

revista
EDICION ESPECIAL
SPECIAL ISSUE

revista latinoamericana de psicología
american journal of psychology



VOLUMEN / VOLUME 35

NUMERO / NUMBER 2

2001

La Sociedad Interamericana de Psicología (SIP) publica la *Revista Interamericana de Psicología* desde 1967. Nuestra política es reflejar los desarrollos que están ocurriendo en la psicología desde la perspectiva teórica como la aplicada o profesional; al hacerlo buscamos promover la colaboración entre los psicólogos y psicólogas de los diferentes países de América Latina y la vez al año y acepta manuscritos en todas las áreas de la Psicología, en inglés, español, portugués. Distribuimos la Revista libre de costo a todo miembro solvente de la SIP. También se suscriben individuales a personas de otras profesiones por \$40 anuales. El costo de las suscripciones institucionales es de \$60 anuales. Para adquirir una de estas suscripciones o para hacerse miembro formularios incluidos en este número. Puede escribir al respecto a Josephine Resto Olivo, Gerente Editorial, P.O. Box 23174, San Juan, P.R. 00931-3174. La RIP está catalogada en los siguientes índices bibliográficos: *Institute for Scientific Information Alerting Service, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, PsycLIT y PSICODOC*. Las INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES Y AUTORAS se incluyen en la Revista.

The *Interamerican Journal of Psychology* is published by the Interamerican Society since 1967. Our editorial policy is to reflect the developments occurring in psychology including the theoretical and the applied-professional perspectives; in doing this we aim to promote collaboration among psychologists of different countries of the Americas. The Journal publishes twice a year, and accepts manuscripts in all areas of Psychology, in English, Spanish, French, and Portuguese. All active members of SIP receive IJP without additional costs. Individuals from other professions can purchase subscriptions for \$40 a year. Annual institutional subscriptions cost \$60. To acquire an individual or institutional subscription, or to become a member of SIP, complete the form included in this number. Regarding these write to Josephine Resto Olivo Managing Editor, P.O. Box 23174, San Juan, Puerto Rico 00931-3174. The IJP is included in the following bibliographic indexes: *Information Alerting Service, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, PsycLIT y PSICODOC*. INSTRUCTIONS TO AUTHORS are in the final pages of the Journal.

A *Revista Interamericana de Psicología* é publicada pela Sociedade Interamericana de Psicologia desde 1967. Nossa política é refletir os desenvolvimentos que estão ocorrendo na psicologia sob a perspectiva teórica como na aplicada ou profissional; ao realizá-la procura-se promover a colaboração entre os psicólogos e psicólogas, dos diferentes países de América Latina e a vez a o ano e aceita originais em todas as áreas da Psicologia, em inglês, espanhol, francês e português. Todos os membros ativos da SIP recebem a Revista sem custo adicional. Indivíduos de outras profissões podem assinar a revista por US\$40 anuais. As assinaturas institucionais anuais custam \$60. Para fazer uma subscrição individual ou institucional, ou para se tornar membro da SIP, complete este número. Para tanto escreva a Josephine Resto Olivo, Gerente Editorial, P.O. Box 23174, San Juan, Puerto Rico 00931-3174. A RIP está catalogada nos seguintes índices bibliográficos: *Information Alerting Service, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, PsycLIT y PSICODOC*. As INSTRUÇÕES PARA OS AUTORES E AUTORAS encontram-se nas páginas finais da Revista.

La *Revue Interaméricaine de Psychologie* est publiée depuis 1967. Notre politique est de refléter les développements qui sont en train de se passer dans la psychologie du hémisphère occidental, tant de la perspective théorique que de l'appliquée ou professionnelle: en ainsi faisant on cherche à promouvoir la collaboration entre les psychologues des différents pays de l'Amérique. La Revue parait deux fois par an et elle accepte des manuscrits en tous les domaines de la Psychologie, en anglais, espagnol, français ou portugais. Tous les membres actifs de la SIP reçoivent la revue exempt de coût. Des individus peuvent se souscrire pour \$40 annuels. Le coût des souscriptions institutionnelles est de \$60. Pour acquérir une souscription individuelle ou institutionnelle, ou pour devenir membre de la SIP, remplissez les formulaires inclus dans ce numéro. Pour des informations concernant ceci écrivez à Josephine Resto Olivo, Gerente Editorial, P.O. Box 23174, San Juan, Puerto Rico 00931-3174. La RIP est cataloguée dans les suivants index bibliographiques: *Institute for Scientific Information Alerting Service, Current Contents/Social & Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, PsycLIT y PSICODOC*. Les INSTRUCTIONS POUR LES AUTEURS se trouvent dans les dernières pages de la Revue.

