

ARTÍCULOS

La prevención del VIH/SIDA en el colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH). Ejemplos de intervenciones preventivas individuales, grupales y comunitarias*

HIV/AIDS prevention in men who have sex with men (MSM). Examples of preventive interventions at individual, small-group, and community-level*

MARÍA JESÚS MARTÍN¹

DANIELA ROJAS²

JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ¹

JOSÉ MIGUEL SÁNCHEZ¹

EDUARDO REMOR¹

JORGE DEL ROMERO²

Fecha de Recepción: 04-09-2006

Fecha de Aceptación: 14-04-2008

RESUMEN

El objetivo de este estudio es describir y sistematizar distintas intervenciones preventivas realizadas para controlar la propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el colectivo de hombres que practican sexo con

¹ Universidad Autónoma de Madrid. mariajesus.martin@uam.es

² Centro sanitario Sandoval.

* Agradecimientos: Este trabajo ha sido realizado gracias a la financiación obtenida de la fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España (FIPSE)/Expte. 3631/02).

hombres (HSH). Dichas intervenciones, centradas en el cambio de la conducta sexual de riesgo asociada a la transmisión del virus, han sido clasificadas en individuales, grupales y comunitarias, según su nivel de implantación. De cada una se describen los destinatarios, acciones y principales resultados. Se pretende así establecer unas breves conclusiones sobre las ventajas e inconvenientes de su utilización en función de variables personales, sociales, ambientales, etc. Los resultados permiten concluir que los intentos de prevención del VIH/SIDA, al menos en el colectivo HSH, deben considerar la necesidad de que intervenciones individuales y grupales se combinen con intervenciones comunitarias.

ABSTRACT

This theoretical review describes and classifies different preventive interventions aimed at reducing the spread of the infection caused by the human immunodeficiency virus (HIV) in men who have sex with men (MSM). These preventive interventions, focused on achieving a sexual behavior change, have been classified as individual, group and community-based interventions according to their implementation level. We will describe whom they are aimed at and their specific actions and results. This will allow us to determine the benefits and objections of their use in terms of individual, social and environmental variables. We conclude that HIV/AIDS preventive interventions focused on MSM, should consider the need of complementing individual and group interventions with community-based interventions.

PALABRAS CLAVE

VIH/SIDA, Prevención, HSH, Conducta sexual de riesgo.

KEY WORDS

HIV/AIDS, Prevention, MSM, Sexual risk behavior

INTRODUCCIÓN

La investigación epidemiológica ha puesto de manifiesto que la tasa de incidencia de distintas infecciones de transmisión sexual (ITS) en el colectivo de hombres que mantienen sexo con hombres (HSH) ha aumentado de forma notable en los últimos años (Fenton y Lowndes, 2004). Con relación a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) existen datos contradictorios en cuanto a un aumento en su incidencia (Dukers et al., 2002; Remis et al., 2002). En cualquier caso, sí que se ha observado que pese a la aparición de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), la tasa de infección por VIH en el colectivo de HSH se ha visto mantenida (Murphy et al., 2004); terapia que, como es sabido, se utiliza para retrasar la aparición del síndrome y no para reducir las tasas de infección por VIH. En cuanto a los casos de SIDA en varones homo/bisexuales, encontramos que España es uno de los países con mayor tasa de SIDA en Europa occidental; de hecho, el último informe para la vigilancia epidemiológica del SIDA en España (Centro Nacional de Epidemiología, 2007), indica que hasta la fecha de elaboración del Informe, la tercera vía de transmisión más frecuente de los casos diagnosticados de SIDA fueron las relaciones homosexuales entre hombres, lo que supone el 16,9% de todos los casos y el 21,8% de los que afectan a hombres.

Hasta el momento, las investiga-

ciones centradas en el desarrollo de una vacuna efectiva contra el virus han resultado infructuosas, por lo que el cambio de los patrones de comportamiento sexual se ha constituido como parte esencial de la prevención del VIH/SIDA. Incluso si se hallase una vacuna, las ciencias del comportamiento seguirían siendo fundamentales en el control de la pandemia (Waldo y Coates, 2000). En la actualidad el control sobre la propagación del VIH se ejerce prioritariamente a partir del diseño e implantación de intervenciones preventivas; intervenciones que están centradas en el cambio de los comportamientos de riesgo asociados a la transmisión del VIH (Pequegnat y Stover, 2000). Dado que el VIH/SIDA ha afectado de forma notable al colectivo de HSH, un importante volumen de los estudios de intervención, individuales y comunitarios, bien desarrollados y rigurosamente evaluados, se han centrado en esta población. De hecho, los intentos de control de la transmisión del VIH han incluido hasta la fecha programas educativos, programas de "Prueba y Asesoramiento de VIH", intervenciones médicas y políticas de salud pública (Kalichman, Carey y Johnson, 1996).

La revisión de los distintos estudios realizados permite clasificar las actuaciones en individuales, grupales y comunitarias. Las intervenciones individuales se caracterizan por tener rigurosos diseños y por la utilización de ensayos clínicos aleatorizados, cuyo objetivo es evaluar la efectividad de la inter-

vención sobre el comportamiento sexual de riesgo (Kelly *et al.*, 2000). Este tipo de enfoque centra sus esfuerzos en el cambio de factores cognitivos tales como conocimiento, creencias, actitudes e intenciones, y da la oportunidad de entrenar a los sujetos en nuevas habilidades conductuales y comunicativas. Las intervenciones en grupos pequeños tienen como objetivo incidir en la dinámica de las relaciones, ya que parten de la idea de que la asunción o no del riesgo será una función del contexto donde ocurren las distintas relaciones. Finalmente, las intervenciones comunitarias tienen por objetivo reducir los niveles de riesgo de poblaciones o segmentos de población determinados (Kelly *et al.*, 2000). Muchas de las actuaciones de este tipo persiguen una modificación en las normas sociales del comportamiento sexual a través del trabajo con pares o con grupos normativos. Los resultados han sido prometedores.

A continuación se revisan algunas propuestas recientes dirigidas a producir y evaluar el cambio en la conducta sexual de riesgo para el VIH en HSH; al final de estas páginas se puede encontrar una tabla resumen de las mismas. La selección de las mismas ha sido fruto de la revisión bibliográfica realizada a partir de las bases de datos relevantes para el tema a lo largo de los últimos años. Podríamos comentar otras muchas actuaciones, pero creemos que las más importantes y las que mejor pueden ayudar a describir el panorama sobre la prevención de la con-

ducta sexual de riesgo en HSH han sido recogidas en las páginas que siguen. Para esta revisión, el criterio de presentación elegido ha sido el nivel en el que se implanta la intervención: individual, grupal y comunitario. Los criterios establecidos, han sido los siguientes:

a) Estrategia de búsqueda

1. Trabajos publicados desde 1997.
2. Áreas de psicología (PsycINFO), trabajo social (Sociological Abstracts), educación social (ERIC) y medicina (MedLINE).
3. Estudios realizados en cualquier país, y publicados en castellano e inglés.
4. Palabras clave:
 - Para la realización de una búsqueda general, las palabras utilizadas fueron:

(Intervention or prevention or promotion) and (program or project or counseling or workshop) and (aids or vih or sexual risk behavior or unprotected intercourse or unsafe sex or condom use or safe sex) and (msm or men who have sex with men or gay or homosexual).

- Para la realización de una búsqueda específica sobre conductas de riesgo, las palabras utilizadas fueron:

((intervention or program or project or counseling or workshop) and (sexual risk* behavior* or unprotected intercourse or unsafe sex) and (msm or men who have sex with men or gay or homosexual).

- Finalmente, el último criterio de búsqueda fue sobre conductas de sexo seguro, para lo cual, las palabras utilizadas fueron:

((intervention or program or project or counseling or workshop) and (condom use or use of condoms or safe* sex) and (msm or men who have sex with men or gay or homosexual).

b) Medios de búsqueda.

1. Bases de datos electrónicas: ERIC (Education Resource Information Clearinghouse), MedLINE, PsycINFO y Sociological Abstracts (REBIUN, ISOC, Sociofile), etc.
2. Portales especializados en SIDA: [Www.cdc.gov](http://www.cdc.gov) (Centers for Disease Control and Prevention), <http://www.edoa.com> www.edoa.org <http://www.sida-estudi.com>. (European Database on AIDS and HIV infection) www.intercom.es/sidastud, etc.

EJEMPLIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES

Intervenciones individuales

Las intervenciones individuales inciden sobre cogniciones individuales, actitudes, creencias, etc., es decir, sobre factores psicológicos relacionados con la conducta, y parten de la premisa de que la conducta sexual de riesgo se produce como resultado de una toma individual de decisiones. Este enfoque engloba el entrenamiento de habilidades, el asesoramiento en la reducción del riesgo, los programas de “Prueba y Asesoramiento de VIH” y la utilización de folletos informativos. La mayor parte de investigación en prevención del VIH realizada hasta la fecha se ha centrado en este tipo de intervenciones que, además, es relativamente fácil de conceptualizar y evaluar; ahora bien, generalmente este tipo de programas no realizan análisis de necesidades específicas de la población a la que se dirigen (Waldo y Coates, 2000).

Dilley *et al.* (2002), ante la sospecha de que las intervenciones estandarizadas de “Prueba y Asesoramiento de VIH” podían no estar sirviendo a las necesidades de aquellos HSH que se realizaban las pruebas repetidas veces, introdujeron un enfoque cognitivo. A través de una única sesión llevaron a cabo un trabajo clínico cognitivo centrado en las auto-justificaciones (pensamientos, actitudes o creencias) utilizadas para mantener los comportamientos de riesgo para el VIH. La

sesión, conducida por profesionales de la salud, constó de cuatro fases:

1. Introducción: se valoraron las expectativas previas y se fijó como meta la consecución de una vida sexual lo más satisfactoria posible, ofreciendo ayuda para eliminar o disminuir las conductas inseguras.
2. Historia reciente: el sujeto describió el último episodio de coito anal desprotegido con una pareja serodesconocida y los estímulos ambientales (físicos y sociales) pensamientos, sentimientos, actitudes o ideas presentes en su mente en cada paso.
3. Examen crítico: se listaron las autojustificaciones para re-evaluarlas y discutir las diferencias entre las percepciones de riesgo *on-line* y *off-line*; finalmente, se llegó a un acuerdo sobre cómo controlar las situaciones de riesgo en el futuro.
4. Cierre: el sujeto habló sobre sus sentimientos y satisfacción con la sesión.

Los participantes (N= 241) eran clientes de una clínica que, tras cumplir ciertos requisitos de selección, fueron invitados a participar en la intervención. La mediana de edad fue 33 años (18-49) y la de pruebas previas fue 6. Se excluyeron aquellos sujetos que habían consumido drogas por vía intravenosa en los últimos 12 meses; el diseño elegido

fue pre-post con grupo de control aleatorizado y seguimiento a los 6 y 12 meses. Dos grupos de intervención recibieron asesoramiento de VIH estándar más la intervención cognitivo-conductual, mientras que los dos grupos control sólo recibieron asesoramiento estandarizado del VIH. La variable dependiente seleccionada, medida a través de un auto-informe obtenido en entrevistas cara-a-cara, fue el número de episodios de coito anal sin protección con parejas no principales en los 90 días anteriores a la entrevista. Los resultados mostraron un descenso en la proporción de sujetos que informaba de coito anal desprotegido con parejas ocasionales serodesconocidas a los 6 y 12 meses. Concretamente, se pasó de un 66% a un 21 % a los 6 meses, y a un 26% a los 12 meses ($p= 0.002$; $p<.001$).

Dilley *et al.* (2002) concluyeron que una única sesión centrada en una re-evaluación de las auto-justificaciones personales operantes durante una ocasión reciente de conducta de alto riesgo podía ser útil para disminuir el riesgo individual y limitar la transmisión de VIH. En su opinión, es posible que un componente afectivo contribuya a la efectividad de la intervención. Recordar la última conducta sexual de riesgo acompañado de un consejero empático reducía la incomodidad debida, tanto al recuerdo mismo, como a la posibilidad de haberse infectado por el VIH. Es posible que esto, a su vez, facilite el recuerdo de la intervención y su disponibilidad en futuras situaciones.

MacKellar *et al.* (2002) realizaron un estudio cuyo objetivo era llamar la atención sobre determinados aspectos de las intervenciones "Prueba y Asesoramiento de VIH", actuaciones que constan de entrevista, asesoramiento y prueba de VIH. El gasto federal en la repetición de estas pruebas fue muy criticado a comienzos de los 90, cuando se observó que las personas que más comúnmente se repetían las pruebas eran aquellas de bajo riesgo que querían confirmar su resultado negativo, y personas que persistentemente realizaban conductas de alto riesgo. Estos datos sugerían que estas intervenciones no eran efectivas a la hora de reducir riesgos con relación al VIH. En este punto, los autores se plantearon comparar la conducta sexual de riesgo y la tasa de seroconversión en función de la frecuencia de realización de pruebas de detección del VIH. La muestra fue de 3.430 HSH adolescentes y jóvenes (edad media= 22 años), seronegativos o serodesconocidos, captados en 194 lugares asociados a la cultura gay. El diseño fue cuasi-experimental y pretendía comparar los resultados de tres grupos de sujetos, aquellos que se realizaban la prueba de detección del VIH por primera vez, aquellos que se la habían repetido esporádicamente y, aquellos que se la habían realizado frecuentemente. Se midió la realización de la conducta sexual de riesgo: coito anal desprotegido con pareja serodesconocida en los últimos 6 meses y la seroconversión al VIH. Los resultados mostraron que un 78% de los que se realizaban la prueba por pri-

mera vez, un 90% de los repetidores esporádicos y un 94% de los repetidores frecuentes había mantenido sexo anal en los últimos 6 meses. En cuanto a la seroconversión al VIH se encontró que los repetidores tenían una probabilidad significativamente mayor de seroconvertir al VIH que aquellos que se realizaban la prueba por primera vez (7% vs. 4%; $p < .01$). Por otro lado, de los repetidores que seroconvirtieron, un 75% se había realizado una prueba en el último año. MacKellar *et al.* (2002) encontraron que las personas que se habían realizado las pruebas repetidamente tenían una probabilidad mayor de haber mantenido relaciones sexuales y de haber consumido drogas que aquellos que se realizaban la prueba por primera vez, quienes –además– se sentían menos cómodos y abiertos sobre su identificación gay. El alto porcentaje de seroconvertidores que tenían pruebas hechas en el último año indica que se están perdiendo oportunidades de identificar a jóvenes de alto riesgo así como de proporcionarles un consejo preventivo apropiado.

Picciano, Roffman, Kalichman, Rutledge y Berghuis (2001) se basaron en las estrategias de entrevista motivadora (Miller y Sovereign, 1989; citado en Picciano *et al.*, 2001), un tipo de entrevista centrada en el cliente cuyo objetivo es no ser percibida de manera amenazadora. Los asesores escuchan y refuerzan sentencias consistentes con las prácticas de sexo seguro y, cuando es apropiado, facilitan el planeamiento de metas e identifican

estrategias de reducción de riesgo. Estas entrevistas utilizan el llamado *Personal Feedback Report* (PFR), basado en los datos recogidos durante la evaluación de la línea base. Tras la entrevista, se citó a los sujetos una semana después para una sesión de asesoramiento de 90-120 minutos y seis semanas después para un seguimiento de 90 minutos. El PFR se utilizó para guiar la sesión de asesoramiento y se diseñó tras una revisión de la actividad sexual, patrones de consumo de sustancias y su relación con prácticas de sexo seguro, intenciones de uso del preservativo, razones para tener sexo que incluyen beneficios percibidos y barreras asociadas al uso de preservativo, y auto-eficacia en el uso de estrategias que evitan el sexo no seguro. La captación de sujetos se realizó mediante la inserción de anuncios en distintos medios (locales gay, periódicos comunitarios, radio, etc.), y la distribución de pósters y *flyers*. La muestra, con una edad media de 36.6 años, constó de 46 sujetos que recibieron asesoramiento inmediato y de otros 43 que recibieron asesoramiento aplazado (grupo control); el proceso de asignación a uno u otro grupo fue aleatorio. Cuando se comparó a los participantes de la intervención con los del grupo control, se observó que existían diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la intención de utilizar el preservativo en el coito anal receptivo con una pareja esporádica; ahora bien, el patrón de cambio indicó una disminución en las intenciones de los sujetos control, mientras que en el resto de sujetos se observó una

mayor estabilidad en la intención. Por último, se encontró una reducción de la actividad sexual, algo consistente con el hecho de que la actuación fue diseñada con el objetivo de incrementar la motivación por mantener prácticas sexuales seguras más que para el entrenamiento en habilidades de uso del preservativo; Picciano *et al.* (2001) indican que este resultado podría explicarse como un efecto de regresión a la media, ya que para entrar en el estudio se requirió haber tenido un periodo de alto comportamiento de riesgo.

