, por ejemplo, detectar si la epidemia esta pasando de los grupos de concentración a la población general, lo que implicaría un cambio de fase o tipo de epidemia y la necesidad de reformular las acciones para enfrentarla.

En el sistema de vigilancia epidemiológica, los datos se obtienen, en gran parte, a través de la **notificación obligatoria**. En la mayoría de los países, todo médico tiene la obligación legal de declarar a las autoridades de Salud Pública los casos de determinadas enfermedades, como el VIH/sida. Es decir, se debe notificar en forma obligatoria a las autoridades sanitarias cada nuevo caso que sea diagnosticado. La ventaja de este sistema es que se puede obtener información de manera continua y constante acerca del avance de la epidemia. De esta forma, el sistema es muy sensible a los cambios en la dinámica de esta, permitiendo tomar decisiones más acertadas para su control. Además, es de muy fácil recolección ya que consiste en un simple cuestionario que completa el médico ante cada nuevo diagnóstico.

Sin embargo este sistema también tiene sus limitaciones:

- A veces, los médicos o quienes estén encargados de completar las planillas de notificación, no tienen interés en hacerlo pues lo ven como algo meramente administrativo. No perciben los alcances y la necesidad de esa información a nivel de Salud Pública.
- Quien llena el registro debe confiar en la información que el paciente le provea, que no siempre es necesariamente cierta. Esto puede observarse en el caso particular de la población GBTH. A pesar de que los registros son confidenciales, muchos hombres, por miedo o vergüenza, prefieren ocultar que mantienen relaciones homosexuales y declaran que se adquirieron el VIH en relaciones sexuales heterosexuales, aun cuando no es cierto. Esto ocurre especialmente en hombres bisexuales y hombres que no han asumido una identidad definida como gays. Se sabe que, aunque un hombre mantenga relaciones sexuales con hombres y mujeres con la misma frecuencia, es mucho mas probable que se haya infectado de otro de su mismo sexo por las características de la práctica sexual. Sin embargo, el temor a la discriminación y el estigma y la vergüenza pro-

ducto de la homofobia internalizada hacen que la persona oculte sus prácticas homosexuales y declare que la vía por la que adquirió el VIH fueron las relaciones sexuales heterosexuales. Esto introduce un sesgo en la información final. Es probable que haya una subnotificación de casos correspondientes a la vía de infección por relaciones sexuales homosexuales. Es decir, es probable que los datos finales no reflejen la realidad y que la infección por relaciones homosexuales sea mas alta que la que figura en los informes epidemiológicos finales, ya que muchos hombres que se infectaron por esa vía no lo declaran y figuran incluidos en un grupo distinto (Por ejemplo, el heterosexual). Este tipo de cuestiones ha llevado a muchos a deducir, erróneamente, que la epidemia en la población GBTH estaba descendiendo o que esta ya no era una población expuesta.

Estas desventajas no implican que el sistema de notificación obligatoria no sea útil. No obstante, al momento de leer y analizar los datos que este provee es importante tener en cuenta estas limitaciones.

Tipos de epidemia

Entre la información que nos aporta la Epidemiología se incluye la descripción de la historia social de la enfermedad. Cuando una epidemia se desencadena en una sociedad no permanece estática sino que avanza en la población y al hacerlo, evoluciona y cambia sus patrones de distribución entre los grupos.

Las epidemias presentan dinámicas propias y parte del trabajo de la epidemiología es poder detectar y descubrir esta dinámica propia de cada una para controlarla y poder intentar predecir el próximo paso que dará. Por ejemplo, en el caso de la epidemia de VIH/sida sabemos que esta sigue determinados estadios y tiene un patrón de evolución particular a partir de lo que ha ocurrido en otras regiones, como África. Es de esperar que la epidemia en Latinoamérica y el Caribe siga el mismo recorrido y patrón evolutivo con la ventaja que en nuestra región aun no hemos llegado al último estadio en la mayoría de los países. Pero la información obtenida por la epidemiología nos permite saber cual será el camino que seguirá la epidemia en los próximos años para adelantarnos y efectuar intervenciones tempranas y oportunas para evitar su avance en esa dirección.

Las epidemias son cambiantes. La epidemiología nos permite conocer y prever el camino que estas seguirán para anticiparnos.

Del estudio de epidemias de VIH/sida mas avanzadas, como la africana, los epidemiólogos identificaron tres subtipos de epidemia, que al mismo tiempo pueden ser tomados como estadios o fases sucesivas de una misma epidemia. Ellos son:

- **Epidemia incipiente o inicial:** la prevalencia es baja. Se presentan algunos casos aislados con escasa conexión.
- **Epidemia concentrada:** la epidemia esta concentrada o “encapsulada” en algunos grupos de la población muy definidos e identificables y aun no paso a la población general. En el caso del VIH/sida los grupos de concentración son: gays, bisexuales, trans y HSH, UDIs y trabajadoras sexuales. Se acuerda que cuando la epidemia es menor al 1% de la población general pero al interior de los subgrupos la prevalencia ronda o es superior al 5% la epidemia es concentrada. Este es el tipo de epidemia que prevalece en los países de América Latina.
- **Epidemia generalizada:** la epidemia ya pasó de los subgrupos a la población general. La prevalencia en esta es superior al 1%. Algunos países del Caribe ya han llegado a este estadio.

Es fundamental poder reconocer y establecer el tipo de epidemia que afecta a la población en la que voy a desarrollar mis acciones pues esto orientará y dirigirá mi intervención. Si en mi país la epidemia de VIH/sida es concentrada, entonces lo más adecuado será llevar a cabo intervenciones focalizadas en aquellos grupos, como los gays, bisexuales, trans y HSH, en los que la epidemia se “encapsuló” y a los que afecta primordialmente. De esta manera, no solo se mejorará la salud y la calidad de vida del subgrupo sino que también se impedirá que la enfermedad pase a la población general y se alcance la etapa de generalización. Este tipo de epidemia tiene la relativa ventaja de que la enfermedad se concentra en grupos fácilmente

identificables con los cuales trabajar.

En nuestros países, la epidemia de VIH/sida esta concentrada en las poblaciones mas expuestas: GBTH, UDIS y trabajadoras sexuales.

Actividad: "Recabando información epidemiológica"

Para poder fundamentar que una población como la de gays, bisexuales, trans y HSH esta altamente expuesta al VIH y debe recibir acciones prioritariamente debemos utilizar datos epidemiológicos que apoyen esto. Los datos epidemiológicos nos ayudarán a sustentar nuestra postura y le darán validez frente a organismos financiadores y tomadores de decisiones en política publica.

Te proponemos que investigues que datos epidemiológicos hay disponibles en tu país o región que demuestren que la población GBTH es un grupo altamente expuesto a la infección por VIH. Después elabora una lista con esos datos como la que se da como ejemplo:

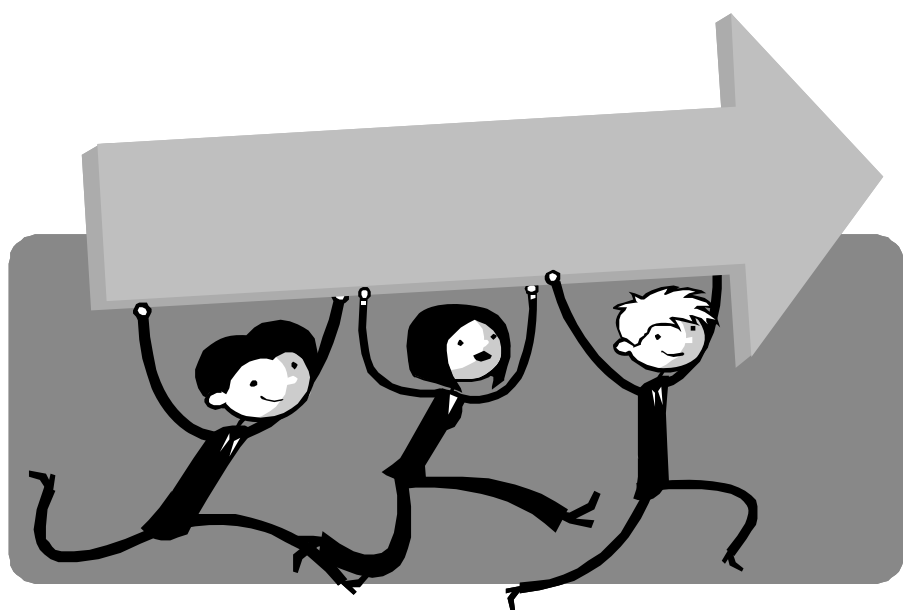
En Argentina los gays, bisexuales, trans y HSH estamos mas expuestos al VIH/sida porque:

1. La prevalencia en población GBTH es del 12% (informado por el Programa Nacional de Sida)
2. Este porcentaje asciende al 25% según ONUSIDA
3. ...
4. ...
5. ..., etc...

¿Posees datos de prevalencia del VIH/sida en población GBTH, como los que se dan aquí como ejemplo? Según los datos que obtuviste, ¿de que tipo es la epidemia en tu país?

Capítulo 3

La intervención focalizada



¿Qué es una intervención focalizada?

Al final del capítulo precedente describimos las fases sucesivas que recorre la epidemia del VIH/sida cuando surge en alguna población. Primero aparece concentrada en grupos definidos para luego generalizarse al resto de la población. El final del proceso todavía no lo conocemos ya que la epidemia aun continúa en avance en todo el mundo pero se estima que, como otras epidemias en la historia de la humanidad, en algún momento llegará a un punto de saturación en el que nadie más se infectará pero para esa instancia ya habrán muerto muchos. Esto es lo que se conoce como historia social de las epidemias. Es decir, como estas evolucionarían sin intervención humana que modifique o altere su curso. Y de acuerdo con la historia, toda epidemia avanza hacia su propia extinción. Surge en un grupo, se expande a la población toda, infecta y mata a aproximadamente un tercio de esta y luego se detiene y extingue sola.

Es deseable, sin embargo, no llegar a ese punto pudiendo impactar en el desarrollo de la epidemia antes de que muchos se infecten o mueran, pudiendo controlar su avance o directamente detenerlo. **Toda acción dirigida y sistemática que tiene como fin alterar, modificar o detener el curso natural de una epidemia es una intervención.**

Como se dijo antes, interviniendo en la fase de epidemia concentrada es posible evitar que el VIH se propague en la población general. De esa manera, alteramos el curso esperable de la epidemia y controlamos su avance.

Interviniendo en las poblaciones más expuestas con prioridad es posible controlar el avance de la epidemia

En esa fase, que es la que predomina en América Latina, al estar la enfermedad encapsulada en algunos grupos definidos e identificables es posible focalizar la intervención en estos. Controlando el avance de la epidemia al interior de los subgrupos más vulnerables se logran dos objetivos:

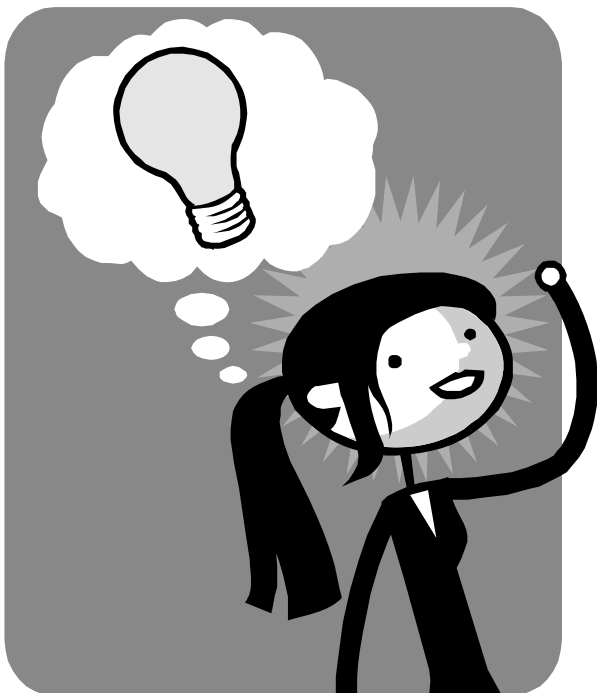
- Se evita que sus miembros continúen infectándose, mejorando su salud y calidad de vida;
- Se controla el avance de la epidemia impidiendo que esta pase a la población general y manteniéndola dentro de los límites de los subgrupos vulnerables.

En resumen, *una intervención focalizada es una acción o conjunto de acciones orientadas hacia una población particular identificada como vulnerable o, en este caso, grupo de concentración de la epidemia.*

La ventaja relativa de este estadio es que los grupos vulnerables son fácilmente identificables y las intervenciones pueden orientarse y focalizarse en ellos. De este modo, todos los recursos y los esfuerzos se aplican a quienes realmente están afectados por el problema. Esto requiere identificar y marcar con claridad los límites del foco o grupo vulnerable al que dirijo mi intervención.

Focalizar es dirigir las acciones hacia una población más expuesta como los gays, bisexuales, trans y HSH.

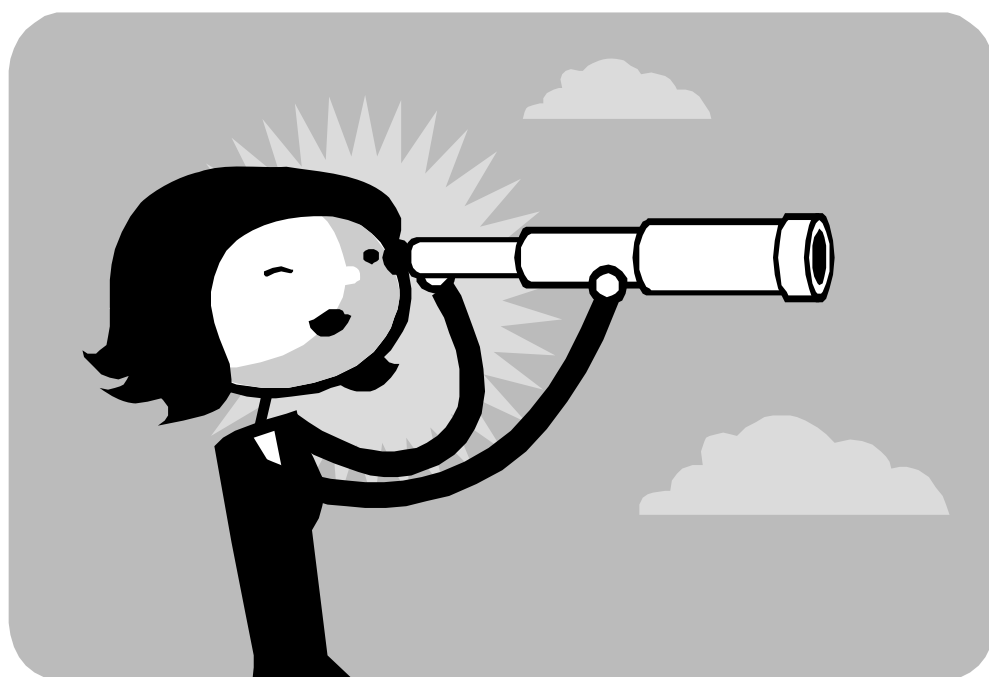
Pensando una intervención



Quando se cuenta ya con un marco teórico y con datos para sustentar y basar nuestras futuras acciones, debemos poner en marcha el proceso de diseño de nuestra intervención. Recorramos, entonces, los pasos que forman parte de dicho proceso. Se toma como modelo básico de intervención al Modelo de Cadena de Cambios. Esto significa que los pasos que aquí se detallarán corresponden a este modelo ya que es uno de los mas simples y básicos. Sus pasos son sencillos y accesibles. A partir de el, se pueden luego comprender otros modelos mas complejos.

Capítulo 4

Conociendo a la población meta



El primer paso: conocer a la población

Una intervención focalizada es una acción orientada y dirigida a una población específica considerada mayormente expuesta en función de la información obtenida. Lo primero que habrá que lograr, entonces, es conocer profundamente al foco o población meta de nuestra intervención. En una primera etapa, lo primero que hay que responder es a la pregunta ¿quiénes?.

El primer paso será siempre delimitar claramente el grupo al cual dirigiremos nuestra intervención. Si la definición de la población meta es muy difusa y poco concreta no sabremos exactamente sobre que individuos impactar con nuestras acciones o a que personas convocar a nuestras actividades, por ejemplo. Debemos demarcar con claridad los límites del grupo sobre el que estará focalizada la intervención y definir concretamente que individuos estarán incluidos en él. Por ejemplo, podemos dirigir nuestras acciones a la totalidad de la población GBTH. Entonces deberemos definir y explicitar que entendemos por gay, por trans y por HSH al interior de nuestro equipo. Es decir, que características debe poseer un individuo para ser incluido en esas categorías. Entonces podremos identificar claramente a que sujetos dirigir la acción y que individuos quedarán excluidos del alcance de ésta.

También podríamos orientar las acciones solo a la población trans o a los gays que frecuentan ciertos lugares de encuentro. Entonces tendremos que hacer lo mismo: definir y delimitar a la población para saber que individuos quedarán incluidos y serán los beneficiarios de mi intervención. Es importante que nuestra definición de la población meta (esto es, de los requisitos que un individuo debe poseer para ser incluido dentro de esta) esté claramente explicitada y pueda ser conocida tanto por todos los miembros del equipo como por personas externas a la organización.

Primero hay que identificar y delimitar a la población sobre la que se va a intervenir y obtener información sobre ella.

El objetivo de nuestra intervención será siempre reducir la vulnerabilidad de la población meta por lo que es fundamental obtener información sobre esta en varios aspectos:

- 1) Que factores de tal grupo o población o del entorno en que esta se encuentra la hacen vulnerable;
- 2) Que características socio-culturales tiene la población sobre la que focalizaremos nuestras acciones (jerga o lenguaje particular, formas de hablar y vestir, lugares específicos de encuentro o reunión, eventos populares tradicionales, mitos, creencias o prejuicios que circulan, música o artistas mas populares, etc);
- 3) Dado que intervendremos en la problemática del VIH/sida, deberemos conocer también que mitos, representaciones, creencias, actitudes y percepciones circulan en ese grupo en relación con esta enfermedad, con la sexualidad, el uso de preservativo, etc.

Debemos conocer su cultura, su lenguaje, sus creencias sobre el VIH y la sexualidad y que factores sociales la exponen al VIH/sida

La obtención de esta información es fundamental para el diseño de las acciones.

La información que corresponde al punto 1 nos muestra que factores del grupo o de su entorno lo hacen más vulnerable al VIH/sida que otros grupos. Saber esto es de una gran importancia ya que no podremos reducir la vulnerabilidad de la comunidad si no sabemos que factores la originan. Al conocer que está poniendo en riesgo al grupo sabremos hacia que factores o características deberemos orientar las acciones.

Hoy sabemos, por ejemplo, que la alta exposición de los gays, bisexuales, trans y HSH al VIH/sida está producida, en parte, por la homofobia, la discriminación y el estigma social, la baja autoestima, entre muchos otros factores.

Los datos que se incluyen en el punto 2 nos posibilitan adecuar nuestra intervención al grupo particular en el que vamos a focalizarnos. Conocer su lenguaje y las palabras que constituyen su "jerga" singular nos permitirá adaptar nuestro mensaje a la comunidad a la que está dirigido favoreciendo su comprensión y su aceptación por parte de esta. Sabemos que un mensaje es más aceptado por un grupo cuando "hablamos su mismo idioma". En nuestros países, las comunidades GBTH han desarrollado un vocabulario propio, comprensible solo por quienes pertenecen a ellas. También favorece la aceptación de los mensajes si estos van acompañados por música o imágenes de artistas reconocidos y valorados en el grupo meta. Los gustos de nuestra población objetivo son un dato que, asimismo, es fundamental conocer.