CONTENIDO/CONTENTS/SUMARIO/CONTENU

ARTICULOS/ARTICLES/ARTIGOS/ARTICLE

Edición Especial: VIH/SIDA: Retos para
la Investigación y la Acción

HIV/AIDS: Challenges for Research and Action

José Toro-Alfonso, Editor Invitado

Invited Editor

Introducción	5
<i>Introduction</i>	15
<i>José Toro-Alfonso</i>	

Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA	
<i>An integrated approach of the fight against HIV/AIDS</i>	
Rolando Díaz-Loving	25

When briefer can be better: Single session approaches to HIV risk reduction interventions	
<i>Cuando lo breve puede ser mejor: Acercamientos de una sesión a la reducción del riesgo al VIH/SIDA</i>	
Seth Kalichman, Kari DiFronzo, Florence Kyomugrsha, Dolores Sympton y Kelly Presser	41

Racism, poverty and other truths about sex: Race, class and HIV risk among Latino gay men	
<i>Racismo, pobreza y otras verdades sobre el sexo: Raza, clase y riesgo de contagio con VIH entre hombres gay latinos</i>	
George Ayala y Rafael Díaz	59

Nuestra juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH?	
<i>Our adolescents youth: What is their risks of infection to HIV?</i>	
Margarita R. Moscoso-Alvarez, Rosa V. Rosario y Linnette Rodríguez	79

The development of HIV/AIDS policy and its implications for Latinas: Gender becomes destiny	
<i>Desarrollo de política pública sobre VIH/SIDA y sus implicaciones para las Latinas: El género define su destino</i>	
Miguelina Ileana León	93

Irma Serrano-García
Editora/Editor
Universidad de Puerto Rico,
Río Piedras

Josephine Resto Olivo
Gerente Editorial/
Managing Editor
Universidad de Puerto Rico,
Río Piedras

María Lúcia Camargo
Keila Lugo Rañal
Traductoras

José Martínez
María del R. Hernández-
Cartagena
Consultores/as
Estadísticos

BackRoom Productions &
Publications
Diseño Gráfico

ISSN: 0034-9690




**NATIONAL MINORITY
AIDS COUNCIL**



Queremos agradecer
la contribución de
PAIVS, NMAC,
PRODES a la
publicación de esta
Edición Especial.

*We greatly appreciate
the contribution of
LRTP, NMAC,
PRODES to the
publication of this
Special Issue.*

Una revisión de las políticas en torno al VIH/SIDA en Puerto Rico, República Dominicana, Ecuador y Honduras: Tensiones, limitaciones y logros

A revision of HIV/AIDS public policy in Puerto Rico, Dominican Republic, Ecuador and Honduras: Tensions, limitations and achievements

Nelson Vaz-Díaz y José Toro-Alfonso 113

La prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de la salud integral en los cárceles

AIDS prevention and the development of integral health in prisons

Jacobo Schiller Sikora 133

Evolution in HIV/AIDS prevention, interventions and strategies

La evolución de las estrategias e intervenciones preventivas del VIH/SIDA

Richard Pale 155

Mención Honorífica, Premio Estudiantil (1999)

Nivel Pregrado

Honor Mention Undergraduate,

Student Research Prize,

Looking forward, looking back: A qualitative analysis of a focus group of HIV positive Latinas

Una mirada al futuro y otra al pasado: Un análisis cualitativo de un grupo focal con mujeres Latinas VIH positivas

Edna Acosta Pérez y Nilda Peragallo

167

RESEÑAS

BOOK REVIEWS

RESENHAS

COMPTE RENDUS

La Psicología Social-Comunitaria y la salud: Una perspectiva puertorriqueña

Social-Community Psychology and health: A Puerto Rican perspective

Irma Serrano-García, Milagros Bravo, Wayne Rosario-Collazo y José Juan Gorrín (Autoras/es)

Bárbara VanOss Marín 183

Instrucciones para los autores y autoras

Instructions to authors

Instruções aos autores e autoras

Instructions pour les auteurs

187

JUNTA DE CONSULTORES Y CONSULTORAS EDITORIALES
BOARD OF CONSULTING EDITORS
JUNTA DE CONSULTORES E CONSULTORAS EDITORIAIS
COMITÉ DE CONSULTANTS ET CONSULTANTES DE L'ÉDITION