Intervenciones grupales

Las intervenciones en grupos pequeños tienen como objetivo incidir en la dinámica de las relaciones, ya que parten de la idea de que la asunción o no del riesgo será una función del contexto donde ocurren las distintas relaciones. Ejemplos de estas actuaciones son aquellas dirigidas a motivar la realización de pruebas de detección del VIH en parejas o las que trabajan con pequeñas redes sociales. Como ocurría con las individuales, las estrategias preventivas grupales no consiguen efectos en contextos más amplios ni logran un cambio en un gran número de personas (Kegeles, Hays, Pollak y Coates, 1999).

Toro-Alfonso, Varas-Días y Andujar-Bello (2002) desarrollaron en Puerto Rico el *Stop AIDS Project*, que trataba temas tales como VIH, homofobia internalizada, relaciones interpersonales y sexuales, placer

sexual, intimidad, y riesgo entre parejas primarias. Todos ellos tópicos que han sido identificados en la literatura como elementos básicos para la prevención del VIH entre HSH latinos. Para los autores, existe una importante relación entre la homofobia internalizada y los niveles de autoestima y el consumo de drogas como estimulantes sexuales. Se entiende por homofobia internalizada la percepción, por parte de aquellos que son homosexuales, de la homosexualidad como algo *pecaminoso*. Esta intervención se centró en sujetos pertenecientes a minorías, que según los CDC representan el 40% de los nuevos casos de SIDA en EE.UU. La pobreza y la falta de acceso a las organizaciones gay de los blancos hacen más difícil a los HSH latinos dirigir su propia homofobia y educarse apropiadamente sobre el VIH/SIDA. Como indican los autores, es difícil desarrollar una identidad homosexual en el contexto de la cultura latina. Se esperaba encontrar que personas con altos niveles de auto-eficacia tuvieran mayores habilidades para superar las barreras para el sexo seguro; el apoyo social, asociado a salud mental y física, la implicación comunitaria, el activismo social y la capacitación deberían ser factores importantes para el desarrollo de la intervención. La muestra fue de 587 sujetos, donde el 50% tenía un rango de edad entre 30-40 años, el 61% tenía estudios universitarios y el 71% era exclusivamente homosexual.

El diseño fue pre-post sin grupo de comparación; cada grupo tenía

un tamaño muestral de 25 sujetos. Se exploraron 36 prácticas sexuales de distintos niveles de riesgo. Para la selección de la muestra se desarrollaron actividades de gran alcance, conocidas como *“outreach - contacto breve en lugares públicos para entrega de material educativo o información sobre servicios- organizadas por pares en lugares de ambiente, en sitios donde se practicaba el cruising -sexo anónimo- y mediante transmisión directa de la información cara a cara*. Los voluntarios, debidamente entrenados, abordaban a las personas, hablaban sobre cuestiones relativas al VIH y a la salud y los invitaban a colaborar. Asimismo, se animó a los participantes a contactar con otros dos amigos y llevarlos a los encuentros en grupos pequeños. La intervención, llevada a cabo por educadores pares, se desarrolló a lo largo de cuatro sesiones de 3 horas:

- Tratamiento de temas relacionados con la intimidad y las parejas, el auto-concepto y su relación con la homofobia internalizada.
- Discusión sobre la percepción del riesgo, la susceptibilidad y la severidad de la enfermedad, comportamientos de riesgo asociados al VIH y otras ITS y la relación entre sexualidad y cultura. Por último, se trató de erotizar el sexo seguro para hacerlo más atractivo.
- Discusión sobre los beneficios de las conductas seguras y de las posibles barreras para el

cambio (consumo de alcohol y drogas). También se trabajó la auto-eficacia para el cambio y las habilidades de comunicación y negociación del sexo seguro.

- Discusión sobre la homofobia, el apoyo y el desarrollo comunitario, y la convivencia con el VIH. Se ensalzó el compromiso con el cambio, tanto personal como comunitario.

Para la evaluación se elaboró un indicador de riesgo, basado en el estudio previo de Toro-Alfonso (1990), partiendo de las frecuencias de realización de diferentes conductas de riesgo (“nunca”, “a veces”, “casi siempre” y “siempre”) en los últimos 3 meses; este valor asignado fue multiplicado por un valor atribuido a cada categoría de riesgo; este valor multiplicador fue proporcional a las distintas categorías de frecuencia, por ejemplo, siendo más alto para la categoría “siempre” y más bajo para la categoría “nunca” (Toro-Alfonso *et al.*, 2002).

Los resultados mostraron que el índice de prácticas sexuales bajó de 3.70 en el pre-test a 3.50 en el post-test ($p < .000$). En cuanto a los comportamientos de alto riesgo se pasó de 4.15 a 3.80, mientras que para los comportamientos de riesgo moderado se pasó de 3.64 a 3.34 y para los comportamientos de bajo riesgo de 3.35 a 3.42. Con relación a las conductas sexuales de riesgo, la penetración anal receptiva sin protección bajó de 4.38 a 4.05, mientras que la penetración anal

insertiva sin protección bajó de 4.68 a 4.18.

Para los autores, la reducción en el comportamiento sexual de riesgo podría estar demostrando algún efecto de los componentes del *Stop AIDS Project*: competencia cultural, intervención de pares y activación comunitaria. Pero aunque los resultados son significativos, es importante reseñar que los participantes ya mostraban comportamientos de bajo riesgo al principio de la intervención. Por tanto, los resultados deben ser interpretados con precaución, más aún si tenemos en cuenta que no se utilizó un grupo control.

El estudio de Rosser *et al.* (2002) partió de la preocupación generada por los primeros trabajos que documentaron incrementos en la conducta sexual de riesgo en HSH. Los autores decidieron abordar el tema de la prevención del VIH/SIDA centrándose en la vida en vez de en la enfermedad; para ello, realizaron un seminario sobre sexualidad humana basado en los factores contextuales de riesgo. Los componentes clave del proceso eran la desensibilización sistemática, los cinco estados de formación de la identidad homosexual de Coleman (1982; citado en Rosser *et al.*, 2002), la educación para la salud sexual dirigida a desafíos comunes para HSH, la promoción de un modo de vida saludable general y a largo plazo, y por último, la investigación sobre los co-factores de sexo no seguro para HSH tales como el consumo de drogas. Los participantes fueron voluntarios

invitados a colaborar en un estudio universitario de investigación. Se solicitaron hombres, mayores de 18 años, que se identificaran como HSH y que fueran conscientes de que iban a ver vídeos sexualmente explícitos. La muestra final fue de 422 HSH, con edades entre 30 y 44 años, donde el 56% se sentía exclusivamente homosexual y el 8.9% resultó ser seropositivo. El grupo de intervención trató temas como los componentes de la identidad sexual, la orientación sexual en la historia y a través de las culturas, los estadios del proceso de "salir del armario", las barreras para la sexualidad saludable, la toma de decisiones en función de la evaluación personal del riesgo de VIH y la no conformidad de género entre otras. La información se proporcionó a través de presentaciones multimedia, vídeos, paneles, narración de historias, evaluaciones, ejercicios y discusiones en pequeños grupos. El grupo control vio durante 3 horas vídeos de prevención de VIH.

El diseño fue pre-post con un grupo de control aleatorizado. Se realizó un seguimiento a los 3 y 12 meses y la variable dependiente fue mantener relaciones anales desprotegidas, tanto activas como pasivas, fuera de una relación estable seroconcordante durante los últimos 3 meses. Se contó con 415 participantes (98%) para el post-test, 368 (87%) para el seguimiento a los 3 meses, y 349 (83%) a los 12 meses. De los 422 sujetos iniciales, sólo 169 (40%) completaron todas las cuestiones necesarias para su inclusión en todos los periodos. Los

resultados mostraron un cambio en la conducta de alto riesgo en la dirección prevista, pero no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de intervención y el de control. En cuanto a los seguimientos, en el grupo control se encontró un incremento medio del 28.6% en el coito anal sin protección a los 12 meses, mientras que en el grupo de la intervención se encontró un 8.3% de decremento, siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p = .015$). Rosser *et al.* (2002) concluyeron que la falta de cambios significativos en la conducta sexual, así como el análisis contextual, sugieren que los HSH podrían realizar el coito anal desprotegido frecuentemente pero sólo en situaciones en las que se considera que el riesgo de VIH es insignificante, es decir, basándose en factores contextuales. El escaso cambio conductual logrado pudo deberse a la alta tasa de abandono observada así como a que la muestra mostró bajos niveles de riesgo, lo que dificultaría el logro de cambios significativos.