Por otro lado, conocer los lugares de encuentro del grupo y los eventos especiales que se realizan habitualmente y a los que sus miembros asisten nos indican posibles lugares en los que llevar a cabo las acciones. La ventaja de realizarlas en estos espacios son varias: podemos acceder a un número elevado de miembros de nuestra población meta de una sola vez y a un mismo momento pues están concentrados allí, se favorece la aceptación del mensaje pues son lugares en los que estamos con "gente como nosotros", etc. En el caso de la comunidad GBTH muchos de estos lugares de encuentro tienen como fin la realización del acto sexual por lo que es importante tenerlos en cuenta al momento de intervenir para prevenir el VIH/sida.

Es muy importante elaborar una descripción detallada de la "cultura" de nuestra población meta para conocerla profundamente y así adecuar nuestras acciones a ella. De esta forma, aumentamos las posibilidades de aceptación de la intervención por parte del grupo.

El punto 3 hace referencia a la importancia de recolectar información acerca de cómo la comunidad percibe al problema del VIH/sida. Puede ocurrir incluso que ni siquiera lo considere un problema relevante y esto ya es algo fundamental a saber e indagar. Aunque los datos epidemiológicos nos demuestren la magnitud y la gravedad de la epidemia de VIH entre los gays, bisexuales, trans y HSH muchos miembros de este grupo no lo perciben como una amenaza ni como un problema real. En este caso, nuestra intervención debería tener como primer fin que el grupo visualice la epidemia y los riesgos.

De todos modos, debemos conocer que piensa el grupo sobre el tema y como lo ve o lo percibe. Puede ser que en el grupo al que dirigimos las acciones circulen mitos basados en creencias erróneas con respecto al VIH tales como: "Tener relaciones sexuales sin preservativo una única vez no es riesgoso" o "Si tengo sexo con varias personas a la vez puedo usar el mismo preservativo con todas". También podrían existir actitudes negativas frente al uso de preservativos basadas en falsas creencias como que aprieta o quita sensibilidad. O directamente podría existir un vacío de información respecto del tema.

En muchos grupos GBTH existe desconocimiento acerca de cómo tener relaciones sexuales anales de forma tal de minimizar el riesgo de lastimaduras y rupturas de preservativos, y por lo tanto, de exposición al VIH.

En cualquiera de los casos, estos datos nos posibilitarán orientar la intervención hacia aquellos puntos que son realmente críticos para el avance o detención de la epidemia en ese grupo. Si hemos detectado que entre sus miembros circulan creencias erróneas muy marcadas y definidas nuestras acciones deberán orientarse a corregirlas. Si existe una falta de información, la intervención tendrá que tener con fin proveer conocimientos al grupo para protegerse del VIH/sida.

Conocer a la población meta y su forma de ver el problema nos permitirá intervenir en lo que realmente la expone al VIH/sida

Es necesario hacer un buen diagnóstico de nuestra población meta para que la intervención esté realmente focalizada y orientada a ella. A veces, el hecho de que quienes diseñan la intervención pertenezcan al mismo grupo al que se dirigen las acciones facilita la tarea. La mayoría de las intervenciones dirigidas a gays, bisexuales, trans y HSH están elaboradas e implementadas por personas u organizaciones que forman parte de este mismo grupo.

A pesar de que este hecho implica que quienes diseñan las acciones conocen al grupo meta por pertenecer a él, siempre es importante efectuar un diagnóstico y recabar datos. Ser parte de la población meta puede ser un factor facilitador para el diagnóstico, pero también puede ser fuente de sesgos. El pertenecer al mismo grupo sobre el que vamos a intervenir hace que mantengamos lazos afectivos y emocionales con él y sus miembros, positivos o no. Nuestra mirada sobre la población meta podría resultar demasiado subjetiva y parcial, cargada de opiniones y prejuicios que introducirían un sesgo en nuestro diseño y podría afectar los resultados.

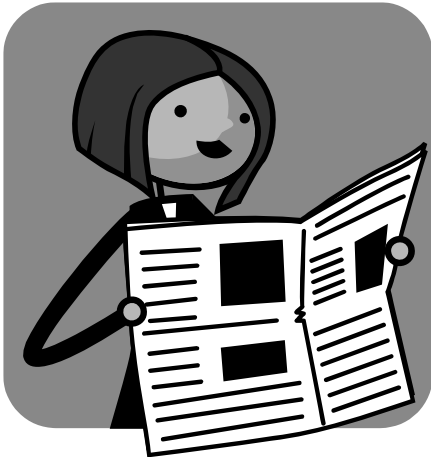
Si bien esta información es relevante y debe ser incluida y aprovechada, siempre es importante recabar nuevos datos con los que contrastarla para reconocer si nuestra visión como miembros del grupo es verdadera o constituye simplemente una opinión o un prejuicio propio. Además, le da mayor consistencia a los datos y menos posibilidad de que sean refutados. Recordemos que una intervención científicamente fundada está basada en datos obtenidos con metodologías científicas y no en opiniones personales.

Algunas estrategias para recabar datos sobre la población meta pueden ser:

- **Encuestas** a un número representativo de personas de la población meta;
- **Entrevistas** a informantes clave o personas que, por su posición dentro del grupo nos pueden proveer de mucha información;
- **Observaciones etnográficas**, es decir, observaciones de situaciones cotidianas del grupo intentando captar que hacen habitualmente, como lo hacen, que se dicen entre sí, etc.;
- **Talleres diagnósticos**. Se seleccionan grupos de personas pertenecientes al grupo y se realizan talleres con ellos sobre, por ejemplo, VIH/sida. Durante los talleres

alguien del equipo releva y registra que mitos, creencias, actitudes y representaciones emergieron durante la realización del taller;

- **Grupos focales.** Se forman grupos de personas pertenecientes a la población meta y se discute y reflexiona grupalmente acerca del tema sobre el que se quiere recabar información, por ejemplo, VIH/sida o sexualidad. Un miembro del equipo coordina el grupo y estimula el debate y otro registra que representaciones, opiniones y creencias emergen en la discusión.



Es importante obtener información válida sobre la población meta y no basar nuestras acciones en opiniones personales y prejuicios.

Género, masculinidades e identidad de género

Cuando describimos a nuestra población meta, entre otras cosas, definimos que es los que tienen sus miembros en común y los identifica como grupo. Este o estos rasgos, al mismo tiempo, los diferencian del resto de la población y nos ayudan a marcar un límite entre nuestro grupo meta y los demás individuos de la sociedad en la que se inserta.

Identificar esta o estas características es esencial ya que es probable que estén asociadas o vinculadas indirectamente a la mayor exposición de esta población a una determinada enfermedad, en relación con el resto de la población general.

Si reflexionamos acerca de que es lo que une e identifica a gays, bisexuales, trans y HSH claramente podremos establecer que es el hecho de poseer una orientación sexual diversa o diferente a la de la mayoría de la población. Esta característica, al mismo tiempo, determina las prácticas sexuales que en este grupo predominan y que son las que, en realidad, aumentan su exposición al VIH/sida, haciendo que sea mayor en comparación con la población general.

Dado que la población GBTH se caracteriza y distingue por un ejercicio diferente de la sexualidad, en relación con el predominante a nivel poblacional y social es relevante definir que entendemos por sexualidad y cuales son sus componentes.

La concepción más tradicional de la sexualidad es la que la vincula a la genitalidad y a la función reproductiva. Reduce lo sexual al encuentro genital entre un hombre y una mujer con el fin de procrear o tener hijos. Esta concepción ha sido criticada por reducir la sexualidad a una única dimensión: la biológica (ya que la vincula únicamente a la posesión de un determinado aparato sexual anatómico a ser usado solo para la reproducción).

La sexualidad es mas que lo genital y la procreación. Incluye también cuestiones sociales, culturales y psicológicas.

Las nuevas concepciones reconocen que la sexualidad, al igual que la salud y la enfermedad, posee múltiples dimensiones que exceden lo meramente biológico (aunque esta dimensión continua siendo incluida). Por otro lado, establecen que esta tiene otras funciones y fines además de la reproducción. Se reconoce al disfrute y a la consecución de placer que el ejercicio de la sexualidad proporciona como un fin en si mismo y como una función tan importante como la reproductiva.

Estas concepciones de sexualidad son mas integrales y completas ya que la definen como algo que incluye pero a la vez supera lo biológico integrando dimensiones sociales, culturales, psicológicas e incluso, políticas y económicas.

La **dimensión biológica** de la sexualidad es el hecho de poseer un equipo físico y anatómico que nos hace sexuados. En los seres humanos, puede presentarse en dos variantes diferentes. Este hecho divide a los individuos de la especie en dos: varón y mujer, según el equipo biológico con el que hayan nacido. Esto es lo que, más adelante, definiremos como sexo.

Pero a esta dimensión, se agrega otra **psicológica** que incluye el hecho que los seres humanos experimentamos deseos sexuales y sentimos placer, la mayor parte de las veces que ejercemos nuestra sexualidad. Además, podemos reflexionar acerca de nuestras prácticas sexuales, sobre la calidad y significado de estas y tomar decisiones al respecto.

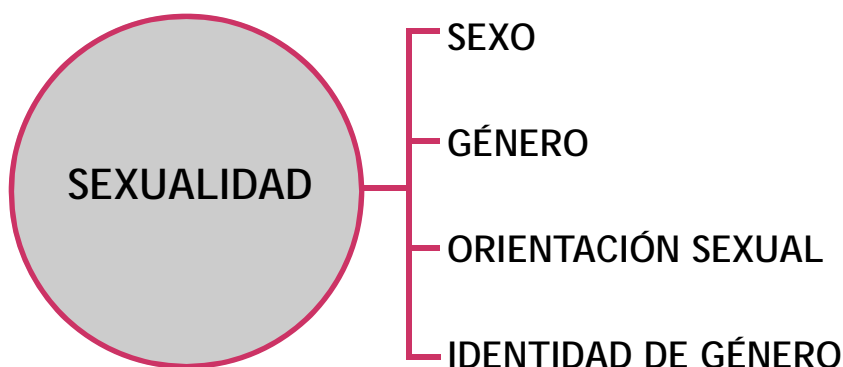
Por otro lado, la sexualidad desde la concepción integral, también incluye una **dimensión social y cultural** ya que toda sociedad elabora normas y reglas que organizan y regulan las prácticas sexuales de sus miembros. Estas definen que está permitido y que no en materia de sexualidad así como lugares y momentos para el ejercicio de esta. Por otro lado, toda cultura posee significados, representaciones e ideologías propias y particulares en relación con la sexualidad.

Cada grupo social percibe y define la sexualidad a su propio modo. Esto, en parte, determina las experiencias sexuales que sus miembros tendrán. Incluir esta dimensión es particularmente relevante para la población GBTH ya que en muchas culturas y sociedades las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo están mal vistas e incluso prohibidas. Esto determina enormemente las experiencias y prácticas sexuales que los individuos de este grupo tendrán ya que deberán ejercer su sexualidad en forma oculta y clandestina, con culpa por estar violando una norma cultural y con la autoestima baja producto de sentirse "pervertidos" o "anormales".

Esta situación es uno de los principales factores que aumentan la exposición de la población GBTH al VIH/sida y es un hecho que no podría ser visualizado desde una concepción de la sexualidad que la redujera a lo biológico, negando la dimensión socio-cultural que esta posee.

La sociedad establece reglas que dicen que está bien y que está mal en relación con la sexualidad de las personas.

Estas dimensiones se vinculan íntimamente y es difícil separarlas. Por otro lado, podemos identificar en la sexualidad cuatro elementos diferenciados que la componen:



Estos cuatro componentes de la sexualidad, si bien son entidades diferenciadas, se vinculan interdependientemente y se combinan dando lugar a una enorme diversidad de formas de expresión de la sexualidad.

Uno de los componentes es el **sexo**. Este se refiere enteramente a los aspectos biológicos de la sexualidad, es decir, a la posesión de un aparato sexual. Como dijimos antes, en los huma-

nos (y la mayoría de los animales) los equipos físicos y anatómicos vinculados a la sexualidad y la reproducción presentan dos formas o variantes dividiendo a la especie humana en dos grupos: varones y mujeres.

El sexo es la pertenencia de un individuo humano a uno u otro grupo en función del aparato sexual con el que haya nacido. Dado que este componente es totalmente biológico no se aprende ni se adquiere sino que está determinado genéticamente desde antes de que el individuo nazca (por la combinación de cromosomas XX para las mujeres y XY para los hombres). En la población que nos ocupa, la GBTH, todos los individuos han nacido con el sexo hombre o varón, aunque luego, a lo largo de su vida, hayan adoptado otras identidades. Esto es debido a que el sexo hace referencia a lo corporal-anatómico, es decir, los órganos sexuales internos y externo con los que el individuo nació.

El sexo depende del cuerpo con el que se nace

Pero el aspecto o dimensión biológica no puede, por sí sola, dar cuenta de la diversidad de formas en que la sexualidad se expresa. Se torna esencial incluir a la dimensión socio-cultural en la definición de la sexualidad. Las diferentes culturas y sociedades han ido construyendo, a lo largo de la historia, roles diferenciados para varones y mujeres.

Cada sociedad en cada momento histórico ha definido tareas, modos de ser y expectativas diferentes para hombres y mujeres. De esta manera, en cada cultura se espera que las mujeres se encarguen de ciertos trabajos, se vistan y hablen de cierta manera, se comporten de determinadas formas, etc., mientras que de los varones se esperan cosas distintas.

Por ejemplo, históricamente, siempre era esperable que la mujer fuera sensible y romántica, se ocupara de las cosas del hogar y del cuidado de los hijos. Por otro lado, se esperaba del hombre que fuera rudo y sexual y trabajara fuera del hogar para sostener a su familia. A su vez, las niñas iban vestidas de rosa y los niños de celeste. Las primeras jugaban con las muñecas mientras que los segundos debían practicar deportes como el fútbol. Cada cultura establece que cosas "son de mujer" y que cosas "son de varón" imponiendo un modelo o patrón social con el que cada uno, por el sexo asignado genéticamente, debe intentar cumplir.

Estas formas de ser varón y de ser mujer son construidas por cada cultura y varían de un grupo social a otro. *A estas diferencias socialmente construidas entre los sexos las llamamos roles o expectativas de género.* De esta forma, todo aquello que una sociedad espera que una mujer sea o haga constituye **lo femenino**. Por el contrario, lo que un grupo social espera que los individuos de sexo varón hagan o sean conforma **lo masculino**.

Cada sociedad construye y define que se espera de un varón y que se espera de una mujer. Esto da lugar a los roles de género.

Al estar social y culturalmente construido, el género varía de sociedad a sociedad y de época en época. No se esperan las mismas cosas de varones y mujeres en nuestros países latinoamericanos que en otros países con culturas diferentes. Por otro lado, los roles asignados a ambos sexos no son los mismos en la actualidad que los que eran un siglo atrás. Esto significa que, al

ser construidos también pueden ser abandonados y reemplazados por otros o modificados y reconstruidos cuando ya no responden a las necesidades de los individuos de una sociedad.

A diferencia del sexo, que viene asignado desde antes del nacimiento y es inmodificable, los roles de género se aprenden y se adquieren principalmente en la infancia. Cuando un niño o niña nace, de acuerdo al sexo de nacimiento, sus padres lo o la criarán de manera diferenciada. Al niño le pondrán un nombre de varón, lo vestirán de celeste y más adelante lo estimularán a hacer “cosas de varón” y a comportarse como un hombre.

Por otro lado, a la niña la nombrarán como mujer, la vestirán de rosa y la estimularán a hacer las cosas que la sociedad espera que las niñas o las mujeres hagan y a comportarse como tal.

Con el sexo se nace pero los roles de género se adquieren en la crianza y en la educación que recibimos.

De acuerdo al sexo de nacimiento, hombres y mujeres recibimos crianza y educación diferente. Se espera que los hombres adquieran los atributos y características de lo masculino mientras que las mujeres deberán aprender e incorporar lo que la sociedad incluye dentro de lo femenino. Sin embargo, ningún individuo incorpora los roles sociales de manera completa y total. La sociedad, a lo largo de nuestra vida, nos asigna roles y tareas, por ejemplo, de género. Pero siempre hay una diferencia entre lo socialmente atribuido y lo individualmente aceptado y adquirido. Aunque un sujeto haya incorporado gran parte del rol de género asignado por la sociedad a su sexo, nunca podrá adquirir el rol completo. Todo individuo siempre poseerá alguna característica del rol de género opuesto. De este modo, hasta el varón más masculino siempre conserva alguna característica correspondiente al género femenino y viceversa.

Como resultado el género conforma un continuo con dos extremos ideales inalcanzables que son la masculinidad y la femineidad absolutas. En el medio, se encuentran todos los individuos con diversos grados intermedios de expresión de ambos roles.



Esto diferencia al género del sexo. Este último está conformado por dos categorías absolutas: varón o mujer. O se pertenece a una o se pertenece a la otra. No se han podido identificar claramente categorías intermedias. Sin embargo, en el caso del género, no se puede decir que un sujeto sea enteramente masculino o enteramente femenino sino que siempre guarda características de ambos géneros en distintos grados. Por eso, sí podemos decir que un individuo es más o menos masculino que otro.

El género y el sexo son dos componentes diferentes e independientes y sus variables pueden ser combinadas cubriendo todas las posibilidades. De esta forma, podemos comprender la existencia de hombres masculinos y hombres femeninos o de mujeres femeninas y mujeres masculinas, de acuerdo a cuál sea el género que predomine en cada caso.

No existe una persona totalmente masculina o totalmente femenina. Siempre poseemos cosas de ambos géneros en diferentes grados.

En el caso de la población GBTH esto es particularmente relevante. La totalidad de este grupo ha nacido con el sexo de varón desde lo biológico y ha sido criado como tal. Sin embargo, existe una gran diversidad en relación con los roles de género que los individuos de esta población efectivamente incorporan. Así, a pesar de haber nacido como varón, las trans han adoptado casi enteramente el rol de género femenino, comportándose y vistiendo como la sociedad espera que las mujeres lo hagan.

Muchos otros gays también han incorporado comportamientos y características del género femenino sin llegar al extremo de tener el aspecto físico externo de una mujer. Los individuos de nuestra población meta también pueden ser ubicados entonces en el continuo genérico:



Este hecho tiene diversos efectos en la realidad. Los gays con atributos femeninos son más "visibles", "evidentes" e identificables por los demás, ya que sus comportamientos y gestos son discordantes con su sexo de acuerdo a lo que la sociedad espera de ellos por ser varones. De este modo, resaltan ante los ojos del resto y suelen ser blanco habitual de la discriminación, la homofobia y el estigma. Lo femenino, históricamente, siempre ha sido visto por nuestras sociedades como inferior a lo masculino. El varón que adopta características y atributos femeninos suele ser visto con rechazo por los otros y suele ser degradado y concebido como inferior. Es por esto que la homofobia tiene un fuerte componente de ginefobia (odio a las mujeres o a lo femenino).

Este hecho hace que sea objeto de burlas, agresiones, violencia verbal y física, entre otras expresiones homofóbicas. Como agravante, estos hechos ocurren habitualmente durante la infancia y la adolescencia, precisamente cuando la propia identidad y subjetividad están en formación. Como resultado, muchos gays crecen sintiéndose inferiores o anormales o con culpa por estar haciendo cosas indebidas o mal vistas por el grupo social al que pertenecen. Esto impacta gravemente en la formación psicológica del sujeto que no puede terminar de desarrollar una identidad fuerte y bien constituida, que le otorgue confianza en sí mismo.