Reynaldo Alarcón
 Universidad Peruana Cayetano
 Heredia. **PERU**

Rita Arauz Molina
 Fundación Nimehuatzin.
NICARAGUA

Rubén Ardila
 Universidad Nacional de
 Colombia. **COLOMBIA**

Clara Benedicto
 Universidad Autónoma
 de Santo Domingo.
REPUBLICA DOMINICANA

Angela Biaggio
 Universidad Federal do Río
 Grande do Sul. **BRASIL**

Amalio Blanco
 Universidad Autónoma de
 Madrid. **ESPAÑA**

Janet Bonilla
 Universidad de Puerto Rico,
PUERTO RICO

Erica Burman
 The Manchester Metropolitan
 University.
UNITED KINGDOM

Víctor Colotta
 Worker's Compensation
 Board of B.C.
CANADA

Teresita Cordero Cordero
 Universidad de Costa Rica.
COSTA RICA

Rolando Díaz Loving
 Universidad Nacional
 Autónoma de México.
MEXICO

Rita G. Dudley-Grant
 Virgin Island Behavioral
 Services,
U.S. VIRGIN ISLAND

Oliva Espín
 California School of
 Professional Psychology,
U.S.A.

Bernardo Ferdman
 California School of Professional
 Psychology.
U.S.A.

Héctor Fernández-Alvarez
 Centro de Estudios Humanos
 AIGLE.
ARGENTINA

Marta Givaudan
 Instituto Mexicano de la
 Investigación de la Familia
MEXICO

Gerald Gorn
 Hong Kong University of Science
 and Technology.
CANADA

Wayne H. Holtzman
 The University of Texas, Austin.
U.S.A.

Mauricio Knobel
 Universidad Estadual de
 Campinas. **BRASIL**

Isabel Louro
 Escuela Nacional de Salud
 Pública. **CUBA**

Steve López
 University of Maryland. **U.S.A.**

Juracy C. Marques
 Pontificia Universidade Católica
 do Río Grande do Sul.
BRASIL

Alfonso Martínez-Taboas
 Universidad Carlos Albizu.
PUERTO RICO

Rosalía Montealegre
 Universidad Nacional de
 Colombia.
COLOMBIA

Maritza Montero
 Universidad Central de
 Venezuela.
VENEZUELA

Frederic Munné
 Universidad de Barcelona.
ESPAÑA

Mathilde Neder
 Pontificia Universidad Católica de
 São Paulo.
BRASIL

Eduardo Nicenboim
 Centro de Estudios Humanos
 AIGLE.
ARGENTINA

Isaac Prilleltensky
 Victoria University.
AUSTRALIA

Rebeca Puche Navarro
 Universidad del Valle.
COLOMBIA

Antonio Puente
 University of North Carolina
U.S.A.

Julian Rappaport
 University of Illinois **U.S.A.**

Irma Roca De Torres
 Universidad Puerto Rico,
PUERTO RICO

Ivonne Romero García
 Universidad Interamericana de
 Puerto Rico.
PUERTO RICO

Jeannette Roselló
 Universidad de Puerto Rico
PUERTO RICO

Michel Sabourin
 University of Montreal.
CANADA

Euclides Sánchez
 Universidad Central de Venezuela.
VENEZUELA

Peter Suefeld
 The University of British
 Columbia.
CANADA

Julio F. Villegas
 Universidad de Santo Tomás.
CHILE

Esther Wiesenfeld
 Universidad Central de Venezuela.
VENEZUELA

Bryan Wilcox
 University of Nebraska, **U.S.A.**

**JUNTA DE CONSULTORES Y CONSULTORAS
EDITORIALES ASOCIADOS
BOARD OF ASSOCIATE CONSULTING EDITORS
COMITÉ AVALIADORES E AVALIADORAS EDITORIALES ASOCIADOS
COMITÉ DES CONSULTANTS ET CONSULTANTES ÉDITORIAUX ASSOCIÉS**

Stephanie Austin

York University, CANADA

José Carrión Baralt

Universidad Carlos Albizu, PUERTO RICO

Elizabeth Castillo

Universidad de los Andes, COLOMBIA

Lucia R. DiMeo

University of the Virgin Islands, U.S.A.