Sampaio, Brites, Stall, Hudes y Hearst (2002), tras realizar un estudio cualitativo piloto, llevaron a cabo una intervención en pequeños grupos donde se utilizaron presentaciones audiovisuales que pretendían erotizar el sexo seguro, se entrenó a los sujetos en habilidades de negociación de sexo seguro y se proporcionó asesoramiento grupal intensivo. El muestreo se realizó mediante el efecto bola de nieve, motivando a los sujetos para que a su vez invitaran a otras personas y

así sucesivamente. Participaron 227 hombres con una edad media de 29 años que se identificaban como homo/bisexuales (92% homosexual, 8% bisexual y un sujeto que se autoidentificó como heterosexual), el 21% tenía una pareja estable. Del total de la muestra, 118 sujetos fueron asignados a los talleres y 117 a la clase de control. Los participantes fueron invitados a juegos, *role-playing* y discusiones en pequeños grupos para compartir experiencias previas, sentimientos y posibilidades de cambio. El facilitador, cuya función era proporcionar información y clarificar malentendidos sobre el SIDA, se encargó de abrir una discusión de 45 minutos sobre la percepción de las dificultades actuales de ser HSH y sobre las representaciones simbólicas del SIDA en sus vidas. Los participantes identificaron y confrontaron sus sentimientos, miedos, pérdidas y estereotipos sobre el SIDA y discutieron sobre qué cuestiones les ayudarían a darse cuenta del riesgo. La sesión terminó con una discusión sobre las estrategias para rechazar las prácticas sexuales no seguras y la negociación con nuevas parejas sexuales. En el grupo control, un especialista dio una clase de 40 minutos a grupos de 20 individuos donde se presentó información epidemiológica de Brasil, se discutió sobre la importancia de las pruebas de VIH y se entrenó en el uso apropiado del preservativo. Tras 20 minutos de discusión dedicados a clarificar malentendidos, los sujetos recibieron 5 preservativos gratuitos por participar en el estudio.

La intervención tenía un diseño prospectivo de cohorte con comparación pre-post, grupo de control aleatorizado y medida de seguimiento a los 6 meses. Todos los participantes recibieron alguna forma de intervención. La variable dependiente fue mantener relaciones anales desprotegidas con cualquier pareja. Los resultados mostraron que el porcentaje de hombres que mantuvo sexo anal desprotegido en el último mes pasó de un 19% a un 1% tras la actuación. Las diferencias entre el grupo de tratamiento y el control no fueron significativas, posiblemente debido a la superposición de contenidos. En cuanto a la comparación pre-post, se encontró que un 19% informó de sexo anal sin protección en la línea base, un 5% a los 3 meses y un 1% a los 6 meses ($p < .0001$).

Esta intervención logró disminuir las barreras percibidas para el sexo seguro, incrementar las habilidades autoinformadas de sexo seguro, así como las normas sociales percibidas favorables al sexo seguro y el disfrute de las actividades sexuales seguras. Sampaio *et al.* (2002) concluyeron que el tipo exacto de actuación fue probablemente menos importante que el hecho de que ocurriera, ya que el cambio se produjo sin diferencias significativas entre las dos condiciones. Los autores también manejaron la idea de que las personas que entraron en el estudio podrían estar más preparadas para el cambio que la mayoría de HSH; de hecho, se observó un alto nivel de conocimien-

tos así como un bajo nivel de conducta sexual de riesgo en la línea base.

En último lugar encontramos la intervención cognitivo-conductual breve llevada a cabo por Imrie *et al.* (2002). Los sujetos fueron invitados a colaborar en la misma cuando acudían a una clínica de diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (ITS) en Londres. Ahora bien, su participación estaba condicionada al hecho de que hubieran padecido una ITS, informarían de relaciones anales desprotegidas con parejas serodiscordantes en el último año y expresarían interés sobre sus prácticas sexuales. Por último, el personal de la clínica juzgó si el grupo de educación y la intervención donde se daba asesoramiento eran apropiados para cada sujeto. La muestra final estaba formada por 343 HSH, donde un 2% era seropositivo. El diseño fue pre-post con grupo de control aleatorizado y medidas de seguimiento a los 6 y 12 meses. La variable dependiente fue la incidencia auto-informada de coito anal sin protección. Los resultados del grupo de intervención mostraron que la proporción de sujetos que decían mantener relaciones sexuales anales desprotegidas fue del 37% en la línea base, del 24% a los 6 meses y del 27% a los 12 meses. En el grupo de control la proporción en la línea base fue del 30%, del 32% a los 6 meses y del 32% a los 12 meses. Las diferencias no fueron significativas, aunque en el caso de los 6 meses se rozó la significación ($p=0.07$).

Este trabajo es el primer ensayo de control aleatorio de una intervención que estudia la conducta sexual de hombres homosexuales relacionando ITS y auto-informes conductuales. Según los autores, la relación entre conducta sexual e infección de transmisión sexual no debe ser tomada como simple, ya que algunas ITS, como el herpes genital, pueden transmitirse cuando se realizan conductas sexuales de bajo riesgo.

Intervenciones comunitarias

Las intervenciones comunitarias que se van a revisar a continuación son las siguientes: el *M-Powerment Project* (Hays, Rebchook y Kegeles, 2003; Kegeles *et al.*, 1999), la realizada en Rusia y Bulgaria por Amirkhanian, Kelly, Kabakchieva, McAuliffe y Vassilieva (2003), el *Four Gym Project* (Elford, Bolding y Sherr, 2001), la *Gay Men's Task Force -GMTF-* (Flowers, Hart, Williamson, Frankis y Der, 2002; Williamson, Hart, Flowers, Frankis y Der, 2001), y el *Cruising Area Project* (Hospers, Debets, Ross y Kok, 2001).

La premisa de este tipo de intervenciones centradas en la comunidad es que las normas sociales de las comunidades afectan al comportamiento individual, de ahí que busquen un cambio en las normas sociales de la comunidad aprovechando los procesos de influencia y presión ejercida por grupos de pares. Su mayor ventaja es el potencial para alcanzar a un gran número de individuos, particularmente aque-

llos que pueden ser influidos por sus comunidades. Sus posibles desventajas son la falta de efectividad para llegar a individuos que no se sienten parte de ninguna comunidad en particular, así como a individuos que no responden a la presión de los pares (Hays *et al.*, 2003). Las intervenciones comunitarias tienen una duración mayor en comparación con las individuales y grupales, abarcando periodos de varios meses en los que los pares son entrenados para desarrollar la acción y los individuos de la población van tomando contacto con el proyecto, con sus actividades. Es en este tipo de actuaciones donde más evidente se hace la necesidad de realizar una investigación previa encaminada a adecuar la intervención a las necesidades de la población que va a ser objeto del programa. Sin embargo, de los ejemplos que se presentan a continuación, sólo el *M-Powerment Project* (Hays *et al.*, 2003), basado en la Teoría del Desarrollo Comunitario y Capacitación, y en el Modelo de Difusión de Innovaciones, realizó un análisis de necesidades. De hecho, también evaluó variables psicosociales: conocimientos sobre VIH/SIDA, normas sociales, apoyo social, actitudes, autoeficacia, habilidades de comunicación, disfrute de prácticas sexuales, homofobia internalizada e identidad sexual. Por otra parte, proyectos como el de Amir-khanian *et al.* (2003) evalúan los constructos derivados de su base teórica, la Teoría del Comportamiento Planificado (Ajzen, 1985).

Una intervención comunitaria especialmente útil, declarada mode-

lo de prevención del VIH en los Estados Unidos, es el *M-Powerment Project* (Hays *et al.*, 2003; Kegeles *et al.*, 1999). Este tipo de actuación se basa en la búsqueda, por parte de los jóvenes gay/bisexuales, de lugares donde puedan encajar, ser ellos mismos, conseguir apoyo de otros y tener un sentido de comunidad. Algunos programas de prevención del VIH han sido criticados por ser represivos y tener una visión negativa del sexo, culpabilizando la conducta sexual y no teniendo en cuenta el significado personal y cultural de la actividad sexual. De ahí que este proyecto cultivara relaciones mutuas de apoyo con organizaciones y proveedores de distintos servicios, y generara un proceso de movilización de la comunidad destinado a autoperpetuarse.