Por el contrario, los gays suelen padecer aislamiento, baja autoestima y autorechazo producto del hecho de crecer sintiéndose en falta o inferiores a otros por ser como son. Esto aumenta las probabilidades de que se embarquen en prácticas de riesgo. Si un sujeto no se valora a sí mismo o lo que es tampoco tendrá interés en cuidarse o protegerse de daños. De esta forma, la homofobia y la discriminación social aumentan la vulnerabilidad de los gays y las trans exponiéndolos en mayor grado a la transmisión del VIH/sida, entre otros problemas de salud.

La homofobia y la condena social a las relaciones homosexuales aumentan la vulnerabilidad de la población GBTH al VIH/sida

Por otro lado, los gays masculinos, al poseer un rol de género que concuerda con su sexo, según la expectativa social, suelen pasar desapercibidos. Esto hace que estén menos expuestos a la homofobia social. Sin embargo, su vulnerabilidad no es menor. Al no ser “visibles” suelen ocultar su orientación sexual, mostrándose públicamente como heterosexuales y viviendo su homosexualidad de forma oculta y clandestina. De esta forma, viven su sexualidad sin exponerse a la discriminación y las agresiones homofóbicas; muchos llegan a casarse y formar una familia, viviendo una “doble vida”. Incluso, el verse masculinos hace que nunca lleguen a identificarse a sí mismos como gays constituyendo el grupo de hombres que hacen sexo con hombres.

A pesar de no estar tan expuestos a la homofobia, el sufrimiento de estos individuos no es menor ya que tienen que vivir la propia sexualidad de manera clandestina sin poder llegar a aceptar la propia identidad de forma plena. El ser masculinos, muchas veces, dificulta y retrasa la autoaceptación de la propia homosexualidad y la conformación de una identidad fuerte y bien constituida como gays. Se ven obligados a negar una parte de sí mismos y a vivir una vida que realmente la mayor parte de las veces no desean.

El hecho de tener que mantener relaciones sexuales de manera oculta y en lugares poco adecuados para ello también los hace vulnerables. Además, el no identificarse como gays impide que puedan incorporarse a grupos comunitarios que les brinden contención, apoyo e información para el autocuidado. Y por último, si bien no reciben el efecto directo de la homofobia, no están exentos de sus efectos ya que en una sociedad que no fuese homofóbica no tendrían necesidad de ocultar su orientación sexual pudiendo vivir su identidad plenamente.

Como se ve, incluir la perspectiva de género en nuestro análisis de la situación y de la población meta es fundamental para comprender su mayor vulnerabilidad y exposición al VIH/sida.

La perspectiva de género nos permite entender, en parte, la mayor exposición de la población GBTH al VIH/sida.

Sin embargo, no podríamos entender la realidad del grupo GTH si no incluyéramos un tercer componente de la sexualidad que es la **orientación sexual**. Esta indica hacia donde se dirige u orienta el deseo sexual del individuo, de acuerdo al objeto de deseo de su preferencia. Por lo tanto, hace referencia a los aspectos psicológicos o individuales de la sexualidad. Las variantes, en este componente, pueden ser tres:

- **Heterosexual:** si el objeto de deseo del individuo es del sexo opuesto al de él.
- **Homosexual:** si el objeto de deseo del individuo es del mismo sexo que él.
- **Bisexual:** el objeto de deseo del individuo puede pertenecer indistintamente a su mismo sexo o al sexo opuesto al de él.

Es decir, dependiendo del sexo del individuo hacia el que el sujeto orienta su deseo podremos definir su orientación sexual. La pregunta en este componente es: ¿qué le atrae sexualmente? ¿una persona de su mismo sexo, de sexo opuesto o de ambos sexos?

Algunos autores como Kinsey plantean un continuo entre las tres variantes. Sin embargo, la mayoría de las investigaciones han establecido que una vez que la orientación sexual se establece en un sujeto, al finalizar la adolescencia, esta es prácticamente inmodificable e invariable. Esto implica que un sujeto que se ha establecido como heterosexual no podrá cambiar su atracción hacia personas del mismo sexo y convertirse en homosexual en forma permanente y viceversa.

Esto no implica que, eventualmente y ante algunas situaciones particulares, el sujeto no pueda llegar a mantener prácticas homosexuales. Esto sucede especialmente en situaciones de reclusión por largos períodos, como los hombres privados de su libertad en prisión, en las que solo están en contacto con otros hombres. Sin embargo, este tipo de prácticas son eventuales y no permanentes, ligadas a situaciones especiales ya que cuando los individuos recuperan su libertad retoman las prácticas heterosexuales habituales. También muchos jóvenes mantienen prácticas homosexuales eventuales durante la adolescencia, como la masturbación mutua con otros adolescentes de su mismo sexo. Pero esto no significa que luego mantendrán una orientación homosexual permanente en la adultez.

Este tipo de prácticas generalmente tienen un fin exploratorio, de reconocimiento de la sexualidad y preparación y práctica para las relaciones heterosexuales posteriores. Por otro lado, están los trabajadores sexuales quienes ofertan servicios sexuales a otros hombres sin ser necesariamente homosexuales ellos mismos, aunque en la práctica mantengan relaciones sexuales con personas de su mismo sexo. PERO esto no implica necesariamente que los hombres sean su objeto de deseo y atracción.

Pero el hecho es que la mayoría de los estudios parecen confirmar que las variantes de la orientación sexual no conforman un continuo, sino que son altamente estables y diferenciadas, constituyéndose en absolutos. Es decir, es dudosa la existencia de grados de homosexualidad o heterosexualidad. Si podemos establecer la existencia de diferentes formas de vivir y expresar la propia homosexualidad, por lo que muchos autores hablan de “homosexualidades” más que de una única forma de ser homosexual.

Históricamente, la orientación sexual heterosexual es la que ha sido la hegemónica y la considerada “natural”. Por el contrario, las orientaciones homosexual y bisexual han sido rechazadas en casi todas las sociedades (incluso, en la actualidad) por ser consideradas antinaturales, perversas y anormales. Esto ha estado vinculado, sobre todo, a algunas concepciones religiosas que las conciben como pecado y/o a algunas teorías médicas y científicas que las definían como “enfermedad”. Sin embargo, desde el año 1973 han dejado de ser consideradas como tal por la Asociación de Psiquiatría Americana que las eliminó de su lista de patologías mentales. Lo mismo ha hecho la Organización Mundial de la Salud al dejar de considerar a la homosexualidad como una enfermedad.

Así se ha iniciado un camino de aceptación de las orientaciones sexuales diversas y diferentes a la heterosexual, abandonando las concepciones que las consideraban desviaciones o perversiones. No obstante, queda mucho camino por recorrer para que la diversidad sexual sea totalmente aceptada por nuestras sociedades.

La orientación sexual es independiente del sexo y del género por lo que podemos combinar sus variantes con las de los otros componentes llenando todas las posibilidades de combinación, como en este cuadro se expresa:

Sexo	Género	Orientación Sexual
Varón	Masculino	Heterosexual
		Homosexual
		Bisexual
	Femenino	Heterosexual
		Homosexual
		Bisexual
Mujer	Masculina	Heterosexual
		Homosexual
		Bisexual
	Femenina	Heterosexual
		Homosexual
		Bisexual

De este modo, podemos ir observando que las distintas combinaciones de los tres componentes hasta ahora expuesto dan lugar a una gran diversidad de formas de expresión de la sexualidad.

Si hay un componente que caracteriza, define y aglutina a la población GBTH, es precisamente la orientación sexual. Lo que principalmente tienen en común los individuos que forman parte de este grupo es el sentirse atraídos sexualmente por personas del mismo sexo que aquel con el que ellos nacieron. Es decir, por poseer una orientación sexual homosexual. El hecho de que este componente se combine con el género es lo que da lugar a la gran diversidad de formas de expresión de la homosexualidad.

La orientación sexual es independiente de los otros componentes, como antes se dijo. Por esto mismo, al combinarla con ellos surge, por ejemplo, posibilidad de que existan sujetos homosexuales femeninos y sujetos homosexuales masculinos en diversos grados.

La orientación sexual homosexual caracteriza a la población GBTH. Los roles de género dan lugar a la diversidad en su interior.

Existe una creencia muy arraigada en la población general que establece que todos los individuos homosexuales poseen o deben poseer rasgos femeninos. Esto es, deben ser sensibles, preocuparse por la propia apariencia e imagen, no ser agresivos físicamente ni practicar deportes y ocupar un rol pasivo-receptivo y sumiso en sus prácticas sexuales. Por el contrario, quienes no poseen estos rasgos sino que exhiben características masculinas, no son considerados homosexuales aunque se sientan atraídos por personas de su mismo sexo. Muchas veces, esta creencia es sostenida por los mismos gays y trans. Sin embargo, es errónea y confunde términos diferentes.

Una persona puede poseer gran parte de las características correspondientes a lo masculino y

ser igualmente homosexual o gay, ya que su comportamiento es altamente independiente de la orientación de su deseo sexual. Existen individuos homosexuales con rasgos femeninos así como también hay individuos homosexuales que poseen los atributos de lo masculino.

Esto trae como consecuencia lo que previamente exponíamos. Los individuos homosexuales femeninos están altamente expuestos a la discriminación y al estigma mientras que los individuos homosexuales masculinos suelen tener dificultades para aceptar su orientación sexual y la viven en forma clandestina y oculta. Ambas situaciones son producto de la homofobia y, por las razones que antes se explicaban, aumentan la exposición de ambos grupos a contraer el VIH.

El hecho de que haya homosexuales masculinos y femeninos tiene también como consecuencia que los roles de género, muchas veces, se repitan al interior de las parejas del mismo sexo, sean estas estables u ocasionales.

Homofobia y juventud

La homofobia de las sociedades tiene un particular impacto negativo en la adolescencia. En esta etapa de la vida, los sujetos se encuentran en un proceso de construcción de la propia identidad y la propia autoimagen. Al mismo tiempo, es la fase del descubrimiento y establecimiento de la propia sexualidad. Cuando los jóvenes homosexuales comienzan a tomar conciencia de su orientación sexual y del hecho de que esta es diferente a la de la mayoría, paralelamente aprenden que esta es, generalmente rechazada por su grupo social y caracterizada como anormal, perversa o desviada. Esto tiene varios efectos:

- Los adolescentes por temor a ser discriminados, agredidos o rechazados se aíslan y ocultan sus preferencias sexuales;
- Esto hace que su red social de apoyo se empobrezca y por lo tanto, que no puedan compartir sus experiencias y sentimientos con pares que estén pasando por la misma situación, que no reciban apoyo y contención, que no tengan acceso a información válida para comprender lo que les sucede y cuidarse y protegerse, que no reciban consejo de adultos o personas que los puedan ayudar y guiar o que no puedan reflexionar sobre sus experiencias y sentimientos en el intercambio con otras personas en su misma situación. Suelen encontrarse en una situación de aislamiento social y soledad, sin apoyo de pares o adultos;
- Es posible que tampoco cuenten con referentes positivos con los que identificarse y construir su propia identidad como gays ya que, muchas veces, los medios de comunicación muestran una imagen negativa y degradante del homosexual;
- Su autoestima se ve afectada negativamente ya que aprenden de los demás que sus prácticas y deseos son anormales, perversos o desviados. Esto hace que posean una imagen negativa de si mismos, sientan culpa por ser como son o directamente se genere autorechazo o negación de la propia identidad. El resultado es una autoimagen pobre o negativa;
- Esto repercute en la conformación de la propia identidad, que no termina de conformarse o se conforma de forma endeble y poco definida;
- Por otro lado, al estar aislados y no poder compartir e intercambiar experiencias con pares lo primeros encuentros sexuales suelen ser ocasionales, anónimos, con desconocidos, en espacios poco adecuados para ello y de forma casual. En resu-

men, suelen ser degradantes, riesgosos y disociados o separados de los componentes afectivos de la sexualidad, fuertemente genitales;

- La baja autoestima vuelve a estas prácticas sexuales mas riesgosas aun ya que muchas veces, los jóvenes ceden a las presiones de sus eventuales parejas sexuales para no usar preservativo solo para agradar al otro, sentirse aceptado y valorado por alguien y/o no ser rechazado.

Si bien estas consecuencias, y la vulnerabilidad aumentada que tienen asociada, se producen en la adolescencia, sus efectos negativos se experimentan, muchas veces, toda la vida. Esto es porque en esta etapa se consolidan y cristalizan estructuras psicológicas que son permanentes y de muy difícil modificación en el futuro, una vez que la fase finalizó. Tal es el caso, por ejemplo, de la identidad.

Existe un último componente de la sexualidad a considerar: la **identidad de género**. Este hace referencia a como el sujeto se define o percibe a si mismo en relación con su sexualidad. La diferenciación de este componente surge del hecho que, en algunas ocasiones, la percepción o definición que el individuo da de la propia sexualidad puede diferir del hecho real. Por ejemplo, muchas trans de definen a si mismas y se autoperciben como mujeres, a pesar de que el sexo de nacimiento sea varón. Por lo tanto, la identidad de género es la sensación interna de pertenecer a uno u otro sexo, independientemente del sexo real de nacimiento. Es decir, es la convicción de ser mujer o varón.

En la mayoría de los casos, esta sensación concuerda con el sexo con el que el sujeto nació. Sin embargo, las travestis, transexuales y/o transgéneros han construido una identidad de género que difiere del sexo de nacimiento. Este componente da cuenta de aspectos psicológicos de la sexualidad y de las dimensiones mas singulares e individuales de esta.

Si bien la biología, la sociedad y la cultura imponen un marco a la sexualidad de cada individuo, este termina realizando una construcción singular y única de la propia sexualidad que se expresa en un identidad que muchas veces supera el marco biológico y socio-cultural.

La identidad de género es la sexualidad que la persona termina construyendo a partir de lo que la biología y la cultura le brindan.

Actividad: “Conociendo a la población meta”

1) Al comenzar a identificar a una población meta, primero debemos hacer el esfuerzo de definirla y al mismo tiempo, revisar las imágenes o representaciones que tenemos de ella. Una buena forma de hacer esto puede ser resolviendo el siguiente ejercicio:

“Yo conozco a mi población tan bien que puedo llamarla de todas estas maneras...”

- 1...
- 2...
- 3...
- 4...
- 5..., etc...

2) Otra forma de delimitar a la población meta puede ser definiendo los requisitos que un individuo debe poseer para ser considerado parte de ella:

“Para ser parte de la población GBTH hay que ser (tener, hacer o gustar de...)...”

- 1...
- 2...
- 3...
- 4...
- 5...,etc.

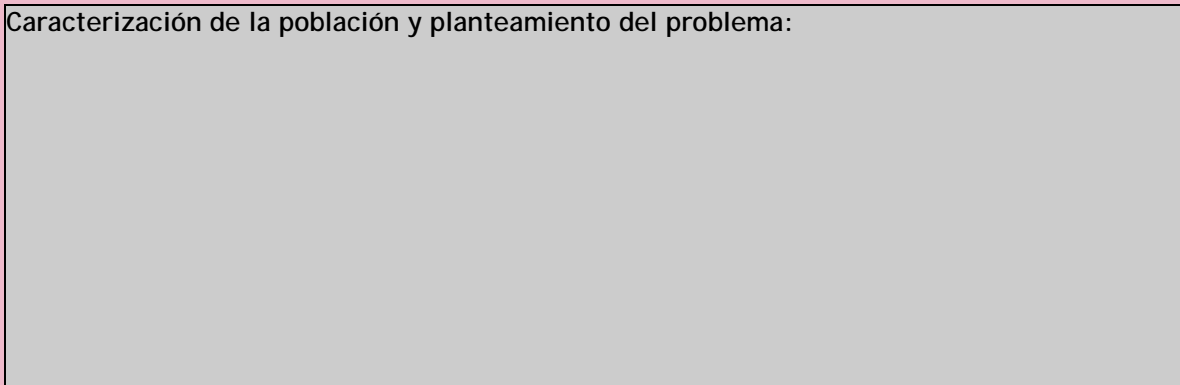
3) Una vez que recabamos suficiente información podemos volcarla y organizarla en tablas como la siguiente para aprovecharla mejor:

Categoría	Información relevante recabada
Factores del entorno que la exponen al VIH/sida	Ej: homofobia y discriminación social
Factores internos que la exponen al VIH/sida	Ej: práctica de sexo anal sin protección
Lenguaje o formas de hablar particulares	Ej: “chongo” para el homosexual masculino y “marica” para el homosexual femenino.
Lugares de encuentro y reunión	Ej: Lugares bailables, baños públicos, paseos y parques durante la noche.
Eventos especiales	Ej: Marcha del Orgullo
Formas de vestir, música particular, etc.	Ej: Música electrónica en eventos y lugares bailables
Creencias en relación con la sexualidad	Ej: “Cuanto más parejas sexuales tenga más popular seré entre mis amigos”
Creencias en relación con el VIH/sida	Ej: “Puedo darme cuenta si mi pareja ocasional está infectada y por lo tanto puedo decidir cuando usar condón y cuando no”.
Percepción del riesgo	Ej: “Estoy en pareja y confío en él, mi riesgo es bajo y puedo prescindir del condón”.

Se puede extender este cuadro con tantas categorías como se considere necesario para poder caracterizar a la población meta. En la segunda columna, es recomendable describir con mucho detalle toda la información encontrada para cada punto. De esta forma, contaremos con los datos básicos para comenzar a pensar la intervención.

4) Una vez que obtenemos información de nuestra población hacemos el recorte de quienes serán la meta de nuestra intervención. Luego resumimos sus características en el siguiente cuadro y planteamos el problema:

Caracterización de la población y planteamiento del problema:



Ejemplo 1: Organización “Juntos por la vida”

La Organización “Juntos por mas vida” decidió llevar a cabo una intervención la expansión del VIH/sida en la población GBTH local. Para eso comenzaron por recabar información acerca de la población que ellos seleccionarían como destinataria de la intervención.

En primer lugar, notaron que la población GBTH tiene, como principal punto de reunión, un local bailable específicamente dirigido a esta comunidad. La mayoría de las acciones preventivas (reparto de folletos y preservativos, etc.) se realizan allí dado que es un punto evidente de encuentro de la comunidad. Sin embargo, a partir de la experiencia de la organización en consejería, han podido comprobar que un importante porcentaje de la población GBTH no participa de estos espacios comunitarios.

Son en general jóvenes que están en camino de asumir su orientación sexual homosexual pero aun no han finalizado el proceso. Por esto mismo, no se identifican plenamente como homosexuales ni con el modelo de gay que predomina en los lugares de ambiente de la comunidad. Esto hace que se mantengan ajenos a estos ámbitos de encuentro comunitario.

Al no participar de estos espacios no reciben información necesaria sobre prevención del VIH/sida o sobre la importancia del uso del condón. Como se mantienen a si mismos fuera de los espacios comunitarios las acciones de prevención e información que allí se realizan frecuentemente no llegan a ellos.

Por otro lado, al permanecer aislados y alejados de otros gays su red social de apoyo y contención es casi inexistente. Tienen pocos amigos con los cuales compartir sus experiencias y sentimientos en relación con el ser homosexual. De esta forma, tienen dificultades para terminar de desarrollar una identidad fuerte y bien definida. Al estar aislados, su autoestima se ve reducida.

Por esto mismo, tampoco reciben información preventiva de sus pares, ni apoyo y refuerzo para poner en práctica conductas de prevención.

El miedo a la homofobia, la discriminación y el estigma también los disuade de asistir a lugares de la comunidad, como locales bailables u organizaciones comunitarias en los que podrían recibir información para protegerse del VIH. Asimismo, este temor hace que se oculten y aislen mas aun, evitando el contacto con pares con los que entablar una amistad y fortalecer los lazos sociales.