Andrea Dottolo,

San Diego State University, U.S.A.

Andrés M. Pérez-Acosta

Universidad Católica de Colombia, COLOMBIA

Miguel Pérez-García

Universidad de Granada, ESPAÑA

Carmen L. Rivera Medina

Universidad de Puerto Rico, PUERTO RICO

George Schwartz

McGill University, CANADA

Galia Siegel

University of Illinois, U.S.A.

Carlos Silva

Universidad Central, VENEZUELA

VIH/SIDA: Retos para la Investigación y la Acción

Introducción

José Toro-Alfonso¹
Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Compendio

En este artículo proveo una visión integrada de la Edición Especial de la Revista Interamericana de Psicología titulada VIH/SIDA: Retos para la Investigación y la Acción. La misma recalca el rol de la psicología en la investigación, desarrollo de intervenciones, colaboración con la comunidad, trabajo de política pública y defensa de los derechos humanos para combatir la epidemia del VIH/SIDA.

Palabras clave: VIH-SIDA; Psicología; Investigación; Acción; Américas

El aumento vertiginoso de los casos de personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y como consecuencia de los casos de SIDA, golpea brutalmente la realidad Caribeña y de las Américas. Las Naciones Unidas a través de su oficina para asuntos del SIDA (OMS, 2000) informa el impacto desproporcional de la epidemia a nivel global, destacando los países en desarrollo. A pesar de los adelantos en términos del desarrollo de las terapias de medicamentos y de la mejoría que producen en la calidad de vida de las personas que viven con SIDA, y a pesar de dos décadas de experiencias en los esfuerzos de prevención; todos los días se informan nuevos casos de infección entre personas de las poblaciones más vulnerables: jóvenes, mujeres, hombres homosexuales, personas en la industria del sexo, personas usuarias de drogas inyectadas y sus parejas.

El VIH ha producido una epidemia causando enfermedad y muerte a través de todo el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 30.6 millones de personas están infectadas por el VIH en el mundo.

¹ Toda comunicación con el autor debe hacerse al Centro Universitario de Servicios & Estudios Psicológicos, Avenida Universidad #55, Cuarto Piso, San Juan, Puerto Rico 00931 o al correo electrónico jtoro@rrpac.upr.clu.edu.

Aproximadamente 5.8 millones se infectan cada año y 2.3 millones mueren de condiciones asociadas al VIH. En Estados Unidos solamente, se informan 40,000 nuevas infecciones de VIH al año (CDC,1999). En Puerto Rico no existen números precisos sobre nuevas infecciones ya que no existe un mecanismo formal de reporte de infecciones de VIH.

Para finales del 1998 en Estados Unidos, se estimó entre 650,000 – 900,000 el número de personas viviendo con VIH y 259,000 con SIDA. En Puerto Rico se estima entre 15,000 a 45,000 el número de personas viviendo con el virus además de las 25,000 personas que se han reportado con SIDA desde el 1981 (Departamento de Salud de Puerto Rico, 2001). Cifras similares pueden observarse en países del Caribe, Centro y Sur América, desde casos como Haití y Honduras con una epidemia rampante, hasta otros países como Costa Rica, Nicaragua, Guatemala y Colombia con menor número de casos pero igualmente impactados (OMS,2000).

La epidemia tomó un giro cerca del 1993 que se ha mantenido constante en la última década. Se destacan la extrema pobreza de las personas impactadas por la epidemia, la edad joven, la sobre representación de mujeres y la distribución creciente de la infección en poblaciones heterosexuales, todas estas, características típicas de los casos informados en la mayoría de los países. La epidemia ha dejado de ser un fenómeno de grupos particulares para pasar a ser un problema de salud global, impactando certeramente a sectores sociales vulnerables. Tomemos en cuenta el nivel de seroprevalencia en países latinoamericanos como Honduras, Haití, República Dominicana, Brasil y Puerto Rico (Malow, Cassagnol, McMahon, Jennings, & Roatta, 2000). Todos tienen tendencias epidemiológicas diferentes con impacto sobre grupos diferentes pero comparten características comunes de vulnerabilidad social (Izazola, Astarloa, Beloqui, Brofman, Chequer, & Zacarías, 1999).