El *M-Powerment Project*, con una duración de ocho meses, evaluó factores individuales asociados a la realización de la conducta de riesgo con el objetivo de implantar el proyecto en una comunidad previamente examinada, lo que permitía comparar y evaluar el mantenimiento del cambio al año de la intervención. Esto se pretendía conseguir mediante la construcción de una comunidad gay y bisexual fuerte y de apoyo, donde los jóvenes aprendieran y se protegieran los unos a los otros. Mediante un grupo principal de 12-15 jóvenes voluntarios que diseñaron y llevaron a cabo las actividades del proyecto, se pretendió promover normas de sexo seguro a través de actividades de pequeños grupos sociales. Por otro lado, una junta asesora, compuesta

por miembros universitarios y de salud pública, informaba y asesoraba al grupo principal sobre actividades de los proyectos, que incluían: promoción formal e informal de pares, pequeñas sesiones grupales y la campaña publicitaria.

Los eventos *M-Powerment* buscaban ser divertidos, si bien en ellos se realizaban actividades de promoción del sexo seguro donde se distribuían diversos materiales. Los *M-Groups* consistían en pequeñas sesiones de grupo (8-10 jóvenes) de 2-3 horas dirigidas por pares, donde se proporcionaba entrenamiento sobre cómo hablar informalmente con los amigos para motivarlos a practicar sexo seguro. Estos grupos focales nunca fueron denominados talleres de sexo seguro, sino que se promocionaban como una forma divertida de conocer a otros jóvenes. Para su publicidad, se insertaron artículos y anuncios en revistas gay y se regalaron pósters y *flyers* en lugares frecuentados por HSH. Se contó con una página web que permitía el envío de correos electrónicos con información para los interesados, legitimando a su vez el programa. El proyecto no se anunció en canales generales de publicidad, evitando que algunos jóvenes se incomodaran al ser asociados con una organización gay, lo que podría causar el rechazo a la implicación en el proyecto.

Tras ser entrenados, los líderes comenzaron el trabajo de calle, consistente en motivar a otros HSH a que mantuvieran relaciones sexuales seguras. Un grupo principal de

12-15 jóvenes sirvió como cuerpo de toma de decisiones del proyecto en cada comunidad, determinaban los nombres de los proyectos y los logotipos, y diseñaban los materiales necesarios. También se llevó a cabo una intervención informal en lugares de reunión de jóvenes: bares, eventos comunitarios y eventos sociales creados por el proyecto. En la intervención informal se habló y se motivó a los amigos a practicar sexo seguro a través de conversaciones cotidianas. En los grupos pequeños, con una duración de 3 horas, se motivó a los participantes para que fueran "agentes de cambio", apoyando a sus amigos y concienciando sobre la epidemia del VIH/SIDA. En los eventos participaron al menos 500 jóvenes, con una edad media de 23.2 años. Concretamente, 137 jóvenes de la ciudad de Eugene y 110 de Santa Bárbara completaron el seguimiento al año. Un 86% de los participantes se identificó como gay y un 14% como bisexual. El 32% tenía pareja estable y un 5% resultó ser seropositivo. Mientras que en la línea base se perdió un 12% de la muestra, en el seguimiento se observó una pérdida muestral del 10% en Eugene y del 20% en Santa Bárbara.

El diseño fue pre-post con seguimiento al año. La variable dependiente fue mantener sexo anal sin protección en los dos últimos meses tanto con parejas estables como esporádicas. Los resultados mostraron que tras la intervención, la proporción de sujetos que mantenía relaciones sexuales de riesgo bajó del 38.3% al 30.9%, con una

reducción desde el 19.2% al 13.6% para las parejas esporádicas y del 57.7% al 41.8% para las parejas principales. La reducción se sostuvo un año después para las parejas esporádicas; de hecho, las tasas de conducta sexual de riesgo con parejas esporádicas continuaron bajando tras el fin de la acción. En cuanto a las parejas estables, en Eugene se volvió a los niveles previos a la intervención, mientras que en Santa Bárbara se mantuvieron.

Estos resultados mostraron que existía relación entre la conducta sexual de riesgo y las percepciones de vulnerabilidad al VIH, las percepciones de que las actividades sexuales seguras eran menos placenteras, el hecho de sentirse deprimido, y sostener justificaciones cognitivas que minimizan el riesgo percibido. En cuanto a factores interpersonales apareció el hecho de poseer unas habilidades de comunicación pobres y tener pareja estable. Entre los factores sociales asociados a la conducta de riesgo aparecieron las normas, la falta de apoyo social, la falta de apoyo en cuanto al sexo seguro, la cultura de los jóvenes gay y una mayor integración en su comunidad. Por último, se encontró una asociación con factores contextuales tales como acudir frecuentemente a bares gay y a áreas públicas de *cruising*. La intervención no influyó en el disfrute percibido de las prácticas sexuales inseguras, pero sí incrementó significativamente el disfrute de las prácticas seguras, por lo que puede decirse que las barreras percibidas al uso del preservativo disminuyeron. También descendió la proporción de

jóvenes que tenía información errónea con respecto al VIH/SIDA y aumentaron las habilidades en comunicación sexual, así como la percepción de que las normas sociales de los pares favorecían el sexo seguro. A pesar del éxito obtenido, un 41,8% de los HSH con pareja estable seguía manteniendo relaciones sexuales anales sin protección.

Amirkhanian *et al.* (2003), ante los alarmantes datos sobre el aumento de la incidencia del comportamiento sexual de riesgo en HSH de los países del Este y Rusia (Amirkhanian *et al.*, 2001; ONUSIDA, 2003), decidieron evaluar un programa de intervención aplicado en las redes sociales de jóvenes HSH de Rusia y Bulgaria. Los autores se centraron en la creación de una red social mediante la colaboración con ONG's. Se entrenó a 76 líderes de opinión populares (LOP) identificados a través de metodología etnográfica, con el objetivo de dar mensajes de reducción de riesgo a sus amigos y conocidos en conversaciones cotidianas; todos ellos fueron reclutados en locales de encuentro social de jóvenes HSH y tenían una edad media de 24.4 años. Dos tercios de la muestra se habían realizado pruebas de detección del VIH y un 64% tenía una pareja estable. La estructura de los mensajes de prevención dados por estos líderes incluía constructos de la Teoría del Comportamiento Planificado. Los sujetos mostraron un bajo conocimiento sobre sexo seguro, no consideraban que el uso del preservativo fuera una norma socialmente aprobada, expresaban actitudes negativas hacia

los preservativos, tenían una intención muy débil de reducir las conductas de riesgo e informaban de una baja autoeficacia percibida en cuanto a la realización de prácticas sexuales seguras. En todas las sesiones, que se iniciaron pidiendo a los líderes que describieran sus experiencias de comunicación sobre prevención del VIH en la última semana, se reforzaron los esfuerzos exitosos y se utilizaron técnicas de solución de problemas para ayuda en la planificación de futuras comunicaciones con amigos. Los objetivos de las distintas sesiones fueron:

- Sesión 1 y 2: proporcionar información sobre el VIH/SIDA y otras ITS y sobre los pasos necesarios para protegerse de dichas infecciones. Se enseñó cómo establecer normas de pares que apoyasen la comunicación sobre SIDA, sexo seguro y preservativos.
 - Sesión 3: ofrecer estrategias para superar las actitudes negativas de los amigos y ayudar a los miembros de los grupos de trabajo a desarrollar actitudes positivas hacia los preservativos y el sexo seguro.
 - Sesión 4: enseñar cómo ayudar a los amigos a fortalecer las intenciones para practicar sexo seguro.
 - Sesión 5: enseñar cómo ayudar a los amigos a superar las barreras personales hacia el sexo seguro e incrementar la autoconfianza.
- Sesión de mantenimiento: revisar la importancia de continuar el rol de asesor y pedir a los líderes la incorporación de mensajes preventivos de VIH en sus conversaciones naturales y regulares, ajustándose siempre a las circunstancias de sus amigos.

El diseño fue pre-post sin grupo de control y con seguimiento a los 4 meses. Las variables dependientes fueron no usar nunca el preservativo con la pareja principal y no usar nunca el preservativo con las parejas esporádicas. Los resultados mostraron un incremento del 92% en la comunicación sobre sexo seguro e incrementos significativos en todos los mediadores teóricamente basados, objetivos del programa de entrenamiento. En cuanto a la conducta sexual de riesgo, se encontró que un 22% de aquellos que tenían pareja estable nunca habían utilizado el preservativo durante el establecimiento de la línea base; este porcentaje descendió a 18% en el seguimiento. Con relación a las parejas esporádicas, se pasó de un 14% que nunca utilizaba el preservativo en la línea base a un 5% en el seguimiento. Este estudio aprovechó la oportunidad de difusión de los programas de actividades de prevención del VIH que ofrecen las ONG's, y las dirigió a comunidades de HSH ocultas y de difícil acceso. Los autores implicaron a los líderes en redes sociales para que asesorasen en prevención de VIH a sus propios amigos, demostrando la utilidad de identificar a estos líderes mediante análisis sociométrico. Los resultados mos-

traron, mediante diversos indicadores (escalas psicosociales, conversaciones relacionadas con el SIDA y uso informado del preservativo) un cambio consistente en la conducta sexual a lo largo del tiempo.