Los miembros de la Organización también detectaron que estos jóvenes suelen tener relaciones sexuales ocasionales en lugares públicos como baños o parques durante la noche. Dado que no poseen una red de amigos o conocidos de la comunidad solo pueden conocer hombres con los que hacer sexo de esta forma.

La poca información acerca de la prevención del VIH de que disponen sumado a su baja autoestima hace que muchas veces incurran en comportamientos sexuales de riesgo, como ceder a las presiones de las parejas eventuales para no utilizar condón.

Algunas de las creencias que expresan estos jóvenes cuando llegan finalmente al servicio de consejería son:

“Si no cedía a su pedido de no usar condón se iba a negar a mantener sexo conmigo”

“El me trató muy bien. Así que le hice caso y no usamos condón. No creo que por una sola vez pase nada”

“No conozco mucha gente con la cual tener relaciones sexuales. Por eso, decidí estar con el igual, pues no se cuando volveré a estar con alguien así”

Dada esta información que la organización pudo recabar se decidió recortar como población meta de la intervención a los “Jóvenes de 18 a 30 años que no participan de espacios de encuentro comunitario de la población GBT” .

Población Meta ¿Quiénes?			
Jóvenes de 18 a 30 años que no participan de espacios de encuentro comunitario de la población GBT			

Capítulo 5

Identificando prácticas de riesgo



Identificando prácticas de riesgo

Una vez que hemos caracterizado y delimitado a la población meta de nuestra intervención debemos definir sobre que prácticas concretas vamos a intervenir. Al identificar al grupo meta como vulnerable o expuesto hemos también delimitado los factores que producen y aumentan esa vulnerabilidad. Si nuestro objetivo es reducirla, entonces deberemos intervenir en los factores que la determinan e incrementan para incidir sobre ellos, eliminarlos o reducirlos y así reducir, como consecuencia, la vulnerabilidad de la población meta. Como explicamos en el capítulo anterior, la vulnerabilidad de una población a problemas de salud como el VIH/sida, muchas veces esta asociada a la realización de prácticas de riesgo que la exponen a contraer o adquirir la enfermedad.

Por esto mismo, en esta etapa del diseño de la intervención tendremos que identificar que prácticas o conductas son las que ponen a nuestra población meta en riesgo para poder orientar nuestra acción hacia su modificación.

Hay que identificar que conducta o conductas ponen a nuestra población meta en riesgo y la exponen al VIH/sida

La conducta: concepto

Ante todo debemos reconocer que una práctica de riesgo es una **conducta**. *Una conducta se define como una acción que realiza un individuo, que puede ser observada y medida.* Algunos ejemplos pueden ser: usar un condón correctamente, tener prácticas sexuales penetrativas, abrazarse, etc. Al mismo tiempo, estas conductas pueden ser desagregadas y descompuestas en conductas menores que serían los pasos para realizar la conducta mayor. Así, por ejemplo, para usar correctamente el condón hay que revisar la fecha de vencimiento, abrir el envoltorio sin usar los dientes, colocarlo sobre la punta del pene erecto, etc.

Poder analizar una conducta identificando las acciones menores que la componen puede resultar de gran utilidad ya que muchas veces el riesgo no está en la conducta mayor sino en la no ejecución o la realización errónea de alguna de las acciones menores. Así, podríamos identificar que nuestra población meta usa condón pero de manera incorrecta. Entonces el problema podría estar en alguna de las acciones intermedias que implica la conducta de usar un condón correctamente.

De todos modos, el hecho fundamental es identificar y definir con claridad sobre qué conducta vamos a intervenir para que esta sea modificada. Esto implica delimitar cuál es la conducta que está exponiendo a nuestra población a adquirir, en este caso, el VIH.

Definir y delimitar la conducta de riesgo nos permite saber a donde dirigir la intervención

Hay distintos tipos de conducta:

- Hay **conductas vagas**. Estas son comportamientos cuyo impacto no se puede medir. Por lo tanto, deben ser evitadas en el diseño de una intervención. Por ejemplo: fidelidad mutua en caso de que los miembros de una pareja mantengan una relación estable y sean VIH negativos. En este caso, no podemos medir la incidencia de la realización de esta conducta en la reducción de la vulnerabilidad de nuestra población meta.
- Hay **conductas antecedentes**. Son comportamientos que ayudan o preparan al individuo a realizar la conducta que efectivamente protege de la transmisión del VIH, pero que por sí solas no tienen impacto sobre la salud. Por ejemplo: llevar un condón siempre consigo. Esta es una conducta que, en sí misma, no previene del VIH/sida, ya que el individuo podría llevar un condón siempre pero no usarlo en todas las ocasiones. Pero a la vez, para poder usar un condón, hay que tener uno disponible todo el tiempo. Si bien no es una conducta preventiva, facilita, predispone o es condición necesaria para que el comportamiento efectivamente protector se realice. Por esto mismo, no deben ser las conductas objetivo de nuestra intervención, pero sí es importante tenerlas en cuenta, ya que son favorecedoras de que la conducta que sí es nuestra meta sea realizada.
- Hay **conductas específicas**. Son las que efectivamente previenen o evitan la adquisición del VIH. Por ejemplo: usar correctamente un condón. Estas deben ser las conductas objetivo de nuestra intervención.

Hay que asegurarse de dirigir la intervención a una conducta que realmente produzca la infección o la prevención

Así como es importante definir claramente la conducta sobre la que queremos intervenir para producir un cambio en su realización, también es importante definir que tipo de conducta es porque...

...si es una conducta vaga no podremos medirla y saber si realmente reducimos la vulnerabilidad de nuestra población meta. Además, la ambigüedad y la vaguedad de definiciones dificulta saber con exactitud a donde dirigir el esfuerzo y la acción;

...si es una conducta antecedente podremos favorecer que la conducta realmente preventiva se puesta en practica pero no podemos asegurarnos de que esto suceda;

Por lo tanto, en esta etapa es fundamental:

- Identificar, definir y delimitar la conducta sobre la que queremos incidir;
- Asegurarnos de que sea una conducta específica que prevenga directamente la transmisión del VIH.

Como el VIH/sida se transmite por realizar o no ciertas conductas, nuestra intervención tendrá como objetivo el cambio conductual

El cambio conductual

Las conductas, en su gran mayoría, se adquieren y se aprenden a lo largo de la vida, especialmente en la infancia y la juventud. Hasta aquellas que están fuertemente determinadas por nuestra biología, como la conducta de comer o la conducta sexual, están moldeadas por la cultura y el aprendizaje. La conducta sexual es común a todos los seres humanos, pero cada sociedad construye reglas para su realización que resultan en diversidad de formas de ponerla en práctica.

No todas las conductas que aprendemos son beneficiosas para nuestra salud. A veces, no adquirimos algunas conductas que son altamente saludables. Pero así como una conducta es aprendida e incorporada por el sujeto, también puede ser “desaprendida”. A veces el objetivo es directamente inhibir la puesta en práctica de un comportamiento por tener consecuencias negativas para un sujeto. Otras veces el fin es simplemente modificar una conducta que el individuo ya posee o reemplazarla por otra más saludable y beneficiosa. A todas estas acciones las denominamos **cambio conductual**.

El cambio conductual busca que una conducta deje de hacerse, sea modificada o reemplazada por otra más saludable

El cambio conductual es el objetivo de nuestras intervenciones. Dado que hay conductas cuya puesta en práctica expone al sujeto a contraer el VIH, el fin de nuestra acción será su inhibición para que el sujeto cese de realizarlas, su modificación para tornarlas beneficiosas o inocuas para el individuo o su reemplazo por otro comportamiento más saludable.

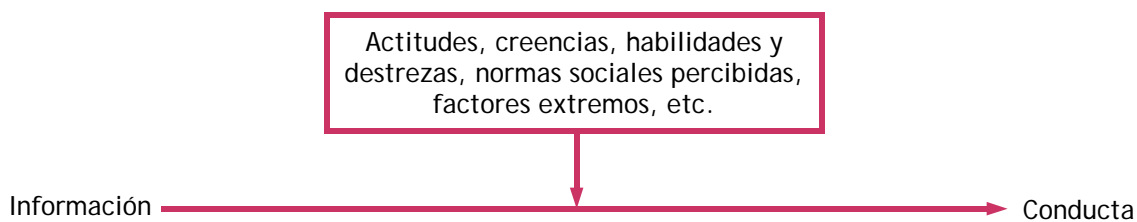
Las intervenciones tradicionales se han enfocado en cambiar las conductas de riesgo proveyendo información a los individuos que las realizaban acerca de los perjuicios de su puesta en práctica. Entonces, por ejemplo, para que los sujetos usen condón se les informaba acerca de las consecuencias negativas de su no uso o de los beneficios de su utilización.

Hoy en día sabemos que la simple provisión de información no es suficiente para que un sujeto cambie un comportamiento. Muchas personas cuentan con toda la información necesaria para protegerse a sí mismas. Sin embargo, a pesar de esto, no ponen en práctica los comportamientos más saludables.

En nuestros países, como resultado de las campañas masivas y otras estrategias, gran parte de la población conoce acerca de la importancia y la necesidad de uso del condón para evitar contraer el VIH. Sin embargo, está comprobado que no todos los que poseen este dato finalmente utilizan el condón en sus relaciones sexuales.

Dar información no alcanza para cambiar una conducta. Hay muchas otras cosas que hacen que una conducta se mantenga o abandone

Esto se debe a que entre la incorporación de la información y la puesta en práctica de la conducta correspondiente hay una distancia considerable en la que influyen e intervienen diversos factores que modifican el resultado final:



Todos estos factores funcionan como intermediarios entre la información y la realización de la conducta favoreciéndola o inhibiéndola. Los nuevos modelos de intervención reconocen que brindar información solamente no es suficiente para el cambio de conducta si no se tienen en cuenta el resto de los factores que inciden en su realización.

En la puesta en práctica de una conducta generalmente existen **actitudes** positivas o negativas hacia su realización. *Una actitud es una disposición para la realización de una conducta.* Al mismo tiempo, estas están sostenidas por **creencias** acerca de tal comportamiento, sus beneficios y sus costos. Las creencias pueden ser correctas, pero muchas veces corresponden a mitos o a ideas erróneas, como por ejemplo: “Uno puede darse cuenta de que alguien vive con VIH con solo mirarlo” o “Con una sola vez que no use condón no hay riesgo”.. Si un individuo cree que los costos de realizar una determinada conducta son mayores a los potenciales beneficios que pueda obtener, su actitud hacia su puesta en práctica será negativa y finalmente es poco probable que la realice. Por ejemplo, en el caso de la conducta “uso de condón”:

“El preservativo quita sensibilidad” (Creencia) Actitud negativa hacia el uso de condon, bajas posibilidades de efectuar la conducta. (Cuadro)

Por esto, es fundamental identificar que creencias están produciendo actitudes negativas en el sujeto hacia la realización de la conducta meta y desalentándolo de su realización. Las creencias se adquieren, generalmente, en la infancia. Por eso, están muy arraigadas en los sujetos. Muchas de ellas son compartidas por todo un grupo social lo que hace aun mas difícil su modificación. Pero si un individuo o grupo sostiene una creencia errónea que esta impidiendo que pongan en práctica comportamientos preventivos y protectores es necesario que apuntemos a su modificación y corrección.

Si queremos cambiar una conducta habrá que tener en cuenta las creencias y actitudes que la mantienen.

Para que la conducta que queremos promover sea aceptada, debemos favorecer en los sujetos creencias sustentadas en saberes científicos y válidos y no en mitos o prejuicios. Además debemos demostrarles que los beneficios de realizar tal comportamiento asociado son mayores a los costos que acarrea su realización.

En muchas ocasiones, lo que desfavorece que un sujeto ponga en práctica una conducta protectora es la **baja percepción de riesgo**. Es decir, que el individuo no se percibe a si mismo en riesgo o expuesto ante, por ejemplo, el VIH/sida. Esto esta también, en algunas ocasiones, sustentado en creencias como: “Si soy joven las posibilidades de contraer el VIH son menores” o “Por hacerlo una vez sin condón no hay peligro”. Otra veces, las consecuencias negativas de no realizar la conducta se perciben tan lejanas en el tiempo que son minimizadas por el sujeto.

Los programas actuales, por lo tanto, reconocen que es muy difícil cambiar una conducta si no se tienen en cuenta las creencias, actitudes y percepciones que la sostienen y mantienen.

Si los individuos no se perciben en riesgo ante el VIH/sida es poco probable que realicen conductas preventivas.

Más recientemente, se reconoció también la importancia de desarrollar **destrezas y habilidades** para favorecer que la conducta sea puesta en práctica. Es decir, muchos sujetos reconocen la importancia de llevar a cabo ciertas conductas y están dispuestos a ponerlas en práctica pero a veces carecen de ciertas habilidades para hacerla efectivas.

Por ejemplo, un individuo puede reconocer la importancia de usar condón en todas sus relaciones sexuales y está dispuesto a usarlo. Sin embargo, puede ceder ante la presión de su pareja para no incluirlo en la penetración. En este caso, el individuo debería desarrollar habilidades de comunicación asertiva para negociar el uso de condón con su pareja eventual o negarse a mantener relaciones si el otro aun así resiste a su utilización.

Para poner en práctica una conducta es necesario poseer ciertas habilidades. Estas facilitan que la conducta sea hecha.

Otro elemento que puede influir en la realización de un comportamiento son las **normas sociales o grupales percibidas**. Es la percepción que tiene un individuo acerca de que piensan las personas importantes para él sobre la realización de una conducta. Los individuos tendemos a adecuarnos y conformarnos a las normas de la mayoría, para conservar y reafirmar nuestra pertenencia a un grupo. Si el individuo percibe que en su grupo social la realización de un determinado comportamiento no está bien visto o es considerado poco relevante, es menos probable que lo lleve a la práctica.

Por otro lado, hay más probabilidades de que lleve a cabo un comportamiento bien visto o valorado por su grupo social aunque este sea riesgoso. Por ejemplo, en la población GBTH muchos individuos se ven desestimados de usar condón porque sus amigos no creen en el peligro y se burlan de quienes los usan o practican sexo más seguro. Asimismo en muchas ocasiones se alienta a los miembros de esta población a tener parejas sexuales múltiples, asociando la popularidad del individuo a la cantidad de relaciones sexuales con personas distintas que este realiza.

Entonces, el individuo se embarca en una práctica de riesgo solo porque es valorada por su grupo y le otorga un mayor estatus o posición dentro de él.

Es más probable que las personas hagan la conducta si su grupo o quienes son más populares en él la valoran y opinan a favor de ella.

Finalmente, también hay **factores externos** al sujeto que favorecen o inhiben la puesta en práctica de una conducta tales como: el acceso a servicios y productos necesarios para su realización (por ejemplo, acceso a condones), representaciones culturales y sociales sobre la conducta (que la conducta sea culturalmente aceptada y socialmente tolerada), etc.

Actividad: “Identificando conductas específicas”

Una vez que hemos identificado a la población meta y la conocemos bien, deberemos identificar la conducta a cambiar o reemplazar por otra mas saludable. Se puede hacer un listado de conductas que realiza nuestra población meta y la exponen al VIH/sida.

Los o las (población meta) están expuestos/as al VIH/sida porque hacen las siguientes cosas:

1. No usan condón en todas sus relaciones sexuales;
2. No discuten ni hablan con amigos ni parejas acerca del VIH/sida;
3. Tienen frecuente sexo ocasional con múltiples parejas desconocidas;
4. ...
5. ...
6. ...
7. ...
8. ...,etc...

A continuación, hay que pensar en la conducta opuesta que los protegería del VIH/sida y se las vuelca en una matriz como la siguiente . Después, se analiza una por una y se coloca una cruz en la columna correspondiente, según la conducta sea vaga, antecedente o específica, para poder identificar estas últimas.

Conducta	Vaga	Antecedente	Específica
1. Usan condón en todas las relaciones sexuales			X
2. Discuten y hablan con amigos y pareja acerca del VIH/sida	X		
3...			
4...,etc...			

Una vez que identificamos las conductas específicas que contrarrestan a los comportamientos de riesgo del primer listado la enunciamos con claridad. Finalmente, seleccionamos una de acuerdo a algún criterio que elijamos (su realización es muy frecuente, esta altamente extendida en la población meta, etc.). Así ya disponemos de una conducta específica que será el objetivo de nuestra intervención.

Ejemplo 2: Organización “Juntos por la Vida”

A partir de la caracterización de la población meta y del recorte realizado, los miembros de la organización establecieron que la conducta que no se realiza siempre y que expone a este grupo al VIH/sida es el no uso de condón. Por esto, la conducta específica que habría que promover en estos jóvenes para se protejan es el uso de preservativo en toda relación sexual.

El uso correcto del condón en todo encuentro sexual, especialmente si este incluye penetración, es la conducta que protege directamente a los individuos de la población meta de la infección por VIH.

Este comportamiento tiene algunas conductas antecedentes como: llevar un condón siempre consigo, poder comprar o adquirir condones, etc.

Población Meta ¿Quiénes?	Conducta Específica ¿Qué?		
Jóvenes de 18 a 30 años que no participan de espacios de encuentro comunitario de la población GBT	Uso correcto del condón en toda relación sexual, sin excepción		

Capítulo 6

Identificando factores clave detrás de la conducta



Identificando factores clave detrás de la conducta

En el capítulo anterior identificamos la conducta específica que, de ser puesta en práctica, protege a los individuos de la población meta de contraer el VIH. También introdujimos la idea de que existen múltiples factores que favorecen o inhiben la realización de una conducta y que es fundamental tenerlos en cuenta si el fin de nuestra intervención es el cambio conductual. Algunos de estos factores que favorecen la adopción de nuevas conductas son:

- **Información y conocimientos** científicos y válidos sobre la importancia de adoptarla y ponerla en práctica;
- **Creencias** favorables sobre la conducta específica que especifiquen sus beneficios y que estos son mayores a los costos que implica su realización;
- **Actitudes** positivas o disposiciones favorables a su realización
- **Percepción del riesgo** o los costos elevados de su no realización;
- **Normas sociales o grupales percibidas** favorables a la puesta en práctica de tal comportamiento;
- Posesión de **habilidades** o destrezas implicados en su puesta en práctica;
- **Factores externos**: acceso a los productos o servicios necesarios para su realización, aceptación cultural, etc...

Por lo tanto, el siguiente paso será identificar que factores están determinando y manteniendo la conducta que queremos modificar y que factores favorecen la adopción del comportamiento que queremos promover. A ellos deberemos orientar nuestra intervención para que el cambio conductual sea efectivo.

Para cambiar una conducta tendremos que identificar que factores clave la mantienen para influir sobre ellos con nuestras acciones.

La determinación de la conducta: concepto de factor clave

En esta fase del diseño de la intervención, nuestro objetivo será ubicar los determinantes y los factores clave de la conducta a modificar.

Los determinantes son los elementos que hacen que un individuo decida o no realizar una conducta particular. El listado expuesto más arriba y desarrollado en el capítulo precedente enumera varios determinantes de las conductas (creencias, actitudes, percepción del riesgo, factores externos, etc.). Pero lo importante es destacar que los determinantes inciden en la realización de las conductas en general. Por ejemplo, toda conducta, no importa cual sea, esta sostenida por creencias acerca de sus consecuencias, beneficios o costos y por actitudes favorables o no a su realización.

Pero al diseñar una intervención es importante ser muy concretos en la identificación y definición de las creencias, actitudes, percepciones, habilidades, etc; que están detrás de la conducta específica y particular que queremos modificar o promover en la población meta. No basta con decir, por ejemplo, que el uso correcto del condón esta favorecido por determinadas creencias o habilidades. Hay que explicitar concretamente qué creencias y habilidades están asociadas a esa conducta específica. El factor clave es la expresión mas específica y detallada de un determinante.