En los Estados Unidos los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDCP) han reconocido el cambio en el perfil de las personas que viven con VIH/SIDA y de las personas que se infectan con el VIH actualmente. Indican que la persona promedio con SIDA actualmente es una persona joven, mujer que pertenece a grupos étnicos minoritarios (Card, Benner, Shields, & Feistein, 2001). Por otro lado, en América Latina las poblaciones de hombres homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres siguen sobre-representadas en la mayoría de los países.

Es inevitable que nos acerquemos a la epidemia del SIDA con una perspectiva global e interdisciplinaria. El Estado, las organizaciones no gubernamentales, los/as profesionales de la salud, las personas que viven con

el virus, el sector religioso y las personas en la investigación de la conducta y las ciencias sociales tienen la responsabilidad de hallar en conjunto una solución a lo que se considera como el mayor problema de salud en nuestro hemisferio.

La psicología, con la persona humana como el sujeto de estudio y con el compromiso de colaboración social, tiene las herramientas para contribuir de manera importante a la investigación, diseño, implantación y evaluación de estrategias de prevención para detener la epidemia. La epidemia del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) presenta interrogantes pertinentes a la psicología. La búsqueda de intervenciones que identifiquen respuestas ante esta epidemia se ha convertido en un imperativo para el campo de la salud pública y la salud mental (Winiarski, 1997). Dado que la psicología se ha destacado tradicionalmente por la investigación sobre el comportamiento humano, es necesaria su participación en la aplicación de los resultados de las investigaciones a la solución de los problemas que el VIH/SIDA le presenta a nuestras comunidades (Kalichman, 1998).

Como profesionales con adiestramiento en el estudio del comportamiento, los psicólogos y psicólogas tenemos una función importante en la identificación y diseño de estrategias de cambio de comportamiento y en la estructuración de respuestas a la epidemia. La epidemia del VIH/SIDA le presenta a la psicología una oportunidad para expandir la investigación sobre cambio comportamental, sobre las necesidades de las personas infectadas y afectadas; y sobre acercamientos culturalmente apropiados para llenar las necesidades de esas poblaciones.

De acuerdo a Kelly, Murphy, Sikkema y Kalichman (1993) la psicología como disciplina necesita una agenda de investigación en la que los/as profesionales del campo asuman una posición de liderazgo en el control de la epidemia mediante el aumento en las investigaciones conductuales, la identificación de intervenciones sobre modelos de cambio de comportamiento, y el esfuerzo para transferir los hallazgos de las investigaciones a intervenciones en la comunidad.

Nunca ha sido más acertada la aseveración de que los mayores éxitos en la prevención del VIH/SIDA ocurren mediante la colaboración entre las comunidades afectadas por el SIDA, los servicios de salud y profesionales de las ciencias del comportamiento (Kalichman, Somalf, & Sikkema, 2001).

Esta es la perspectiva que subyace a esta Edición Especial de la Revista Interamericana de Psicología. Como resultado de la 1ra Conferencia del Programa de Adiestramiento en Investigación en VIH/SIDA (PAIVS) de la

Universidad de Puerto Rico - titulada *VIH/SIDA: Retos para la Investigación y la Acción* - seleccioné varias presentaciones para incluirlas en esta edición. Agradezco la colaboración de los autores y autoras cuyos trabajos recogen investigaciones actualizadas sobre el significado de la epidemia del VIH/SIDA en nuestras comunidades.

Rolando Díaz-Loving nos resume el impacto de la epidemia en México señalando la necesidad de ir más allá de la información cuando nos interesa facilitar cambios comportamentales. Tomando como base la Teoría de Acción Razonada describe intervenciones dirigidas a predecir y a explicar más eficazmente la conducta de riesgo en la población mexicana. Concluye indicando que es crucial considerar la complejidad vinculada al logro de cambios en patrones comportamentales.

Díaz-Loving describe los hallazgos de varias de sus investigaciones aplicando diferentes modelos teóricos. Se destaca el hallazgo de que las personas que tienen la intención de llevar a cabo una conducta porque reconocen del valor de su norma subjetiva y actitudes conductuales, no necesariamente saben cómo usar el condón correctamente. Por otro lado, las personas que han aprendido a usar el condón no siempre están dispuestas o motivadas a realizar esta acción.

Creo que es importante además señalar, que Díaz-Loving coincide con otros autores y autoras cuyos trabajos aparecen en esta misma edición al hacer referencia a los diferentes patrones de influencia de los componentes psico-socio-culturales, tomando en consideración el género y el tipo de pareja sexual bajo estudio. Se hace patente la necesidad de tomar el contexto psico-social, los asuntos relacionados a la construcción social del género y si la pareja es permanente o ocasional, al estudiar conductas de riesgo al VIH.