The Four Gym Project (Elford *et al.*, 2001) tuvo una duración de cuatro meses y consistió en entrenar a pares educadores en conversación sobre riesgo sexual, conducta de inyección de esteroides, y promoción de la reducción del riesgo de infección por el VIH. Además, se elaboró un "Manual de entrenamiento de líderes de opinión en prevención del VIH" para ser utilizado por los pares que llevarían a cabo la intervención. Los temas tratados en la formación fueron: errores acerca de la infección por el VIH, estrategias para la reducción del riesgo, pruebas de detección del VIH, derivación a otros servicios, y uso y abuso de esteroides, entre otros. Los sujetos fueron abordados a partir de la observación de clientes regulares de gimnasios a lo largo de una semana. La mediana de edad fue 33 años y un 14-17% de los sujetos resultó ser seropositivo. La muestra durante la medición de la línea base fue de 1000 sujetos, la misma que durante la medición a los 6 meses. Ahora bien, a los 12 meses sólo se logró contactar con 916 sujetos y con 720 a los 18 meses. El diseño fue pre-post con grupo de comparación no equivalente, en función de que el gimnasio fuera asignado como de intervención o control. Se realizaron seguimientos a los 6, 12 y 18 meses. La variable dependiente fue mantener

relaciones anales desprotegidas con una persona serodesconocida. Los resultados mostraron que se pasó del 13.9% en la línea base al 14.2% en el seguimiento a los 18 meses ($p= 0.3$); no se encontraron, por tanto, diferencias significativas.

La *Gay Men's Task Force* –GMTF– (Flowers *et al.*, 2002; Williamson *et al.*, 2001) tuvo una duración de nueve meses y nació de la preocupación generada por el incremento en un 11% en la prevalencia de diagnósticos de VIH en homosexuales del Reino Unido. Sólo tuvieron acceso a esta intervención aquellos hombres que visitaron bares gay de Glasgow. La GMTF fue resultado de la colaboración entre distintos organismos donde se combinaron tres elementos:

- Promoción de la salud sexual realizada por pares dentro de la escena gay comercial.
- Servicios específicos para gays en hospitales y otros lugares comunitarios.
- Línea telefónica gratuita que proporcionaba información sobre salud sexual y servicios de salud sexual locales.

Se reclutaron 42 pares educadores (4 mujeres), a partir de fuentes comerciales y de organizaciones voluntarias, que fueron entrenados durante dos días en habilidades de comunicación y entrega específica de mensajes, y en la práctica para el abordaje a hombres en bares de ambiente gay mediante *role-playing*. Los educadores llevaban uniformes

distintivos (camisetas, chaquetas y bolsas) y distribuyeron panfletos sobre salud sexual y otros temas conductuales; igualmente, conversaron sobre ITS, uso del preservativo y del lubricante. Para la evaluación se pidió a los sujetos que rellenaran un cuestionario. Un total de 1442 HSH tuvo una conversación con los educadores y completó los cuestionarios, lo que supuso una tasa de respuesta del 75%.

La edad media de los participantes fue de 32.1 años, un 75% había practicado el sexo anal en los últimos 12 meses y un 33% había practicado el sexo anal desprotegido en ese periodo de tiempo; de estos últimos, un 35% lo había practicado con una pareja esporádica. El seguimiento se realizó siete meses después y consistió en medir la variable dependiente: haber practicado sexo anal desprotegido con parejas esporádicas en el último año. Se encontró que el 53% de los sujetos había hablado sólo una vez con los educadores, mientras que un 47% lo había hecho más de una vez. El reconocimiento del símbolo del proyecto GMTF fue considerado como el mínimo nivel de contacto con la intervención. En cuanto a la conducta sexual de riesgo se observó un descenso en la *odds ratio* en función de si no habían hablado con el educador (OR= 1), si habían hablado sólo una vez (OR= 1.08) o si habían hablado más de una vez (OR= 0.44). Por tanto, cuantas más veces se hablaba con el educador, menor era la probabilidad de haber mantenido relaciones sexuales de riesgo en el último año.

Los resultados no identificaron ningún efecto demostrable de la intervención en un nivel comunitario. El único efecto encontrado fue la búsqueda de salud en aquellos sujetos que tuvieron un contacto directo con la actuación. Como indican los autores, el estudio contó con algunas limitaciones importantes que podrían explicar estos resultados: la intervención no se aplicó a personas de medios populares, los pares fueron personas a las que se pagó por proporcionar los mensajes de salud, y los educadores informaron haber tenido dificultades a la hora de hablar sobre las conductas sexuales de riesgo y otros temas emocionales, como las relaciones con sus parejas.

En último lugar, encontramos el *Cruising Area Project* (Hospers *et al.*, 2001), cuyo objetivo fue diseminar información sobre sexo seguro y reforzar las normas sociales sobre el mismo en áreas de *cruising* (lugares como parques o áreas de descanso de las autopistas, donde algunos HSH se reúnen para tener relaciones sexuales anónimas). Para ello, los voluntarios, previamente entrenados, se aproximaban a los visitantes, daban mensajes preventivos e informaban de organizaciones que ofrecían servicios relacionados con el VIH/SIDA. Su principal tarea era proporcionar a los sujetos conocimientos sobre el VIH/SIDA, aclarar malentendidos sobre posibles riesgos sexuales, evitar las barreras para el sexo seguro y mejorar la disponibilidad de preservativos mediante la entrega de condones extra-fuertes, especialmente diseñados para el sexo anal.

Esta intervención parte del hecho de que el sexo desprotegido entre hombres es el vector más importante de transmisión de VIH en muchos países occidentales. En Holanda, por ejemplo, el sexo en público está prohibido, pero en las áreas de *cruising* no está perseguido; los hombres bisexuales que ocultan su conducta homosexual visitan especialmente estas áreas para tener relaciones sexuales con otros hombres, y son precisamente ellos quienes tienen un menor acceso a las fuentes de información sobre conductas preventivas del VIH en homosexuales. La ausencia de implicación en la comunidad gay se ha relacionado con la asunción de riesgos y, específicamente, con el mantenimiento de relaciones sexuales anales desprotegidas con parejas esporádicas.

Se abordó a 362 HSH que visitaron estas áreas de *cruising*. La edad media de los participantes fue 38.1 años, el 54.7% acudía a estos lugares una o más veces por semana, la media de parejas sexuales en un año fue 19 y un 36.5% practicaba el sexo anal. Del total de hombres abordados, un 37.9% aceptó conversar y, de éstos, un 58.7% rellenó los cuestionarios distribuidos. La evaluación se realizó a los siete meses de haber comenzado y la variable dependiente fue el uso del preservativo durante el sexo anal insertivo. Los resultados mostraron que un 18.5% habían mantenido relaciones sexuales de riesgo en las áreas de *cruising*; por otro lado, aquellos que hablaron con los voluntarios sobre la prevención del

VIH informaron haber utilizado el preservativo con una frecuencia significativamente mayor durante el sexo anal insertivo ($p < .05$). Un dato especialmente interesante, por sus implicaciones para la transmisión heterosexual, es que el 20% de los sujetos tenía relaciones sexuales con hombres y mujeres; tal y como se esperaba, estos sujetos estaban menos afiliados a la comunidad gay. Los hombres bisexuales utilizaban menos el preservativo en el sexo anal insertivo, y tenían una menor intención de utilizarlo en el futuro. No se encontró relación entre la frecuencia de uso del preservativo y el número de visitas realizadas.