Mientras los determinantes son categorías generales (actitudes, creencias, habilidades, conocimientos, factores externos, percepción de riesgo, etc.) los factores clave son mas específicos expresando exactamente qué creencias, qué actitudes, qué habilidades, qué factores externos, etc. están asociados a la conducta específica que queremos promover o modificar en la población meta.

En resumen, los factores clave son específicos de la población meta y de la conducta concreta a promover. Algunos favorecen la adopción de tal comportamiento, otros la dificultan o impiden.

Hay factores clave que favorecen que ciertas conductas sean hechas y otros que las impiden

Por ejemplo, si la conducta específica a promover es el uso correcto del condón podemos identificar algunos factores clave:

Determinantes	Factores clave favorecedores de la adopción de la conducta	Factores clave inhibidores de la adopción de la conducta
Conocimientos	.Conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH/sida; .Conocimientos sobre como llevar a cabo la conducta y como adquirir los recursos para realizarla.	.Conocimientos erróneos acerca de la transmisión del VIH/sida ("existen otros métodos eficaces de evitar la transmisión como eyacular fuera", "he leído que el condón no es 100% eficaz en la prevención de la transmisión", etc.) .Conocimientos escasos acerca de la conducta ("no se donde adquirir un condón", "puedo utilizar el mismo condón en diferentes relaciones sexuales sucesivas", etc.)

Determinantes	Factores clave favorecedores de la adopción de la conducta	Factores clave inhibidores de la adopción de la conducta
Percepción del Riesgo	.Percepción del riesgo y de las consecuencias de no utilizar condón; .Percepción de los beneficios de usar condón como mayores a los costos;	.Percepción de riesgo baja y minimización del problema ("soy demasiado joven para contraer VIH", "el VIH no es un gran problema ya que la gente vive muchos años con el y no le pasa nada", "por una o dos veces que no use condón las posibilidades de contraer VIH son muy bajas", "tengo pareja estable y confío en el", etc.)
Habilidades y Destrezas	.Habilidades para uso y colocación correcta del condón; .Habilidades para negociar el uso del condón con la pareja.	.Habilidades escasas (no saber como colocarse el condón o como pedirle a la pareja que se lo coloque, etc.)
Creencias	.Creencias científicamente validadas acerca de los beneficios de utilizar condón.	.Creencias erróneas acerca del uso del condón ("quita sensibilidad", "obstaculiza el placer", "me queda chico y me ajusta demasiado", etc.)
Mitos y Prejuicios Culturales	.Desmitificación de las representaciones culturales opuestas al uso de condón.	.Mitos y prejuicios culturales ("si le pido usar un condón va a pensar que soy infiel", "si le pido que use condón pensará que desconfío de el", etc.)
Emociones	.Emociones positivas mayores a las negativas (sensación de bienestar y tranquilidad ligada a la realización de sexo seguro que redundará en mayor capacidad de disfrute y placer)	.Emociones negativas asociadas a la conducta ("me da vergüenza comprar un condón o solicitarlo en el centro de salud", "si le pido que use condón se va a negar y no querrá tener relaciones sexuales conmigo", etc.)
Factores externos	.Factores externos positivos (mayor accesibilidad a los condones, servicios de salud amigables con gays, trans y HSH y adaptados a las características y necesidades específicas de esta población)	.Factores externos negativos ("es demasiado caro", "no es fácil conseguirlo", "los servicios de salud no son amigables con gays, trans y HSH", etc.)

La lista sirve de ejemplo de cómo poder identificar los factores clave específicos que están detrás de una conducta, ya sea favoreciendo su adquisición por parte de la población u obstaculizándola.

Al identificar los factores clave sabremos concretamente sobre qué elementos tendremos que influir para generar el cambio de la conducta o la adopción de un comportamiento nuevo. Por eso debemos explicitarlos con claridad para saber hacia qué factores orientar nuestras acciones y nuestros mensajes.

Detrás de una conducta suele haber numerosos factores clave que la determinan. Es muy difícil que una sola intervención pueda abarcarlos a todos. Entonces, será necesario evaluar cada

factor y **priorizar** unos sobre otros según las características de nuestra población meta. Es fundamental recurrir al diagnóstico o caracterización inicial que hicimos de nuestra población e investigar cuales de estos factores son mas recurrentes o están mas extendidos en el grupo al que nos dirigimos. Por ejemplo, la creencia de que el condón quita sensibilidad y placer puede estar mas extendida y arraigada en nuestra población meta que otras creencias.

Hay que reconocer con claridad los factores clave a trabajar y priorizar los de mas peso o los mas extendidos en la población

También se podría establecer cuales factores tienen mas peso en la determinación de la conducta específica que identificamos. Entonces, por ejemplo, podríamos observar que la mayoría de la población reconoce la importancia del uso del condón pero tiene dificultades para negociar su uso con sus parejas eventuales. Por lo tanto, el mayor peso en la determinación de la conducta está en las habilidades más que en las creencias. Por esto mismo, habrá que dirigir las acciones a desarrollar las primeras.

De acuerdo a los datos que obtenemos de la población meta tendremos que definir sobre que factores clave habremos de intervenir prioritariamente.

Al enunciar un factor clave le antepone un verbo y de esta manera enunciamos una acción que es el resultado esperado de nuestra intervención. Si seleccionamos y priorizamos a los siguientes factores clave de la lista precedente:

- Conocimientos sobre como llevar a cabo la conducta y como adquirir los recursos para realizarla
- Accesibilidad a los condones
- Mitos y prejuicios culturales en relación con: el uso de condón y la desconfianza en el otro, el uso de condón y su vinculación con la infidelidad.
- Creencias erróneas acerca del uso del condón en relación con la reducción de sensibilidad y placer.
- Emociones negativas asociadas a la conducta (vergüenza de comprar un condón o solicitarlo en el centro de salud o pedirle a la pareja que se lo coloque)
- Habilidades para uso y colocación correcta del condón.

al enunciarlos deberíamos anteponerles en verbo quedando expresados de la siguientes forma:

- **Incrementar** los conocimientos sobre como llevar a cabo la conducta y como adquirir los recursos para realizarla
- **Favorecer** la accesibilidad a los condones
- **Reducir o eliminar** los mitos y prejuicios culturales en relación con: el uso de condón y la desconfianza en el otro, el uso de condón y su vinculación con la infidelidad

- **Modificar** las creencias erróneas acerca del uso del condón en relación con la reducción de sensibilidad y placer
- **Disminuir** las emociones negativas asociadas a la conducta (vergüenza de comprar un condón o solicitarlo en el centro de salud o pedirle a la pareja que se lo coloque)
- **Perfeccionar o promover** las habilidades para uso y colocación correcta del condón.

Al colocar un verbo activo antes de cada factor clave seleccionado estaremos enunciando los objetivos de nuestra intervención

Al expresar los factores clave de esta forma estamos definiendo los resultados o logros que esperamos obtener con nuestras acciones. En resumen, estamos enunciando los **objetivos** de nuestra intervención.

Enunciar con claridad los objetivos nos permite conocer a donde se dirigen nuestras acciones, cual es el punto de llegada

Poder enunciar con claridad y precisión que resultados se esperan obtener con las acciones permitirá:

- Saber a donde nos dirigimos, a que punto se quiere arribar. Conociendo claramente el punto de llegada (los objetivos) es más fácil trazar y definir el o los caminos para llegar hasta allí (las actividades):
- Que todos los que participan de la intervención actúen de forma articulada y coherente al conocer el objetivo común al que el equipo de trabajo aspira;
- Evaluar si se obtuvieron los resultados esperados y se cumplieron los objetivos o no. Si los objetivos están poco claros, son difusos o ambiguos no podremos evaluar si fueron alcanzados o no finalmente. En cambio, si están bien definidos, son concretos, medibles y realistas podremos comparar los resultados con los objetivos planteados en un principio y sabremos si logramos cumplirlos. Asimismo, no solo hace posible la evaluación final de los resultados sino que también facilita la evaluación y el monitoreo continuo a lo largo de todo el proceso de implementación de la intervención.

Una vez que se definieron con claridad los objetivos que queremos alcanzar, habrá que decidir cuales son las estrategias más adecuadas para lograrlos y diseñar un plan de actividades.

Actividad: "Identificando los factores clave"

1) En la actividad anterior el objetivo era identificar una conducta específica. Ahora que el comportamiento a promover o modificar está definido te proponemos identificar los factores clave que lo determinan. Para eso utiliza la información que obtuviste y recopilaste de tu población meta y vuélcala en una matriz como la siguiente:

Conducta Específica	Factores Clave					
	Actitudes y Creencias	Percepción de Riesgo	Emociones	Normas grupales percibidas	Habilidades y Destrezas	Factores Externos
Uso de condón en toda relación sexual	"Por una o dos veces sin usar condón no hay riesgo", etc.	Baja dado que cuentan con poca información y piensan que no hay riesgo si el condón no es usado en una o dos ocasiones, etc.	Ansiedad y baja autoestima para solicitar uso de condón en toda ocasión, etc.	Esta bien visto que el condón no debe ser necesariamente usado siempre, sino solo en algunas ocasiones, etc.	Falta de habilidades de comunicación para solicitar y negociar uso de condón o negarse a tener sexo sin el, etc.	Dificultad para conseguir condones, homofobia social, etc.

En la primera columna, ubica la conducta específica que definiste en la actividad anterior. Después, completa cada columna con todos los factores clave que corresponden a esa categoría en relación con la conducta específica seleccionada. Es importante que seas lo más exhaustivo puedas. En este caso, te damos un ejemplo.

Te sugerimos que reemplaces la conducta ejemplo por la que tu seleccionaste y que completes el resto de las columnas con los factores clave que detectaste en tu diagnóstico.

Finalmente, selecciona un grupo de factores clave que consideres prioritarios por su peso en la determinación de la conducta o por estar muy extendidos en la población meta.

2) Una vez hecho esto vuelca los factores clave elegidos en esta otra matriz y anteponles el verbo que consideres pertinente.

Verbo	Factor Clave Seleccionado
1. Desarrollar	Habilidades de comunicación para solicitar y negociar uso de condón o negarse a tener sexo sin el
2.	
3.	
4.	
5.	

Te damos el primer punto como ejemplo. Al finalizar esa actividad contarás con los objetivos de tu intervención. Asegúrate de que no se confundan con las actividades y que sean claros, realistas y medibles.

Ejemplo 3: Organización “Juntos por la Vida”

Los miembros de la organización, en su investigación, detectaron que el no uso de condón en todas las relaciones sexuales en la población meta estaban asociados, principalmente, a los siguientes factores clave:

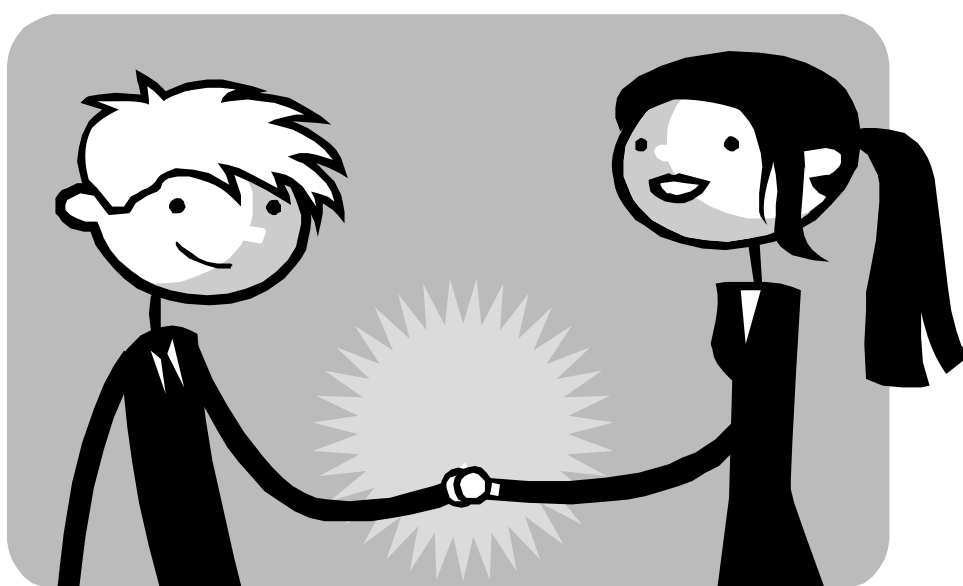
- Baja percepción de riesgo de estos jóvenes dado que cuentan con menos información acerca del VIH/sida y su transmisión;
- Falta de habilidades de comunicación asertiva para negociar el uso de preservativo o negarse a mantener relaciones sexuales sin el;
- Baja autoestima y red social disminuida.
- Homofobia social que impulsa a los jóvenes a ocultar su orientación sexual y aislarse de sus pares, reduciendo su autoestima e impulsándolos a hacer sexo clandestinamente.
- Dificultad para acceder a condones debido al aislamiento y el no animarse a asistir a espacios comunitarios que podrían brindárselos.

Estos son algunos de los factores que influyen reduciendo las probabilidades de que la conducta “uso correcto del condón en toda relación sexual” sea puesta en práctica. Por lo tanto, la intervención debería estar dirigida a incidir sobre estos factores. En el cuadro siguiente se muestra como quedaron los factores clave al anteponerles un verbo y enunciarlos como objetivos de las acciones.

Población Meta ¿Quiénes?	Conducta Específica ¿Qué?	Objetivos (Verbo + Factor Clave)	
Jóvenes de 18 a 30 años que no participan de espacios de encuentro comunitario de la población GBT	Uso correcto del condón en toda relación sexual, sin excepción	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la percepción de riesgo frente al VIH en estos jóvenes • Desarrollar en los jóvenes habilidades de comunicación asertiva • Incrementar la autoestima en estos jóvenes y promover el lazo social y la amistad entre ellos • Favorecer la reducción de la homofobia en el entorno de estos jóvenes. 	

Capítulo 7

Promoviendo el cambio de conducta



Promoviendo el cambio de conducta

Cuando los objetivos de la intervención ya están claramente planteados, el próximo paso es establecer el mejor camino para alcanzarlos. Como la mayoría de las intervenciones apuntan al cambio de conducta, habrá que decidir cual es la estrategia mas adecuada para lograr esta meta.

Existen diversas estrategias para promover el cambio de comportamiento. Cada una tiene sus alcances y limitaciones a tener en cuenta al momento de seleccionar alguna para implementar en la intervención. También, la opción por una estrategia o por otra deberá estar en relación con la conducta específica que se decida modificar o promover y los factores clave priorizados.

En este capítulo se hará un breve recorrido por varias estrategias de cambio conductual.

Con los objetivos claros, habrá que definir mediante que actividades vamos a alcanzarlos



Estrategias de cambio de conducta

En este apartado desarrollaremos algunos modelos que explican el cambio de conducta y como este se produce. Existe una gran diversidad de modelos. Aquí se hará una selección de aquellos que han sido aplicados a los comportamientos vinculados al VIH/sida.

a) Modelos Cognitivos

Los modelos cognitivos hacen hincapié en variables individuales como cogniciones, actitudes, creencias, percepciones, etc. La explicación básica de la conducta desde las teorías cognitivas es que todo comportamiento esta determinado por los elementos enumerados mas arriba. Estos mantienen la conducta favoreciendo o inhibiendo su modificación. En base a este postulado se elaboraron varios modelos que intentan explicar como un comportamiento puede ser modificado o promovido.

Modelo de creencias en salud (Becker, 1974)

Este modelo afirma que la puesta en práctica de un comportamiento en salud depende de ciertas creencias que el individuo tenga respecto de tal comportamiento y sus consecuencias.

Según el modelo, la probabilidad de que una conducta en salud sea realizada depende de cuatro factores:

<p>Susceptibilidad o vulnerabilidad percibidas: depende de la percepción del riesgo de contraer la enfermedad que tenga el individuo. El sujeto debería percibir, por ejemplo, el gran riesgo en el que se encuentra de adquirir VIH/sida o sentirse vulnerable ante el problema.</p>	<p>Severidad percibida: implica la evaluación que hace el individuo de las consecuencias clínico-médicas y sociales de padecer una enfermedad. Por ejemplo: que el sujeto perciba las consecuencias de vivir con VIH.</p>
<p>Beneficios percibidos: el individuo debería percibir que la conducta es realmente eficaz en la reducción de su riesgo y vulnerabilidad. Es decir, que el comportamiento es factible y efectivamente reduce la amenaza de la enfermedad. Por ejemplo, el sujeto debería visualizar al uso de condón como el único método eficaz para la prevención del VIH/sida y debería percibir su utilización como factible para el. Es decir, posible de ser llevada a cabo por el.</p>	<p>Costos o barreras percibidas: todo lo que la persona siente que perdería al adoptar ese comportamiento o los obstáculos para su puesta en práctica. Por ejemplo, creencia de que se pierde sensibilidad al usar condón, que son poco accesibles, etc.</p>

Es más probable que alguien adopte una conducta si se percibe a si mismo vulnerable y reconoce que esta reduce su vulnerabilidad

De acuerdo al modelo, el individuo hace una evaluación costo-beneficio al momento de adoptar una conducta en salud. Entonces, hay mas probabilidades de que lo haga cuando:

- Se percibe vulnerable frente a la enfermedad;
- Evalúa que las consecuencias de padecerla son demasiado negativas, graves o severas;
- Percibe que la conducta es eficaz en reducir su vulnerabilidad y evitar las consecuencias y es además, factible;
- Evalúa que los costos de realizar la conducta son pocos o no relevantes y son superados por los beneficios;

Las críticas a este modelo apuntan a que su planteamiento es demasiado individualista, dejando por fuera los factores sociales y culturales que tornan a un grupo vulnerable. Como vimos, en el caso particular de la población GBTH estos factores son especialmente relevantes para comprender la mayor vulnerabilidad de este grupo al VIH/sida. Un modelo centrado solo en factores psicológicos individuales resulta demasiado reducido o incompleto para poder comprender la complejidad de la problemática del VIH.

En resumen, realiza un planteamiento simplista de las conductas en salud acotando el problema solo a factores psicológicos. No tiene en cuenta que los comportamientos están asociados a los entornos en los que los individuos se desenvuelven. El contexto social y comunitario influye en las conductas de los individuos reforzando la realización de algunas e inhibiendo a otras. Dejar por fuera la influencia del medio social en la determinación de los comportamientos es correr el riesgo de que nuestra intervención fracase ya que ningún individuo adoptará un comportamiento que sea rechazado o considerado poco relevante pro su grupo de pertenencia. Por otro lado, no cambiará una conducta que sea altamente valorada en su contexto social.

Modelo de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980)

Según este modelo, la adopción de un comportamiento en salud depende de dos factores:

- Las **actitudes**: están basadas en las creencias acerca de los resultados de la acción mas el valor que se otorga a estos. Por ejemplo, hay mas probabilidades de que una persona use condón si posee actitudes positivas hacia la realización de este comportamiento. Es decir, reconoce la eficacia del preservativo como método preventivo, la facilidad de su uso y percibe a los costos como mínimos (por ejemplo, no reduce el placer).
- La **norma subjetiva**: es la evaluación que hace un individuo acerca de las opiniones o recomendaciones de los otros "significativos" para el (familia, amigos, compañeros, pares, etc) en relación con el comportamiento en salud. Es la opinión, percibida por el sujeto, de los otros importantes para el mas la motivación para actuar de manera acorde a esta. Por ejemplo, hay mas probabilidades de que un sujeto utilice condón si percibe que las otras personas relevantes para el opinan favorablemente sobre su uso, valoran este comportamiento o lo recomiendan.