En el próximo artículo, Kalichman enfoca la necesidad de desarrollar intervenciones que sean aplicables a la realidad de las comunidades. Indica que la mayoría de las intervenciones de prevención con duración de diez a doce sesiones de dos o tres horas, son de difícil implantación por las organizaciones que desarrollan trabajos de prevención regularmente en un ambiente de pocos recursos. La problemática de la duración que debe tener una intervención efectiva se ha discutido frecuentemente desde los inicios de la epidemia. Se enfrenta la necesidad de desarrollar una intervención que permita a las personas participantes la reflexión, ensayo y discusión de las estrategias que aprenden y el marco del poco tiempo y los escasos recursos humanos que tienen las instancias que elaboran e implementan estas intervenciones. Kalichman plantea la posibilidad de desarrollar intervenciones breves de igual

PSICOLOGÍA Y SIDA: INTRODUCCIÓN

efectividad que las de larga duración. Nos enfrenta a la posibilidad de la efectividad de una intervención de una sola sesión que puede tener un impacto importante en los esfuerzos de prevención.

Kalichman además, nos describe las investigaciones que se han realizado con intervenciones de corta duración y los marcos teóricos que respaldan la posibilidad de su efectividad. Concluye que es fundamental que desarrollemos intervenciones de prevención con una fuerte base teórica que puedan ser asimiladas en la rutina de servicios regulares que ofrece la comunidad. Para el autor, debe ser una prioridad la agenda de investigación que enfoque la identificación de la eficacia y efectividad de intervenciones breves para la salud pública.

Partiendo de la importancia del contexto en los procesos de prevención de la epidemia del VIH/SIDA, Ayala y Díaz nos presentan un trabajo cualitativo con el análisis de grupos focales de hombres latinoamericanos que tienen sexo con hombres y que viven en varias ciudades de los Estados Unidos. Los autores realizaron veintiocho grupos focales con 293 participantes en los cuales destacaron los asuntos relacionados al racismo, la pobreza y las conductas de riesgo para la infección por el VIH en la comunidad de hombres homo/bisexuales latinoamericanos.

Ayala y Díaz indican que los participantes describieron en detalle las experiencias de discriminación que han tenido en los Estados Unidos señalando cómo entienden que la raza y la clase social son estructuras organizadoras de la identidad y de la vida social y sexual de la comunidad homosexual estadounidense en la que se han insertado. Aquellos hombres gay latinos que informaron mayor número de experiencias de rechazo y racismo también informaron el mayor número de conductas de riesgo para el VIH. Varias investigaciones han planteado la posible relación entre el riesgo para la infección del VIH, los asuntos relacionados a la identidad sexual de los hombres latinos que tienen sexo con hombres y la relación de tiempo que llevan viviendo en los Estados Unidos (Chng & Géliga-Vargas, 2000; García, 1998). Los asuntos de la identidad étnica y sexual, la raza y la clase social con su impacto en los niveles de riesgo para las poblaciones más vulnerables en nuestros países debe permanecer en la agenda de investigación. La población de hombres que tienen sexo con hombres y de hombres homosexuales sigue siendo una población de alta prioridad para la prevención del SIDA (CDC, 2001).

Margarita Moscoso presenta un trabajo de investigación sobre el riesgo para la población adolescente. Este trabajo nos revela que un alto por ciento de

jóvenes adolescentes está activo sexualmente desde edades tempranas, y en él señala que los varones se inician sexualmente a menor edad que las mujeres. Estos datos combinados con el hecho de que la mayoría de la juventud activa sexualmente informa que también ha ingerido bebidas alcohólicas y una tercera parte ha usado drogas ilícitas en algún momento, nos sirven para inferir los altos niveles de riesgo para esta población. Sus hallazgos correlacionan con los de otros estudios realizados con adolescentes de grupos minoritarios en los Estados Unidos y con adolescentes gay (Newman & Zimmerman, 2000; Rosario, Meyer-Bahlburg, Hunter, & Gwadz, 1999).