LAS DISTINTAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN: UNA CONCLUSIÓN

En términos generales, parece que las intervenciones a nivel individual que siguen el formato de "Prueba y Asesoramiento de VIH" siguen siendo recomendables para entornos clínicos, donde existe una gran demanda social y los escasos recursos exigen formatos breves de actuación. MacKellar *et al.* (2002) sugieren que los esfuerzos preventivos deben dirigirse a reducir el retraso en las pruebas entre HSH jóvenes que no se sienten cómodos con su identidad sexual, a centrar el asesoramiento en la disminución de distorsiones en la percepción del riesgo y la preocupación sobre resultados positivos en las pruebas, y a proporcionar opciones de prueba que no requieran venopunción. Por otra parte, los recientes cambios en la percepción de riesgo de

la infección por VIH en esta población parecen exigir cambios en este modelo de actuación. En este sentido, las aportaciones que incorpora el trabajo cognitivo con las auto-justificaciones para realizar los comportamientos de riesgo, como es escudarse en la eficacia de la TARGA, parecen decisivas (Dilley *et al.*, 2002). Estos autores indican la necesidad de más investigación para saber si esta intervención puede añadirse a la de "Prueba y Asesoramiento de VIH" estandarizado. Igualmente, una labor de gran alcance previa (*outreach*), así como el asesoramiento por vía telefónica (Picciano *et al.*, 2001), pueden atraer a individuos que en principio no estaban comprometidos con el cambio conductual, motivándoles a buscar servicios de prevención y tratamiento.

Las acciones grupales son las más heterogéneas en cuanto a bases teóricas y objetivos de actuación. Pese a que la intervención cognitivo-conductual de Imrie *et al.* (2002) no consiguió alcanzar la significación estadística en el cambio comportamental, sugiere que es posible evaluar los efectos de los ensayos con control aleatorio usando resultados clínicos asociados al VIH y otras ITS cuando sea posible. Rosser *et al.* (2002) encontraron que una actuación en promoción de la salud sexual, tomando en cuenta factores contextuales, tuvo efectos en el uso consistente del preservativo. Por otro lado, el programa *Stop AIDS Project* (Toro-Alfonso *et al.*, 2002) sugiere que es necesario tomar en cuenta la prevención de la

transmisión del VIH dentro de las relaciones estables. Además, la cultura y las creencias ligadas al placer sexual deben ser tomadas como elementos clave en el análisis de la percepción del riesgo y la susceptibilidad de enfermedad. El trabajo de estos autores demuestra que, a partir del grupo, puede motivarse el refuerzo de las redes sociales. En este sentido, el apoyo social puede llevar a una activación social que refuerce las normas sociales de sexo seguro en poblaciones de difícil acceso o minoritarias. Su trabajo recalca la importancia de las organizaciones de base comunitaria en el abordaje, confianza y mantenimiento del cambio.

Parece deseable que las intervenciones individuales y grupales se combinen con las comunitarias. Estas últimas acciones son susceptibles de alcanzar a un mayor número de personas, facilitan procesos de capacitación comunitaria, y mantienen el cambio conductual a partir de la generación de nuevas normas comunitarias; además, están dirigidas a individuos que no han reconocido personalmente estar en riesgo y que, por tanto, no buscan servicios para beneficiarse de la intervención (Hays *et al.*, 2003). Por contra, las intervenciones comunitarias necesitan una mayor inversión inicial de recursos y la evaluación de los cambios conductuales resulta difícil. Según Armikhanian *et al.* (2003) este tipo de enfoque facilita a las organizaciones comunitarias que trabajan en SIDA la diseminación e implantación de programas de prevención de infección por VIH, así

como la formación de profesionales que trabajen en dichas organizaciones. Debido a que es poco frecuente encontrar grupos de HSH pares que tengan experiencia en manejar una organización, los supervisores deben trabajar junto a ellos, sobre todo en las primeras fases (Hays *et al.*, 2003). El trabajo con pares líderes se ha revelado como un elemento clave de este tipo de acciones; si bien en el Reino Unido (Elford *et al.*, 2001; Flowers *et al.*, 2002; Williamson *et al.*, 2001) no han mostrado ser efectivas, posiblemente debido a que no se consiguió identificar a los líderes de estas comunidades. Armikhanian *et al.* (2003) resolvieron este problema realizando análisis sociométricos previos a la actuación. En cualquier caso, parece quedar descartada la opción de contratar a pares, ya que éstos pueden compartir una motivación diferente a la del proyecto y no ser percibidos como influyentes por sus pares.

El enfoque comunitario no debería perder de vista que la población objeto de la intervención mantiene comportamientos sexuales de riesgo por diferentes razones. Por tanto, aquellas acciones que sólo se focalizan en un nivel no llegarán a los hombres que realicen ese comportamiento por otras razones (Kegeles *et al.*, 1999). Un programa efectivo de prevención de VIH debería dirigirse simultáneamente a distintos niveles y variables.

Hays *et al.* (2003) sugieren que el *M-Powerment Project*, centrado en jóvenes HSH, podría hacer surgir

tensión en la comunidad al ver que el proyecto no ofrece servicios a mujeres y hombres de mayor edad. El reto es comunicar a los otros que son bienvenidos si desean unirse. Otro aspecto problemático es que la evaluación del proceso que realiza el Grupo Central comienza a centrarse más en los aspectos sociales del proyecto, rechazándose los aspectos de prevención de la infección por VIH. Se ha sugerido como solución la planificación de metas específicas y su evaluación.

Igualmente, hemos de indicar que las intervenciones comunitarias pueden ser únicas a la hora de llegar a hombres bisexuales no familiarizados con temas de prevención del VIH y que utilizan áreas de *cruising* como lugar de encuentro sexual. Los hombres bisexuales parecen tener un acceso menor a la información de prevención del VIH y servicios relacionados, ya que éstos están diseñados para la población gay. Los resultados de Hospers *et al.*, (2001) abren este camino, y podrían ser utilizados para diseñar o mejorar futuras actuaciones: los altos niveles de riesgo encontrados en este grupo de hombres resaltan la importancia de convertirlos en el objetivo de acciones preventivas.

Finalmente, como síntesis, es posible afirmar que los programas comunitarios son especialmente útiles para llegar con más facilidad a la población diana; posteriormente, también se pueden aplicar programas individuales o grupales específicos para las personas o colectivos contactados.

Tabla 1: Resumen de las intervenciones analizadas

Autores	Diseño y tamaño de la muestra (b)	Variable Dependiente	Diseño Intervención Temas/V.L.	Nivel (2)	Resultados
Dilley <i>et al.</i> (2002)	Pre-post con GC aleatorizado. Seguimiento a 6 y 12 meses N=241	Número de episodios de coito anal sin protección con parejas no principales en los 90 días anteriores a la entrevista.	- Intervención clínica-cognitiva, centrada en las autojustificaciones (pensamientos, actitudes o creencias) utilizadas para mantener comportamientos de riesgo para el VIH. - Asesoramiento.	I	Descenso significativo a los 6 y 12 meses ($p < .001$)
McKellar <i>et al.</i> (2002)	Cuasi-experimental. N=3430	Realización de coito anal desprotegido con pareja serodesconocida en los últimos 6 meses y seroconversión al VIH.	- Entrevista, cuestionario, asesoramiento y toma de muestra de sangre. - Frecuencia de realización de pruebas de detección del VIH.	I	Mayor probabilidad de seroconvertir en repetidores que en primera vez (7% vs. 4%, $p < .01$).
Picciano <i>et al.</i> (2001)	Pre-post con GC. N=46	Intención de utilizar el preservativo en el coito anal receptivo con una pareja esporádica.	- Entrevista telefónica motivadora. - Asesoramiento y refuerzo de prácticas sexuales seguras a través del Personal Feedback Report (PFR) - Asesoramiento inmediato (Participantes) o demorado (GC)	I	Cambios significativos a favor de la asunción de medidas de sexo seguro por parte de los participantes frente a GC ($p < .01$).
Toro-Alfonso <i>et al.</i> (2002)	Pre-post sin grupo de comparación. N=587	Tasa de frecuencia de realización de las distintas prácticas de riesgo en los últimos 3 meses.	- Modelo de creencias de salud, autoeficacia, teoría cognitiva y desarrollo comunitario. - Talleres y grupos pequeños. - Homofobia internalizada, relaciones interpersonales y sexuales, placer sexual, intimidad y riesgo entre parejas primarias. - Enfoque de salud sexual basada en conocimientos (conocimiento personal, identidad y autoaceptación comportamiento, valores y emociones). - Seminario diseñado para abordar factores de riesgo (participantes) y videos de prevención de HIV (GC).	G	Descenso significativo ($p < .000$) del índice de prácticas sexuales; de los comportamientos de alto, moderado y bajo riesgo; de la penetración anal receptiva e insertiva sin protección.
Rosser <i>et al.</i> (2002)	Pre-post y GC aleatorizado. Seguimiento a 3 y 12 meses N=422	Mantener relaciones anales desprotegidas, tanto activas como pasivas, fuera de una relación estable seroconcordante durante los últimos 3 meses.	- Enfoque de salud sexual basada en conocimientos (conocimiento personal, identidad y autoaceptación comportamiento, valores y emociones). - Seminario diseñado para abordar factores de riesgo (participantes) y videos de prevención de HIV (GC). - Descansibilización sistemática, estados de formación de la identidad homosexual, educación para la salud sexual, promoción de vida saludable y co-factores de sexo no seguro para HSH.	G	Cambio significativo en la conducta de alto riesgo ($p < .05$). En grupo control incremento medio del 28.6% en el coito anal sin protección a 12 meses; en c i de intervención, descenso del 8.3% ($p < .015$).
Sampaio <i>et al.</i> (2002)	Prospectivo de cohorte. Comparación pre-post, GC aleatorizado. Seguimiento 6 meses N=227	Mantener relaciones anales desprotegidas con cualquier pareja.	- Intervención en pequeños grupos - Entrevistas, talleres (participantes) y conferencias (GC) - Entrenamiento en habilidades de negociación y asesoramiento grupal. - Erotización del sexo seguro.	G	Descenso de la conducta de riesgo en el último mes (19% vs. 1%, $p < .0001$). Comparación pre-post: descenso significativo en línea base, 3 y 6 meses ($p < .0001$).
Imrie <i>et al.</i> (2002)	Pre-post con GC aleatorizado. Seguimiento a 6 y 12 meses. N=343	Incidencia auto-informada de coito anal sin protección.	- Cognitivo-conductual breve - Modelo teórico de cambio conductual, modelo de prevención de recaída, teoría cognitivo social y entrevista motivacional. - Asesoramiento y talleres.	G	Diferencias no significativas.