Es más probable que alguien adopte una conducta si percibe que otras personas importantes para el la valoran y la recomiendan.

El modelo establece que el cambio conductual es producto de la interacción de ambos factores. Si se cambia el clima social normativo en relación con la conducta a promover (por ejemplo, el uso de condón) es mucho más probable que las individuos desarrollen actitudes favorables hacia su realización y la incorporen a su repertorio conductual como resultado de percibir que es un comportamiento valorado en su grupo social.

Este último componente estimuló la realización de intervenciones basadas en líderes de opinión o de educación entre pares en las que referentes o individuos valorados y reconocidos en su grupo social realizan actividades de educación a pares, les proveen de información, etc. La idea es que si el individuo percibe que sus pares o los líderes de su grupo realizan, promueven, recomiendan y/o opinan favorablemente sobre un determinado comportamiento es más probable que el sujeto lo adopte, como forma de intentar adecuarse o marcar su pertenencia a ese grupo.

Este modelo, a diferencia del anterior, intenta ampliar su mirada incorporando factores del contexto del individuo en la explicación del cambio conductual. De hecho, ubica como factor fundamental que determina el cambio de conducta a las opiniones y las influencias de los otros significativos para el sujeto. Sin embargo, su mirada continúa siendo reducida, dejando por fuera los factores sociales, culturales, políticos y económicos que determinan las conductas de los sujetos. En el caso particular de la población GBTH, estos factores son de importancia central ya que la homofobia, la discriminación y el estigma son elementos de índole cultural que, están directamente vinculados con la vulnerabilidad aumentada de este grupo.

b) Modelos de Empoderamiento Comunitario

Estos modelos intentan superar la visión individualista de los anteriores para proponer un modo de intervención centrado en la comunidad o los grupos sociales. De esta forma, los modelos cognitivos no son abandonados ni desechados sino que son superados al incluirse los factores sociales, culturales, políticos y económicos que inciden en los comportamientos en salud de las comunidades. Se toman en cuenta mayor cantidad y diversidad de factores determinantes de la conducta de los grupos.

Es importante incluir además las cuestiones sociales, culturales y políticas si se quiere modificar las conductas de un grupo

Su fin es el **empoderamiento** de las comunidades. Este concepto parte de la idea de que en muchas ocasiones las comunidades no perciben los problemas que las afectan o no consideran su importancia real. Otras veces perciben el problema pero no visualizan los verdaderos factores que lo producen o inciden sobre el o no toman conciencia de los recursos que poseen para enfrentarlo.

El empoderamiento es el proceso de fortalecimiento de las comunidades para que estas tomen el control de los factores que inciden sobre su salud y su bienestar, para modificar los negativos y potenciar los positivos. Para esto, las comunidades deben visualizar el problema, percibir que factores inciden sobre el realmente y con que recursos cuentan para enfrentarlo y buscar una solución.

Esta propuesta implica participación de la comunidad en la identificación del problema y la planificación de las acciones que se hagan en respuesta a este. La comunidad deja de ser pa-

siva receptora de intervenciones para ocupar un rol activo en la toma de decisiones y el diseño de las acciones.

Se considera a la comunidad como inserta en un contexto cultural, político y económico que influye sobre ella y determina, en parte, su salud y su bienestar.

En resumen, estos modelos reconocen a las comunidades como actores sociales capaces de producir cambios sociales tendientes a ganar mayor bienestar y salud. Y para esto deben ganar mayor autonomía y mayor control sobre los factores que inciden sobre su situación y sobre los recursos para lograr los cambios necesarios.

Para lograr esto es fundamental que la comunidad este organizada. En el caso de la población GBTH, en las ultimas décadas, surgieron numerosas organizaciones que encabezaron la respuesta al VIH/sida en este grupo social. Con este fin se han utilizado desde estrategias directas como talleres, consejería, reparto de información, etc., hasta estrategias de abogacía o incidencia política para lograr que la problemática del VIH/sida en población GBTH sea percibida y tenida en cuenta por quienes toman las decisiones políticas de cada país en la temática.

La estrategias más exitosas son las que se enfocan en las comunidades mas que en individuos aislados.

No existe un único modelo de empoderamiento comunitario. Pero casi todos comparten algunos elementos o postulados:

- **Aumento de la percepción de riesgo:** al igual que en los modelos cognitivos, se reconoce la importancia de que los sujetos perciban su vulnerabilidad a la enfermedad para poner en práctica conductas de autocuidado en salud. Hay variedad de estrategias para lograr esto: talleres, consejería, grupos focales o de reflexión, etc. En todos los casos, el fin es que el individuo reflexione acerca de sus comportamientos y sus riesgos para poder comenzar a percibirlos.

Si los individuos perciben su mayor exposición al VIH es mas probable que adopten la conducta preventiva

- **Modificación del clima social normativo:** la cultura y las normas sociales son fundamentales en la construcción de las identidades de los sujetos. Las sociedades construyen los roles de género y estos, a la vez, determinan ciertas relaciones de poder. Esto ocurre, principalmente, en las sociedades en las que lo femenino es visto como inferior a los masculino y por lo tanto, queda subordinado a el. Esta distribución desigual del poder puede afectar la posibilidad de tomar decisiones en relación con las conductas en salud. Por ejemplo, esto podría afectar la posibilidad de algunos sujetos de negociar el uso de condón con la pareja eventual o de decidir que prácticas sexuales quiere realizar y cuales no. Esto es producto de encontrarse en una situación asimétrica de distribución del poder.

La población GBTH es afectada, particularmente, por las normas sociales y culturales que sancionan a las prácticas homosexuales como anormales, desviadas, perversas o pecaminosas. Esto provoca, entre otros efectos, baja autoestima en los sujetos; sexualidad

vivida con culpa y en forma oculta y clandestina; dificultad para construir una identidad fuerte, segura y bien establecida; prácticas fuertemente genitales disociadas de lo afectivo, etc. Todo esto incide directamente en la posibilidad de realizar ciertas conductas preventivas.

Sin embargo, como las normas sociales no son “naturales” sino construidas por cada sociedad, pueden ser modificadas, reconstruidas o reemplazadas por unas nuevas cuando su existencia se torna perjudicial para algún grupo social.

Hay que modificar las normas sociales que condenan las prácticas homosexuales para reducir la vulnerabilidad de la población GBTH.

- **Participación y organización comunitaria:** para poder lograr la modificación de las normas sociales que limitan el bienestar de un grupo es necesario que este se organice con tal fin. La organización comunitaria implica el compromiso y la participación activa de los individuos que conforman la comunidad. Este es uno de los aportes originales del modelo.

Las comunidades deben tomar control del problema y de los factores que lo determinan para generar el cambio social necesario con el fin de alcanzar mayores niveles de salud y bienestar. Los grupos deben verse a sí mismos como capaces de producir estos cambios mediante la movilización comunitaria.

Y además deben reconocerse a sí mismos como ciudadanos. Un ciudadano es aquel que, en un país, posee los derechos que le corresponden por el hecho de ser natural de esa nación. Poder percibir que se poseen derechos implica la posibilidad de:

- reconocerlos como un recurso que toda comunidad posee;
- poder reclamar al Estado o a quienes corresponda por su cumplimiento o por la generación de las condiciones para su ejercicio efectivo.

Por ejemplo, que las comunidades reconozcan que tienen derecho a la salud y se apropien de él implica que pueden reclamar a las autoridades correspondientes para que este sea respetado y cumplido. Por otro lado, el Estado debe garantizar que sus ciudadanos puedan ejercer sus derechos y disfrutar de ellos. Un sujeto puede saber que tiene derecho a obtener condones de forma gratuita en cualquier hospital público. Pero si los servicios de salud no disponen de suficiente recurso material para distribuir, pues el Estado se los provee deficientemente, este individuo no podrá ejercer su derecho a recibir condones gratuitamente. Como resultado, la posibilidad de ejercer su derecho a la salud y de hacer efectiva la conducta protectora se verá reducida.

La movilización y organización comunitaria es mucho más eficaz que las acciones dirigidas a los individuos aislados pues producen los cambios sociales, culturales y políticos necesarios para que las conductas sean efectivamente modificadas y puedan ser sostenidas en el tiempo.

La organización comunitaria es una estrategia eficaz para producir cambios sociales y políticos y para ejercer ciudadanía

- **Provisión de servicios apropiados:** estos modelos reconocen que todo cambio duradero en los comportamientos de salud de un grupo social deben ser acompañados por políticas adecuadas que complementen esos cambios. Supongamos que nuestro fin es promover el uso correcto del condón. Nuestras acciones serían inútiles si los sujetos, una vez convencidos de la importancia de realizar esta conducta, no puede acceder a los preservativos porque el centro de salud mas cercano no dispone de estos para su distribución gratuita. Los servicios de salud deben acompañar a las intervenciones para cambiar e instalar conductas en salud de modo que estas puedan ser efectivamente realizadas por los sujetos y sostenidas en el tiempo.

Los estados deben brindar los recursos y servicios para que los derechos puedan ser realmente ejercidos por los ciudadanos

Las principales críticas a este modelo residen en que existe muy poca información sistematizada acerca de intervenciones de este tipo en el pasado. De esta forma, aun no se ha podido evaluar su alcance real.

Sin embargo, es el modelo mas completo ya que tiene en cuenta mayor cantidad y diversidad de variables determinantes de la problemática. Por otro lado, tiene un enfoque orientado hacia lo colectivo y lo social ubicando a los grupos o comunidades en el contexto en el que se desenvuelven dado que este influye positiva o negativamente en su salud.

El plan de actividades



Todo modelo debe expresarse en actividades concretas que lo lleven a la práctica. Los modelos son construcciones teóricas y abstractas y de la teoría a la realidad concreta hay una distancia considerable.

Por eso, en esta fase del diseño de la intervención el trabajo consiste en definir como los modelos de cambio de conducta se transforman en actividades concretas para lograr este objetivo.

La selección de las actividades depende de numerosos factores:

- El modelo de cambio de comportamiento al que adhiera el equipo;
- Los recursos humanos, financieros y materiales de que se disponga para realizar la intervención;
- Las características de la población meta. Deben ser aceptadas culturalmente por esta, comprensibles y accesibles;
- Los objetivos propuestos. Hay que corroborar que las actividades seleccionadas efectivamente conduzcan a los cambios deseados y realmente influyan en los factores clave priorizados; etc...

Si el equipo de intervención decide trabajar desde un modelo de empoderamiento, por ejemplo, tendrá que priorizar actividades que generen reflexión en la población meta acerca de los riesgos y las prácticas preventivas. También deberán incluirse actividades que promuevan la participación de la comunidad y el trabajo entre pares.

Hay que seleccionar actividades que realmente influyan en los factores clave y produzcan los cambios de conducta deseados

Entonces, algunas actividades que podrían seleccionarse, a modo de ejemplo, son:

- **Grupos de discusión semanales** en los que, en cada sesión, se discuta algún tema vinculado al VIH/sida, el sexo seguro, las relaciones de género, la ciudadanía y los derechos, etc. Este tipo de actividades ayudan a los participantes a reflexionar y cambiar su manera de percibir los temas.
- **Talleres** en los que se provea de información acerca del VIH/sida y las formas de prevenirlo, mediante actividades lúdicas que estimulen la participación y la reflexión en los asistentes. Ambas actividades son útiles para que los participantes revean mitos, preconcepciones y creencias erróneas acerca del VIH/sida y la sexualidad, por medio de un proceso reflexivo;
- **Utilización de medios de comunicación** como programas de radio, revistas, videos, publicidad, etc. Este tipo de actividades permiten que el mensaje llegue a gran cantidad de miembros de la comunidad con menor esfuerzo;
- **Reparto de condones o material informativo** (folletos, tarjetas, etc.) en lugares clave de reunión de la población meta;

- **Consejería** para asesorar a individuos de la población meta en cuestiones puntuales y brindarles apoyo e información en situaciones particulares;
- **Actividades recreativas o artísticas masivas.** Este tipo de eventos permite, también, que el mensaje preventivo llegue a gran cantidad de miembros de la población con una sola acción. Además, si el mensaje esta promovido por una artista o figura reconocida valorada por la población meta será mas efectivo. Esto debido a que la población meta se identifica con quien emite el mensaje, considera significativo y valora su opinión. Por otro lado, los eventos artísticos o recreativos permiten reducir la habitual solemnidad que las acciones en salud tienen, haciendo que los sujetos estén mas receptivos y dispuestos a escuchar los mensajes. Finalmente estas actividades son muy útiles para convocar a la población meta en una primera instancia.

La lista no pretende agotar todas las posibles actividades que se pueden incluir en una intervención. Lo ideal es que en cada ocasión, el equipo diseñe y cree las actividades mas adecuadas a su población meta y a los factores clave sobre los que quiere influir para el cambio conductual.

Las actividades deben ser comprensibles y accesibles para la población meta y aceptadas por ella

Una vez que hemos definido las actividades con claridad, habrá que ubicarlas en el tiempo confeccionando un **cronograma** y evaluar que recursos serán necesarios para su implementación elaborando un **presupuesto**. También es importante distribuir roles desde el primer momento explicitando quien o quienes van a estar a cargo de cada una de las acciones y por lo tanto, serán responsables por su realización.

Mas allá de la actividad concreta que se seleccione es importante conocer cuales son las características de las intervenciones en VIH/sida más eficaces y exitosas:

Intervenciones Más Eficaces	Intervenciones Poco Eficaces
.Están sustentadas por apoyo político y liderazgos visibles y fuertes	.Carecen de apoyo político y liderazgo
.Incluyen temas de sexualidad, genero y orientación sexual	.No abordan cuestiones de sexualidad, genero y orientación sexual
.Incorporan los esfuerzos de múltiples sectores (gobierno, sociedad civil, salud, educación, medios de comunicación, etc.). Son intersectoriales.	.Se limitan a un solo sector (generalmente salud)
.Se dirigen a una población meta claramente definida y delimitada.	.Se limitan a enviar "mensajes universales" a una población general indiferenciada.
.Poseen objetivos claramente definidos: tiene en claro que cambios de comportamiento se quieren lograr y por quienes.	.Envían mensajes ambiguos, vagos o poco definidos.
.Plantean actividades claramente definidas, sencillas y fáciles de comprender por cualquier miembro de la población meta.	.Incluyen actividades complicadas, difíciles de entender e implementar.
.Están dirigidos a poblaciones de mayor riesgo, mas vulnerables o expuestas de acuerdo a datos epidemiológicos o socio-demográficos.	.Están dirigidos a poblaciones de bajo riesgo o a población general de manera indiferenciada.
.Incluyen la participación comunitaria. La población meta participa en la identificación del problema y en el diseño y evaluación de las actividades. Se incluye a los lideres comunitarios.	.Las actividades son diseñadas exclusivamente por expertos. El abordaje es unidireccional, del experto a la comunidad sin posibilidad de intercambios ni posibilidad de la comunidad de opinar y participar en la toma de decisiones.

Intervenciones Más Eficaces	Intervenciones Poco Eficaces
.Utilizan el mismo lenguaje que la población meta. Como resultado, los individuos comprenden el mensaje, lo aceptan y se identifican con el pues "es el mismo idioma".	.Utilizan un lenguaje demasiado científico y alejado de la realidad de la población meta. Como resultado los mensajes no son del todo comprensibles, son impersonales y poco amigables para con los beneficiarios.
.Proveen apoyo grupal a los individuos. No están centrados en individuos aislados.	.Se dirigen a individuos aislados, no a grupos.
.Se adaptan a las características culturales (religiosas, artísticas, etc) de la población meta y por eso son aceptados por esta.	.Proveen servicios fuera del contexto de la vida cotidiana de la gente.
.Apuntan a cambiar el entorno social de la gente. Reconocen la importancia del contexto socio-cultural en la determinación de las conductas y en la producción de la salud y la enfermedad. Para esto combinan mas de una estrategia o actividad (por ejemplo, radio, revista y grupo de reflexión semanal). Aceptan que brindar información únicamente no alcanza para producir el cambio de conducta	.Se enfocan en una única actividad o se dedican solo a brindar información.
.Llegan a donde viven, trabajan, estudian o asisten cotidianamente las personas. Planifican las estrategias para que las actividades sean accesibles para todos los miembros dela población meta.	.Son inaccesibles o acceder a sus servicios es dificultoso.
.Buscan cambios graduales a largo plazo	.Están enfocados en obtener resultados inmediatos a corto plazo.
.Tienen en cuenta las necesidades y los deseos de la población meta. Evitan imponer actividades o solicitar cambios de conducta o nuevos comportamientos no deseados.	.Imponen actividades o cambios de conducta a la población meta.
.Son flexibles y pueden adaptarse a los cambios o a las situaciones no previstas en la planificación. Pueden detectar los cambios en la población meta o en el contexto de la intervención y adecuarse a ellos.	.Son rígidos con poca capacidad para el cambio y el mejoramiento continuo. Poca capacidad de autocritica y autoevaluación.
.Tienen continuidad en el tiempo. Son sustentables.	.Son intervenciones únicas, sin continuidad ni seguimiento posterior.

Adaptado de HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections: Global Epidemiology, Impact and Prevention ODA. Overseas Development Administration. Public Health Laboratory Service, London. 1996

Actividad: "Definiendo las actividades"

Ahora que ya has definido los objetivos de tu intervención, tienes que seleccionar las actividades para alcanzarlos.

Para eso, te proponemos que ubiques los objetivos que definiste en la actividad anterior en la primera columna. Y en la segunda columna coloques la o las actividad/es que crees mas apropiadas para lograr cada uno de ellos.

Completamos el primer punto como ejemplo

Objetivos	Actividades
1. Desarrollar habilidades de comunicación para solicitar y negociar uso de condón o negarse a tener sexo sin el	Grupos semanales de discusión y reflexión
2.	
3. etc.	

Objetivos	Actividades
1. Desarrollar habilidades de comunicación para solicitar y negociar uso de condón o negarse a tener sexo sin el	Grupos semanales de discusión y reflexión
2.	
3.	
4.	
5.etc.	

Al finalizar esta actividad ya tendrás casi definida una posible intervención que tu organización o grupo podrían implementar.

Ejemplo 4: Organización "Juntos por la Vida"

Una vez identificados los factores clave y enunciados como objetivos, los miembros de la organización seleccionaron las actividades que, a su criterio, les permitirían alcanzarlos.

De su experiencia previa, y de la experiencia de otras organizaciones, decidieron que las mejores actividades eran las siguientes:

- *Un programa semanal de radio: Los jóvenes que forman la población meta suelen no participar de espacios de encuentro GBT, ni locales bailables ni organizaciones comunitarias. Esto dificulta llegar a ellos con mensajes preventivos. Dado que su falta de autoidentificación plena como gays o su temor a la homofobia y la discriminación los disuade de acercarse a espacios comunitarios GBT, las actividades deben seguir el camino inverso. No esperar que ellos vengán sino llegar a ellos con los mensajes preventivos. Una manera posible es la radio que permite llegar con mensajes a gran cantidad de personas sin que estas tengan que moverse de la privacidad de sus casas. En el programa de radio se transmitirían dos tipos de mensajes:
 - Información acerca del VIH/sida dirigida, principalmente a la audiencia GBTH con el objetivo de aumentar su percepción de riesgo ante la infección;
 - Información acerca de la homosexualidad dirigida a oyentes de la población general con el fin de reducir la homofobia social.
- Grupos de reflexión y discusión: Dado que la conducta no se modifica solo con información, esta sería solo el primer paso. Los grupos de discusión y reflexión son espacios semanales en los que se realizan diferentes actividades coordinadas por un facilitador. Esta actividad tiene dos objetivos:
 - Favorecer el desarrollo de habilidades de comunicación asertiva al ponerlas en práctica en un ambiente contenedor y seguro como es un grupo de pares;
 - Promover el lazo social y la amistad al generar espacios compartidos con otros que

han vivido o viven experiencias similares. Esto favorece la comprensión y el apoyo mutuo.