(b) GC: Grupo de Control (Indicada), C (Comunitario)

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: an application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality And Social Psychology*, 49 (3), 843-851.
- Amirkhanian, Y.A., Kelly, J.A., Kabakchieva, E., McAuliffe, T. y Vassilieva, S. (2003). Evaluation of a social network HIV prevention intervention program for young men who have sex with men in Russia and Bulgaria. *AIDS Education and Prevention*, 15(3), 205-220.
- Amirkhanian, Y.A., Kelly, J.A., Kukharsky, A.A., Borodkina, O.I., Granskaya, J.V., Dyatlov, R.V., McAuliffe, T.L. y Kozlov, A.P. (2001). Predictors of HIV risk behaviour among Russian men who have sex with men: an emerging epidemic. *AIDS*, 15(3), 407-412.
- Centro Nacional de Epidemiología (2007). *Vigilancia epidemiológica del SIDA en España*. Registro Nacional de Casos de SIDA. Informe semestral nº 1.
- Dilley, J., Woods, W., Sabatino, J., Lihatsch, T., Adler, B., Casey, S., Rinaldi, J., Brand, R. y McFarland, W. (2002). Changing sexual behaviour among gay male repeat testers for HIV. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 30(2), 177-187.
- Dukers, N., Spaargaren, J., Geskus, R., Beijnen, J., Coutinho, R. y Fennema, H. (2002). HIV incidence on the increase among homosexual men attending an Amsterdam sexually transmitted disease clinic: using a novel approach for detecting recent infections. *AIDS*, 16(10), 19-24.
- Elford, J., Bolding, G. y Sherr, L. (2001). Peer education has no significant impact on HIV risk behaviours among gay men in London. *AIDS*, 15(4), 535-538.
- Fenton, K. y Lowndes, C. (2004). Recent trends in the epidemiology of sexual transmitted infections in the European Union. *Sexually Transmitted Infections*, 80(4), 255-263.
- Flowers, P., Hart, G., Williamson, L., Frankis, J. y Der, G. (2002). Does bar-based, peer-led sexual health promotion have a community-level effect among gay men in Scotland? *International Journal of STD and AIDS*, 13(2), 102-108.
- Hays, R.B., Rebchook, G. y Kegeles, S. (2003). The Mpowerment Project: community-building with young gay and bisexual men to prevent HIV. *American Journal of Community Psychology*, 31(3-4), 301-313.
- Hospers, H., Debets, W., Ross, M. y Kok, G. (2001). Evaluation of an HIV prevention intervention for men who have sex with men at cruising areas in the Netherlands. *AIDS and Behavior*, 3(4), 359-366.
- Imrie, J., Stephenson, J., Cowan, F., Wanigaratne, S., Billington, J., Copas, A., French, L., French, P. y Johnson, A. (2002). A cognitive behavioural intervention to reduce sexually transmitted infections among gay men: randomised trial. *British Medical Journal*, 322(7300), 1451-1457.
- Kalichman, S.C., Carey, M. y Johnson, B. (1996). Prevention of sexually transmitted HIV infection: a meta-analytic review of the behavioural outcome literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 18(1), 6-15.
- Kegeles, S.M., Hays, R.B., Pollak, L. y Coates, T.J. (1999). Mobilizing young gay and bisexual men for HIV prevention: a two-community study. *AIDS* 13(13), 1753-1762.
- Kelly, J.A., Somlai, A., DiFranceisco, W.J., Otto-Salaj, L., McAuliffe, T., Hackl, K., Heck-

- man, T., Holtgrave, D. y Rompa, D. (2000). Bridging the gap between the science and service of HIV prevention: transferring effective research-based HIV prevention interventions to community AIDS service providers. *American Journal of Public Health, 90(7)*, 1082-1088.
- MacKellar, D.A., Valleroy, L.A., Secura, G.M., Bartholow, B.N., McFarland, W., Shehan, D., Ford, W., LaLota, M., Celentano, D., Koblin, B., Torian, L., Perdue, T. y Janssen, R. (2002). Repeat HIV testing, risk behaviors and HIV seroconversion among young men who have sex with men: a call to monitor and improve the practice of prevention. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 29(1)*, 76-85.
- Murphy, G., Charlett, A., Jordan, L., Osner, N., Gill, O. y Parry, J. (2004). HIV incidence appears constant in men who have sex with men despite widespread use of effective antiretroviral therapy. *AIDS, 8(2)*, 265-272.
- ONUSIDA (2003). *Situación de la epidemia de SIDA*. Diciembre de 2003. Ginebra.
- Pequegnat, W. y Stover, E. (2000). Behavioral prevention is today's AIDS vaccine!. *AIDS, 14 (Suplemento 2)*, 1-7.
- Picciano, J., Roffman, R., Kalichman, S., Rutledge, S. y Berghuis, J. (2001). A telephone based brief intervention using motivational enhancement to facilitate HIV risk reduction among MSM: a pilot study. *AIDS and Behavior, 5(3)*, 251-262.
- Remis, R., Alary, M., Otis, J., Masse, B., Demers, E., Vincelette, J., Turmel, B., Le Clerc, R., Lavoie, R., Parent, R. y George, C. (2002). No increase in HIV incidence observed in a cohort of men who have sex with other men in Montreal. *AIDS, 16(8)*, 1183-1185.
- Rosser, B., Bockting, W., Rugg, D., Robinson, B., Ross, M., Bauer, G. y Coleman, E. (2002). A randomized controlled intervention trial of a sexual health approach to long-term HIV risk reduction for men who have sex with men: effects of the intervention on unsafe sexual behaviour. *AIDS Education and Prevention, 14(3 Suplemento A)*, 59-71.
- Sampaio, M., Brites, C., Stall, R., Hudes, E. y Hearst, N. (2002). Reducing AIDS risk among men who have sex with men in Salvador, Brazil. *AIDS and Behavior, 6(2)*, 178-181.
- Toro-Alfonso, J. (1990). *Evaluación de modelos psicoeducativos para la prevención de la infección del VIH en un grupo de hombres homosexuales en Puerto Rico*. Tesis doctoral no publicada. Caribbean Center for Advanced Studies, San Juan, Puerto Rico.
- Toro-Alfonso, J., Varas-Días, N. y Andujar-Bello, I. (2002). Evaluation of an HIV/AIDS prevention intervention targeting Latino gay and men who have sex with men in Puerto Rico. *AIDS Education and Prevention, 14(6)*, 445-456.
- Waldo, C. y Coates, T. (2000). Multiple levels of analysis and intervention in HIV prevention science: exemplars and directions for new research. *AIDS, 14 (Suplemento 2)*, 18-26.
- Williamson, L., Hart, G., Flowers, P., Frankis, J. y Der, G. (2001). The gay men's task force: the impact of peer education on the sexual health behaviour of homosexual men in Glasgow. *Sexually Transmitted Infections, 77(6)*, 427-432.