-Como resultado de lo anterior, promover un aumento de la autoestima en los participantes.

Los grupos son semanales y los participantes son convocados a través del programa de radio.

- Una revista con artículos sobre VIH/sida y su relación con la población GBTH: para dar a cada participante y reforzar los cambios producidos en su comportamiento.
- Reparto de condones y folletos: para facilitar en acceso a materiales para el sexo seguro.

Población Meta ¿Quiénes?	Conducta Específica ¿Que?	Objetivos (Verbo + Factor Clave)	Actividades
Jóvenes de 18 a 30 años que no participan de espacios de encuentro comunitario de la población GBT	Uso correcto del condón en toda relación sexual, sin excepción	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar la percepción de riesgo frente al VIH en estos jóvenes • Desarrollar en los jóvenes habilidades de comunicación asertiva • Incrementar la autoestima en estos jóvenes y promover el lazo social y la amistad entre ellos • Favorecer la reducción de la homofobia en el entorno de estos jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Programa de radio • Grupos de discusión y reflexión • Revista • Reparto de condones y folletos

Capítulo 8

Monitoreo y Evaluación



Monitoreo y Evaluación

Una vez que las actividades han sido seleccionadas e implementadas habrá que diseñar una estrategia para comprobar que los objetivos fueron alcanzados. Es decir, que nuestras acciones produjeron los cambios conductuales deseados en la población meta.

Para esto, hay que elaborar un estrategia de monitoreo y de evaluación de nuestra intervención.

Hay que elaborar estrategias para comprobar si las actividades produjeron los cambios de conducta deseados

¿Cómo sabemos si logramos el cambio?

Evaluar es recolectar información acerca de la marcha o los resultados de alguna actividad para luego analizarla y emitir un juicio al respecto. En el proceso de evaluación se recogen datos que nos muestran el avance de un proyecto o programa y que resultados se han obtenido. Esta información es constantemente contrastada con los objetivos que se pretende alcanzar. De esta manera podremos emitir un juicio de valor al respecto. Si los resultados coinciden o superan las metas esperadas o se acercan progresivamente a ellas nuestra intervención es un éxito y la valoraremos como positiva y eficaz. Si no es así, deberemos identificar que obstáculos impiden que nos acerquemos al logro de los objetivos.

La evaluación se torna fundamental para la toma de decisiones que podrán basarse en la información y los datos que el instrumento evaluativo arroje. Por ejemplo, si al evaluar durante el desarrollo de nuestra intervención detectáramos un obstáculo podríamos rápidamente decidir estrategias para solucionarlo o evitarlo antes de que la situación empeore.

El objetivo fundamental de la evaluación es determinar si nuestro plan de acción alcanzó o no los objetivos propuestos. De la información que se obtenga a partir de la aplicación del instrumento de evaluación, podremos conocer y establecer si el cambio de conducta ocurrió o no en la población meta. Es decir, si nuestras actividades pudieron influir de tal forma en los factores clave de manera de favorecer el cambio conductual o la adopción de nuevos comportamientos.

La evaluación nos brinda información para tomar decisiones sobre nuestra intervención y para saber si alcanzamos los objetivos

La evaluación es parte esencial de toda intervención porque a partir de la información que ella provee podemos:

- Identificar que estrategias o acciones fueron exitosas para sostenerlas, continuarlas o replicarlas
- Identificar que actividades no llevan a los resultados esperados para evitarlas o para modificarlas y hacer que funcionen
- Facilitar la toma de decisiones en relación con el plan de actividades sustentándolas con información y datos.
- Sistematizar y recopilar los resultados de las acciones para compartirlos con otras organizaciones
- Mostrar resultados a nuestros donantes que demuestren el buen uso del financiamiento recibido. Esto permitirá, además, captar nuevas donaciones.
- Servir como diagnóstico para el desarrollo de futuras intervenciones a partir de lo aprendido en la ejecución de la actual.

Con la información obtenida en el proceso de evaluación podremos conocer:

- Como va la marcha de la intervención

- Si se lograron (o se están logrando) los objetivos
- En que medida se puede atribuir ese logro a nuestras acciones

Algunos autores diferencian la evaluación del **monitoreo**. La distinción radicaría en que el segundo es la recolección regular de datos sobre la marcha de las acciones de una intervención mientras que la evaluación sería el esfuerzo intelectual de analizar tales datos para obtener conclusiones acerca del éxito, eficacia o impacto de éstas. Por esto mismo, el monitoreo sería una obtención de información constante mientras que la evaluación sería el análisis y sistematización periódica de esta.

Cuando una intervención es diseñada, se prevé un curso esperable del desarrollo de la misma. A partir del diagnóstico inicial de la población meta, la información epidemiológica y socio-demográfica, los recursos disponibles y la conducta a modificar se seleccionan ciertas actividades consideradas como las mas adecuadas para lograr el objetivo de generar un cambio comportamental en el grupo meta. Al pensar cada uno de estos pasos, quien o quienes diseñan la intervención anticipan un desarrollo esperado de las actividades que la componen.

Es importante evaluar, no solo al final de la intervención, sino también a lo largo de su ejecución

Sin embargo, sabemos que la realidad es cambiante, turbulenta y dinámica. A pesar de que podemos prever y anticipar gran parte de lo que va a suceder en la implementación de la intervención, no podemos preverlo todo. Elementos no previstos en la planificación original emergen en el transcurso de las actividades. No alcanza con evaluar únicamente al final del plan para comparar los resultados finales con los objetivos y determinar el éxito o no de nuestra acción. También hay que evaluar durante todo el proceso de implementación de las actividades para detectar las situaciones no previstas que vayan a surgir, sean obstáculos o hechos positivos y enriquecedores. Por eso, es esencial prever dos tipos de evaluación para nuestra intervención:

Evaluación de proceso: Se realiza durante la ejecución de la intervención, es decir, mientras ésta está en marcha. Nos permite hacer un seguimiento constante de su evolución y desarrollo para detectar cuestiones no previstas en la planificación inicial. La ventaja de este tipo de evaluación es que nos permite identificar a tiempo los aspectos deficientes de nuestra intervención para mejorarlos y los aspectos exitosos para potenciarlos. Detecta obstáculos imprevistos que podremos sortear así como oportunidades y elementos positivos que podremos aprovechar. El fin de esta evaluación es visualizar todo esto en el momento oportuno y adecuado para introducir las modificaciones en nuestra intervención que nos permitan seguir en carrera hacia nuestros objetivos. En la práctica, se desarrollan instrumentos para recolectar información en diferentes momentos de la implementación de las acciones. Estos datos parciales van siendo comparados con las metas finales que quisiéramos obtener. Los datos obtenidos con los instrumentos de evaluación nos dirán si el cambio conductual está ocurriendo o no en la población meta y, por lo tanto, si la intervención está logrando sus objetivos o no.

Evaluar durante la marcha de las acciones permite detectar obstáculos no previstos a tiempo para adecuar la intervención

Por ejemplo, supongamos que hemos planteado, entre nuestras actividades, un grupo semanal de jóvenes en el que se discutan temas vinculados a la prevención del VIH/sida a través de la promoción de habilidades como conocimiento y confianza en si mismo, comunicación asertiva para resistir a la presión de la pareja a no usar condón o negarse a realizar prácticas sexuales no deseadas, control de las emociones y los impulsos, etc. También supongamos que estos grupos de discusión o reflexión ocupan dos horas por semana con un total de 10 encuentros. Una forma de evaluar a lo largo de todo el proceso es, por ejemplo, elaborar una pequeña encuesta o cuestionario que arroje información acerca del grado de desarrollo de estas habilidades en los participantes.

Se podría solicitar a los asistentes que respondan el cuestionario al principio, antes de iniciar la serie de encuentros, para tener una información de base o de partida con la que luego comparar los resultados. Mas adelante, se puede solicitar a los asistentes que vuelvan a completar la encuesta alrededor del encuentro 5. La información que provea esta segunda administración permitirá conocer si la actividad efectivamente esta produciendo el cambio conductual y si los participantes están realmente desarrollando las habilidades que se pretende promover. Para esto habrá que comparar los datos de la segunda toma de la encuesta con los de la primera. Si los datos arrojan que el objetivo no esta siendo alcanzado, aun se está a tiempo de introducir las modificaciones necesarias a la actividad para seguir en carrera hacia la obtención de este.

Otra forma de evaluar a lo largo del proceso podría ser que se dedique un espacio al final de cada encuentro para que los participantes compartan su opinión acerca de la marcha de la actividad, cuan útil les esta resultando y que cosas modificarían o agregarían para los futuros encuentros.

Evaluación de resultados: Evaluar durante todo el desarrollo de la intervención para seguimiento constante de la marcha del mismo no implica que no se evalúe también al final. La evaluación de resultados es la que compara los resultados finales obtenidos luego de la ejecución de la intervención con los objetivos propuestos en un primer momento, esto es, con los resultados que se esperaban obtener. De esta forma se puede determinar el logro o no de estos, el éxito o no de nuestro plan. Poder identificar claramente los resultados alcanzados es de vital importancia porque, como se dijo antes, nuestros donantes querrán saber cuales fueron los efectos y los logros de la intervención que financiaron.

Por otro lado, nos permitirá capitalizar la información obtenida para utilizarla en el diseño de futuras intervenciones. Esto es, continuar con aquellas actividades que resultaron eficaces y exitosas y rever aquellas que no lo fueron. No es recomendable desechar la evaluación de resultados. Solo que es insuficiente por sí misma y debe complementarse con una evaluación de todo el proceso de desarrollo de la intervención. Siguiendo con el ejemplo anterior, se podría solicitar a los asistentes que vuelvan a completar el cuestionario al final de la serie de encuentros grupales. De esta forma, se podrá conocer si las habilidades que se buscaba promover fueron efectivamente adquiridas por los participantes o no.

Evaluar al final nos permite conocer si el cambio de conducta realmente ocurrió en la población meta

Si bien la evaluación se realiza durante o al final de la implementación de la intervención, debe estar pensada y definida desde el inicio. Antes de comenzar la ejecución de nuestras ac-

ciones ya debemos tener claramente establecido como se evaluarán. Para esto se pueden seguir los siguientes pasos a modo de orientación:

1) Definir claramente los objetivos a alcanzar: dado que el principal fin de la evaluación es saber si alcanzamos o no los objetivos, debemos saber con exactitud que es lo que esperamos lograr con nuestro plan de acción. Los objetivos son el parámetro con el que compararemos los datos obtenidos en la evaluación lo que nos informará si fueron cumplidos o aun no. Deben estar correctamente planteados y definidos. Es decir, deben ser medibles, concretos y específicos. No debe confundirse el objetivo con la actividad. El objetivo es el cambio que la organización quiere lograr en su comunidad. La actividad es como lo va a lograr, el método o estrategia con el cual va a alcanzar ese cambio. Por ejemplo:

Objetivo correcto: “Promover habilidades de comunicación asertiva, confianza en si mismo y control de las emociones y los impulsos en 20 jóvenes GBTH para favorecer el autocuidado y reducir su exposición al VIH/sida” (Indica el cambio deseado)

Objetivo incorrecto: “Realizar 10 encuentros de reflexión y discusión para promover habilidades de comunicación asertiva, confianza en si mismo y control de las emociones y los impulsos en 20 jóvenes GBTH con el fin de favorecer el autocuidado y reducir su exposición al VIH/sida (Esta es, en realidad, la actividad con la que la organización va a lograr su objetivo. En este caso, promover las habilidades es el objetivo mientras que los 10 encuentros son la actividad para alcanzarlo).

Hay que definir claramente los objetivos a alcanzar por nuestras acciones y no confundirlos con las actividades

2) Determinar el tipo de evaluación a utilizar: Como dijimos anteriormente, es recomendable complementar ambos tipos de evaluación. Es decir, evaluar los resultados pero también durante todo el proceso de implementación del plan de acción.

3) Identificar indicadores para cada objetivo: Un indicador es una medida que nos permite identificar situaciones y datos de la realidad para verificar que nuestro objetivo se ha cumplido. Nos permite detectar y recolectar elementos de la realidad que nos indican si nuestra meta ha sido alcanzada o no. Para elaborar un indicador debemos responder a las siguientes preguntas:

- ¿Cómo me doy cuenta de que logré lo que esperaba producir con mi actividad?
- ¿Qué elementos, hechos, datos o productos me indican que alcancé mi objetivo?

Cada objetivo debe estar acompañado por su correspondiente indicador. O sea, de la forma de verificar que el cambio o situación que este buscaba producir se ha cumplido en la realidad. Por ejemplo, tomemos el objetivo que establecimos en el punto anterior:

“Promover habilidades de comunicación asertiva, confianza en si mismo y control de las emociones y los impulsos en 20 jóvenes GBTH para favorecer el autocuidado y reducir su exposición al VIH/sida”

Para lograr este objetivo, la actividad propuesta eran 10 encuentros de reflexión y discusión semanales.

Dado que generalmente optamos por combinar la evaluación de resultados con la de proceso

es necesario pensar en indicadores que nos permitan verificar el cumplimiento de los objetivos al final pero también informarnos acerca de la marcha de las acciones durante su ejecución. Esto es, necesitaremos **indicadores de resultado** e **indicadores de proceso**.

Hay que definir que cosas de la realidad nos indicarán que el cambio de conducta ocurrió y nuestra actividad logró el objetivo

Para el objetivo puesto como ejemplo podríamos pensar los siguientes indicadores:

Indicadores de proceso

- Número de asistentes a cada encuentro
- Grado o porcentaje de satisfacción con los encuentros
- Grado de participación e interés demostrado durante los encuentros, etc...

Estos indicadores nos darán información acerca de cómo marcha el proceso de ejecución de la actividad y nos permitirán detectar imprevistos o la necesidad de introducir modificaciones a la propuesta original. Por ejemplo, en la encuesta administrada al promediar la serie de encuentros se podría observar que los asistentes no están adquiriendo las habilidades que se pretende promover en ellos. Esto estaría indicando la necesidad de introducir cambios en la actividad para continuar en camino hacia la consecución del objetivo. También se podría observar una merma en el número de participantes de un encuentro a otro.

Esto indica que algo sucede con nuestra actividad. Podría cruzarse este dato con el grado de satisfacción de los participantes con la actividad y probablemente hallaríamos ahí la causa. Esto nos brindaría la posibilidad de modificar y mejorar la actividad durante su desarrollo antes de llegar al final y encontrarnos con que esta ha fracasado.

Indicadores de resultado

- Número de asistentes a los encuentros
- Número de asistentes a la totalidad de los encuentros
- Número de jóvenes con habilidades de comunicación asertiva, control de emociones e impulsos y confianza en si mismos adquiridas
- Número de jóvenes que ponen en práctica las habilidades adquiridas en situaciones concretas, etc...

Estos indicadores se obtienen de los productos o resultados de nuestra actividad. Las cifras que nos brinden se comparan con aquellas que planteamos inicialmente en el objetivo para saber si cumplimos con lo propuesto en un principio o no. En nuestro ejemplo, si nos propusimos promover estas habilidades en 20 jóvenes y al final de nuestra serie de talleres contamos con esa cantidad o más entonces sabremos que nuestra acción cumplió con el objetivo.

Si bien esto parece sencillo y lógico es importante tener en cuenta que al pensar un indicador debemos definir con absoluta claridad aquello que este se propone medir. No puede ser ambiguo ni dejar espacio para las dudas. Por ejemplo, si vamos a tomar como indicador de éxito

de nuestra acción el número de jóvenes con habilidades adquiridas, antes deberemos definir y establecer con certeza que consideraremos dentro de esa categoría. Es decir, que datos de la realidad incluiremos dentro de esa definición. En primer lugar, habrá que definir concretamente en que consiste la habilidad en si misma. Es decir, que es, por ejemplo, la "confianza en si mismo" o la "comunicación asertiva".

En segundo lugar, tendremos que explicitar como nos damos cuenta de que un individuo posee esas habilidades. Esto es, que conductas, gestos o actitudes nos informan que un sujeto "confía en si mismo" o "se comunica asertivamente". Después, podemos proceder a definir y elaborar el indicador.



El indicador nos dice que datos hay que observar en la realidad o en la población para saber si se logró el objetivo

Por ejemplo, podríamos definir a un joven con tales habilidades adquiridas como aquel que simplemente asistió a nuestros encuentros grupales, pensando que la mera presencia en nuestra actividad es suficiente para denominarlo bajo esa categoría. También podríamos pensar que asistir a una serie de encuentros no basta para desarrollar habilidades y que consideraremos que un joven ha adquirido estas destrezas si responde a un cuestionario final que lo demuestre. También podríamos considerar que, en muchas ocasiones, las personas puede demostrar conocer una habilidad y reconocer la importancia de su realización. Pero después, en la realidad, nunca ponerla en práctica, o hacerlo en algunas ocasiones y en otras no. O aprenderla pero no sostenerla en el tiempo y olvidarla. Por esto mismo, podríamos denominar a un joven con "habilidades adquiridas" si luego de un tiempo puede informar que las puso en práctica en las situaciones adecuadas y continúa haciendo uso de ellas.

La decisión de cómo definir un indicador depende del criterio de quienes diseñan el plan de acción y su evaluación. Evidentemente, las cifras variarán de acuerdo al criterio que utilicemos. Los números en el primer criterio serán mucho mas altos que en el segundo ya que muchos podrán asistir a los encuentros pero no tantos, quizás, pongan en práctica efectivamente las habilidades adquiridas.

Sin embargo, es probable que el último criterio refleje más fielmente lo que se quiere medir que el primero, ya que asistir a una serie de encuentros no necesariamente implica adquirir lo que allí se exponga mientras que para poner en práctica las habilidades en situaciones concretas y reales es necesario haberlas incorporado previamente. Mas allá del criterio por el que se opte, al momento de exponer los resultados este debe estar explicitado. Es fundamental exponer como se define cada indicador que habremos de utilizar.

Muchas agencias, para financiar proyectos, exigen a las organizaciones postulantes que expliciten con que criterios o indicadores evaluarán sus acciones e incluso, algunos organismos financiadores proveen ellos mismos los indicadores con los que la organización ejecutora deberá realizar la evaluación las actividades.

Hay que definir con claridad los indicadores que utilizaremos para evaluar nuestras actividades, antes de implementarlas

4) Definir como se obtendrán los datos para cada indicador: Sabiendo ya qué datos o hechos de la realidad debemos relevar para saber si hemos logrado nuestro objetivo o no, tendremos que definir ahora como vamos a obtener esos datos. Las metodologías de recolección de datos son múltiples. Algunas de ellas son:

- Observación directa;
- Entrevistas;
- Registros de asistencia;
- Encuestas y cuestionarios; etc...

La lista no pretende ser exhaustiva sino solo ejemplificadora ya que existen numerosas estrategias que se pueden elegir dependiendo de la actividad concreta que realicemos. Por ejemplo, para el indicador "Número de asistentes a los encuentros" es posible que con llevar un registro de la asistencia a cada taller en una planilla en la que los participantes firmen al final de cada encuentro sea suficiente.

Después se puede contar el número de personas que figura en la lista y de esa manera obtendremos el dato que corresponde a ese indicador. Para el indicador "Número de jóvenes con habilidades adquiridas" será más adecuado realizar un cuestionario o encuesta si decidimos que para considerar a alguien dentro de esa categoría es necesario que demuestre cuanto aprendió durante la actividad. Este cuestionario debería ser el mismo que solicitamos a los asistentes que completen al inicio y al promediar la serie de encuentros. Entonces podremos comparar los resultados con los datos arrojados en las otras dos tomas de la encuesta para conocer como ha evolucionado la actividad y si esta resultó eficaz.

Hay que seleccionar los métodos para obtener los datos de la realidad o de la población que cada indicador incluye

Otros ejemplos podrían ser:

Indicador	Metodología para obtener el dato
Grado o porcentaje de satisfacción con los encuentros	Una encuesta en la que se les solicite a los participantes su opinión acerca del desarrollo de los encuentros en relación con sus expectativas; un espacio al final de cada encuentro para que los asistentes expongan sus opiniones y las compartan con otros.
Grado de participación e interés demostrado durante los encuentros	Observación directa durante el desarrollo de cada encuentro, registrando cuanto participan los asistentes en la actividad a partir de sus gestos, sus aportes, sus opiniones, su disposición para realizar las tareas solicitadas durante la misma, etc.
Número de jóvenes que ponen en práctica las habilidades adquiridas en situaciones concretas	Una entrevista a cada participante cierto tiempo después de finalizados los encuentros para indagar en profundidad el grado de aplicación de lo incorporado en la actividad. Es decir, realmente ponen en practica las habilidades que supuestamente adquirieron en las situaciones que corresponde.

Actividad: “Definiendo la estrategia de evaluación”

A esta altura, ya has definido los objetivos de tu intervención y las actividades para alcanzarlos. Pero antes de implementarlas, tendrás que diseñar una estrategia que te permita evaluar tu intervención y comprobar que los cambios deseados se produjeron. Para esto, te proponemos seguir los siguientes pasos:

1) Vuelve a leer tus objetivos. Revisa que sean claros, concretos, realistas y medibles de alguna manera. Asegúrate también de que no se confundan con las actividades.

2) Una vez que comprobaste que están bien redactados ubícalos en la siguiente matriz en la columna correspondiente. En la segunda columna, transcribe las actividades pensadas para cada objetivo.

En la tercera columna, debes establecer a cuantas personas piensas alcanzar con tu actividad, lo que se denomina **meta** o **resultado**. Con esta cuantificación estimada inicial compararás la información que la evaluación provea. Así podrás saber si estas alcanzando los objetivos o no.

A continuación, para cada uno, define el indicador que utilizarás para medir el avance de la actividad y el logro del objetivo correspondiente. En la última columna, junto a cada indicador selecciona un método para recolectar el dato que este solicita.

Te damos el primer punto como ejemplo.

Objetivo	Actividad	Meta o Resultado	Indicador	Método
1. Desarrollar habilidades de comunicación para solicitar y negociar uso de condón o negarse a tener sexo sin el	Grupos semanales de discusión y reflexión	20 jóvenes con habilidades de comunicación desarrolladas	Cantidad de asistentes al grupo	Planilla de registro de asistencia
			Cantidad de asistentes con habilidades desarrolladas	Encuesta final y entrevista en profundidad dos o tres meses después.
			Grado de satisfacción con la actividad	Encuesta de opinión al finalizar cada encuentro
2.				
3.				
4.				
5. etc...				

Al finalizar esta matriz ya contarás con una intervención diseñada, lista para ser implementada.

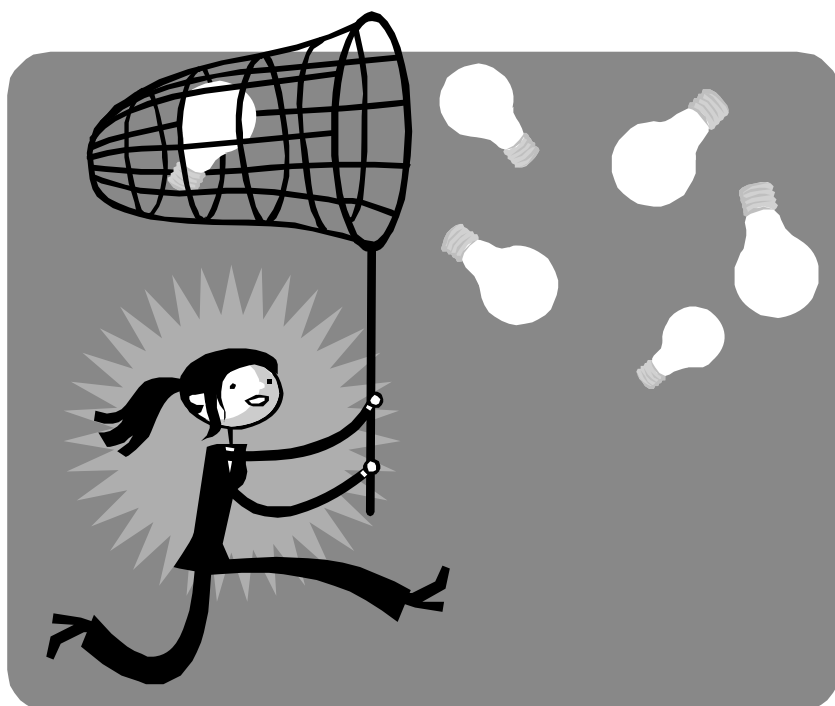
Ejemplo 5: Organización "Juntos por la vida"

Este es la estrategia de evaluación que elaboraron los miembros de la organización para comprobar que sus actividades están alcanzando los objetivos:

Actividades	Indicador	Metodología de obtención del dato
<ul style="list-style-type: none"> Programa de radio 	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de llamados recibidos Cantidad de llamados recibidos de oyentes GBTH Cantidad de llamados recibidos de oyentes de población general Grado de satisfacción demostrado en los llamados Grado de acuerdo con los temas expresado en los llamados Cantidad de llamados que corresponden a consultas sobre VIH/sida Cantidad de llamados que corresponden a consultas sobre sexualidad 	Recepción y registro de llamados de oyentes
Grupos de discusión y reflexión	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de asistentes 	Planilla de registro de asistencia semanal e informe de cada encuentro hecho por el facilitador con resumen de lo trabajado
	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de asistentes que convocados por el programa de radio 	Entrevista inicial con los jóvenes antes de entrar al grupo para conocer sus motivaciones
	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de asistentes con habilidades de comunicación desarrolladas y autoestima incrementada 	Encuesta o cuestionario al inicio y al final; observación durante el desarrollo de los encuentros
	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de asistentes que ponen en práctica las habilidades de comunicación 	Entrevista en profundidad con los participantes dos o tres meses después de finalizados los encuentros
	<ul style="list-style-type: none"> Grado de satisfacción con la actividad 	Encuesta de opinión o últimos minutos del encuentro dedicados a compartir opiniones
<ul style="list-style-type: none"> Revista 	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de revistas repartidas 	Planilla de registro de reparto de revistas
<ul style="list-style-type: none"> Reparto de condones y folletos 	<ul style="list-style-type: none"> Cantidad de folletos y condones repartidos 	Planilla de registro de reparto de condones y folletos especificando lugar y fecha en que fueron distribuidos

Capítulo 9

Otros modelos posibles de intervención



Otros modelos posibles de intervención

La mayoría de los modelos de intervención siguen los pasos del Modelo de Cadena de Cambios que, resumidos, son los siguientes:

- 1º) Caracterización y descripción de la población meta en base a datos epidemiológicos, sociodemográficos e información obtenida de la investigación;
- 2º) Identificación de la conducta específica a modificar o promover;
- 3º) Identificación y delimitación de los factores clave que determinan la conducta seleccionada y enunciación clara de los objetivos de la intervención;
- 4º) Selección y/o diseño de las actividades más adecuadas para influir sobre los factores clave y alcanzar los objetivos;
- 5º) Implementación de una estrategia de evaluación para comprobar que se alcanzaron los objetivos.

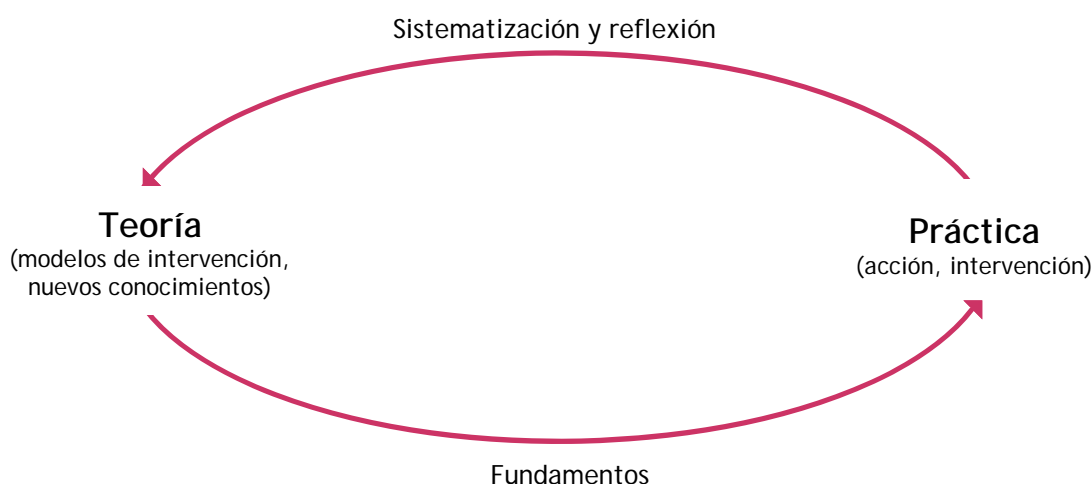
Sin embargo, sobre estos pasos básicos se han desarrollado otras estrategias de intervención que incluyen algunas variaciones. En este capítulo desarrollaremos dos de ellas para conocer otras formas de abordar la problemática del VIH/sida en la población meta.

Hay otros modelos de intervención que han demostrado ser efectivos para cambiar conductas en la población GBTH

El modelo de Investigación-Acción

Este modelo establece que la teoría y la práctica están íntimamente vinculadas en una relación de mutua construcción. La intervención en la comunidad y la producción de conocimiento científico y teórico son dos caras de la misma moneda.

Las acciones y la intervención en la comunidad dan como resultado una serie de productos. De la sistematización de estos y la reflexión que esta tarea implica emergen saberes, conocimientos, teorías y modelos que pueden ser utilizados como fundamento de futuras nuevas intervenciones.



Cuando se diseña e implementa una intervención, quienes llevan adelante este proceso aprenden de las acciones: pueden conocer mejor a la comunidad y sus características, reconocer que actividades son más eficaces, que estrategias son más adecuadas, etc. Estos conocimientos se obtienen cuando los productos de la intervención son sistematizados. Es decir, cuando se lleva a cabo un esfuerzo de reflexión sobre la práctica. De esta manera, se produce teoría a partir de las acciones realizadas. Esa es la cara investigativa del modelo.

Al mismo tiempo, todo ese cúmulo de conocimientos obtenidos pueden ser la base y el fundamento de nuevas intervenciones, más eficaces y adecuadas. La teoría sistematizada y desarrollada sirve para planificar nuevas acciones. Esta sería la cara de acción o intervención del modelo. De esas futuras intervenciones se obtendrán nuevos conocimientos o modelos teóricos que sustentarán nuevas acciones después y así sucesivamente.

De esta forma, ambas caras se sustentan y se construyen mutuamente.

La investigación-acción postula que la producción de información y la intervención son dos momentos simultáneos

Por otro lado, es una premisa fundamental en este modelo la participación de la comunidad en todas las fases de la intervención, desde el diagnóstico inicial y la identificación del problema al diseño y selección de las actividades y su evaluación.

Como resultado, los conocimientos producidos en la investigación-acción no pertenecen úni-

camente al investigador sino que también son propiedad de los miembros de la comunidad que colaboraron activamente en su producción.

Se reconoce a la comunidad en un rol activo, capaz de producir los cambios sociales necesarios tendientes a ganar mayor salud y bienestar y también de producir teoría y conocimientos a partir de las acciones desarrolladas.

La investigación-acción, entonces, consta de las siguientes etapas:

1°) Comienzo: El proceso es generalmente iniciado por un agente externo (por ejemplo, una ONG). Este moviliza a la comunidad para que asuma un rol activo y sus miembros ocupen también la posición de investigadores.

2°) Formulación del problema: el agente externo junto con los miembros de la comunidad definen el problema a ser investigado.

3°) Diseño de investigación y métodos: la comunidad y el agente externo seleccionan conjuntamente los métodos para recolectar la información de acuerdo a los recursos disponibles.

4°) Recopilación y análisis: el grupo elabora los elementos de recolección de datos apropiándose y desarrollando esta habilidad. La información es recolectada y analizada por todo el equipo (agente externo y comunidad participante).

Los miembros de la comunidad adoptan un rol activo y participativo ocupando el lugar de investigadores y desarrollando habilidades

El modelo de Líderes de Opinión



Este modelo de intervención está basado en la Teoría de la Acción Razonada que ubica, como uno de los factores más importantes para el cambio de conducta, la norma social percibida. Es más probable que un sujeto cambie su conducta o adopte una nueva cuando percibe que es valorada por otras personas significativas o importantes para él.

En esta estrategia se identifican, seleccionan, reclutan y capacitan a líderes de la comunidad en, por ejemplo, VIH/sida y conductas preventivas. Se supone que los líderes son personas reconocidas y valoradas por los otros miembros de la comunidad o la población meta. Las otras personas se identifican con ellos y suelen tomarlos como modelo de conducta a seguir. Por otro lado, al ser valorados por el grupo sus opiniones y consejos son tenidos en cuenta.

Esta posición particular dentro de la comunidad hace que tengan mayor capacidad de influir en los otros miembros de la población meta, favoreciendo los cambios de conducta. Si ellos realizan y promueven, por ejemplo, el uso de condón en forma correcta, es más probable que ese comportamiento se instale como norma social valorada y los demás lo adopten.

Este modelo selecciona líderes y personas influyentes de un grupo para que promuevan la adopción de una conducta saludable

Estas personas son llamadas “líderes de opinión” porque sus opiniones, valores y creencias influyen en las opiniones de los otros. Dado que estos líderes son muy populares, tienen mucho contacto con otras personas. Como son muy reconocidos en la comunidad (es decir, muchas personas los conocen) pueden distribuir ampliamente el mensaje preventivo siendo su capacidad de llegada mucho mayor.

Es más probable que una persona adopte una conducta si percibe que las personas populares de su grupo la hacen y la recomiendan

Este modelo sigue, generalmente, los siguientes pasos:

- 1º) Se identifica y selecciona a los “líderes de opinión”
- 2º) Se los capacita en prevención de VIH/sida. Asimismo se les brinda herramientas para una comunicación efectiva y estrategias para el cambio de comportamiento.
- 3º) Los líderes de opinión se transforman en educadores y defensores de, por ejemplo, el uso de condón entre sus pares. Realizan actividades educativas e informativas en puntos de reunión GBTH, lugares bailables, etc.
- 4º) Esto produce mayor aceptación hacia la conducta por parte de los demás, al ver que el uso de condón es una práctica apreciada y valorada por las personas más populares. El comportamiento se instala como norma social percibida positivamente.

Ejemplo 6: Organización “Juntos por la vida”

Al finalizar el diseño de su intervención, los miembros de la organización tomaron contacto con el Modelo de Líderes de Opinión. Este les pareció que podría resultar realmente efectivo para producir los cambios sociales y de conducta esperados.

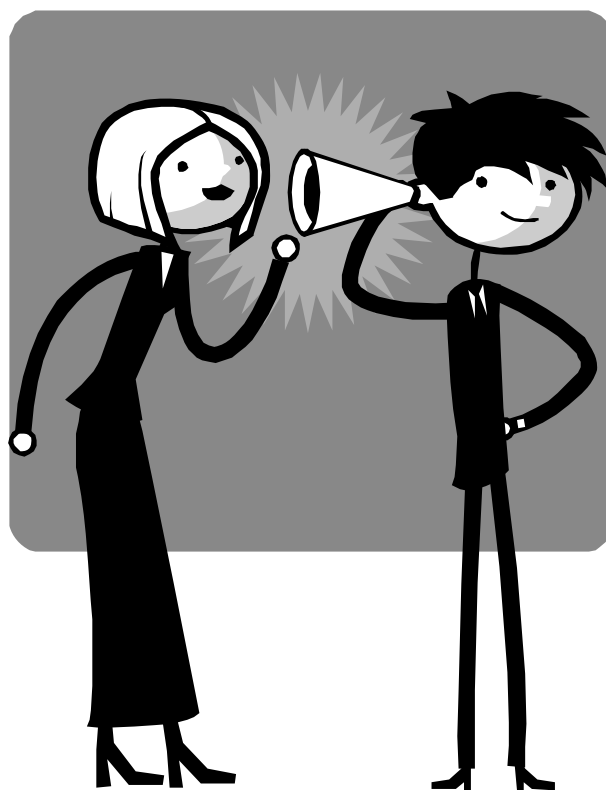
Se les ocurrió que podrían, por esta razón, tomar algunos elementos del modelo e incluirlos en su intervención.

Así, en cada emisión del programa de radio de incluyeron mensajes publicitarios grabados por personalidades reconocidas y valoradas por la población GBTH y la población general. Los mensajes transmitían información acerca del VIH/sida y el uso de condón y frases contra la homofobia.

Era esperable que los individuos aumentaran su percepción de riesgo al escuchar las opiniones y recomendaciones que les hacían individuos valorados por ellos en relación con el VIH/sida.

También se esperaba una reducción de las homofobia en la población si las personas escuchaban que personas reconocidas y valoradas por ellos y por muchos otros condenaban las actitudes homofóbicas.

Comentario Final



Comentario Final

Llegados a este punto esperamos que el manual te haya sido de utilidad en el camino de diseñar una intervención focalizada. Esperamos que te haya aportado las herramientas necesarias para lograr este objetivo para tu población.

Si tu organización o grupo ya ha realizado previamente este tipo de intervenciones, esperamos que les haya servido para hacer una evaluación de estas, mejorarlas y aumentar su eficiencia y eficacia.

Diseñar e implementar intervenciones focalizadas es una tarea que se torna mas sencilla si uno cuenta con suficientes herramientas para llevarla a cabo. También se simplifica si es realizada en forma grupal, con el resto de los miembros de tu organización.

Esperamos que este manual te haya aportado esas herramientas para poder cumplir con el objetivo de desarrollar intervenciones que reduzcan las vulnerabilidad y la exposición de la población gay, bisexual, trans y HSH al VIH/sida.

No es la intención que las intervenciones de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil reemplacen o cubran el vacío dejado por la falta de acciones de varios de nuestros gobiernos.

Muy por el contrario, la propuesta es fortalecer las capacidades de nuestras organizaciones para complementar las acciones gubernamentales y/o favorecer su participación en instancias de toma de decisión y diseño de políticas y programas haciendo aportes valiosos y concretos.

En resumen, brindar herramientas para potenciar la participación de nuestras organizaciones GBTH en las respuestas nacionales al VIH/sida, sin que esto vaya en desmedro de la responsabilidad que el Estado tiene en la provisión de asistencia, servicios y programas de prevención de VIH/sida en poblaciones expuestas.

Bibliografía

- Fundación Ecuatoriana Equidad, Montoya Herrera, O; “Módulo de Intervenciones Focalizadas”, Guía de trabajo en talleres para ONG’s. Quito, 2007
- Liga Colombiana de Lucha contra el SIDA - ONUSIDA, Ardila, H, Stanton, J, Gauthier, L: “Estrategias y lineamientos para la acción en VIH/sida con HSH” Bogotá, Mayo de 1999.
- PASCA (Proyecto Acción SIDA de Centroamérica): “Modelo Cadena de Cambios”, Manual para Capacitadores/as, Mayo de 2000.