Este trabajo nos lleva a confrontar el dato de que la juventud tiene información suficiente sobre la transmisión del VIH pero que la misma tiene poca relación con el comportamiento saludable. Cuando encontramos que las personas jóvenes con mayor cantidad de mitos y falta de información incurrir en conductas de alto riesgo, encontramos también poblaciones de jóvenes con problemas psicológicos (Paz-Bermúdez, Sánchez, & Buena-Casal, 2000).

Moscoso termina su trabajo presentando el reto que significa el nivel de riesgo de la población de adolescentes. Desde luego que la necesidad de desarrollar modelos de intervención que respondan a sus necesidades e intereses se hace imperante.

Miguelina León nos ofrece una visión panorámica del impacto de la epidemia del VIH en la población de mujeres. Nos indica que la epidemia subraya las desigualdades sociales y económicas que experimentan las poblaciones vulnerables por razón de sexo, raza, etnicidad, clase social, sexualidad y ubicación geográfica. León considera estos elementos como factores sinérgicos de la epidemia. Este trabajo describe de forma inigualable las vulnerabilidades de la mujer frente a la epidemia incluyendo datos de Sur América, el Caribe y de las comunidades latinas en los Estados Unidos.

La autora identifica el estigma y el prejuicio contra la mujer como algunos de los elementos principales en el trasfondo de la epidemia. Además, incluye una revisión de las políticas de salud relacionadas a la oposición de financiar los programas de intercambio de jeringuillas como método de prevención, y el desarrollo de métodos de prevención controlados por la mujer. También discute las dificultades con los modelos de notificación de pareja y la exclusión tradicional de la mujer en la investigación y los ensayos clínicos. Señala que el aumento dramático del VIH en la población de mujeres se debe en parte al fracaso del gobierno en desarrollar e implantar programas de prevención y de atención sensitivos a las diferencias de género.

Partiendo de la necesidad de intervenir en los procesos de política pública del

Estado y de subrayar la importancia de que la psicología puede contribuir al desarrollo e implantación de políticas de salud efectivas, Varas y Toro revisan la legislación relacionada al SIDA en Puerto Rico, República Dominicana, Ecuador y Honduras. Esta revisión de los esfuerzos legislativos que se han desarrollado en estos países en las últimas décadas nos da una idea de la dirección de las políticas gubernamentales sobre el SIDA en nuestros países. Es interesante observar que en todos los países existe legislación que intenta recoger el esfuerzo del Estado para enfrentar la epidemia.

Los autores concluyen que existe una amenaza a los derechos humanos en aquellos países donde el esfuerzo legislativo va dirigido a la criminalización de las personas con VIH y a la identificación, mediante pruebas obligatorias, de las personas que viven con el virus. Varas y Toro concluyen que los/as profesionales de la psicología tenemos la responsabilidad de integrarnos y colaborar en el desarrollo de políticas gubernamentales que estén cimentadas en marcos teóricos y en evidencia científica y no en los mitos y prejuicios de nuestras sociedades.

El contexto de la epidemia en poblaciones carcelarias nos lo presenta Jacobo Schifter con su trabajo sobre la salud integral en las cárceles. Tomando como punto de partida su amplia experiencia en trabajos de prevención con poblaciones marginales en Costa Rica y Centro América, Schifter describe su trabajo de intervención e investigación sobre modelos de promoción de la salud para poblaciones de privados de libertad. No deja un solo detalle sobre la vida carcelaria fuera de su trabajo: las adicciones, la violencia intra carcelaria, la sexualidad, y el VIH y otras ETS. Nos presenta un amplio diseño de intervención que incluye desde fases preventivas de la intervención en la marginalidad pre-carcelaria con diversas poblaciones vulnerables hasta la utilización del modelo "holístico" dentro de las instituciones penales.

El trabajo de Schifter describe las deficiencias del modelo de intervención exclusivamente biomédico comparándolo con un modelo de salud integrada que representa la inclusión de múltiples perspectivas. La variedad y versatilidad del modelo propuesto están respaldados por años de trabajo e investigación en el Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud (ILPES) en Costa Rica. Vale mencionar que Schifter puede considerarse como uno de los investigadores más prolíficos en América Latina.

Finalmente, el trabajo de Richard Parker nos ayuda a colocar en perspectiva las pasadas dos décadas de prevención del VIH a nivel global. Una versión de este trabajo fue presentado por Parker en la Conferencia Internacional del SIDA celebrada en Durban, Sur África en julio del año 2000. La comisión

organizadora de este evento le pidió que presentara una revisión de las estrategias de intervención para la prevención del SIDA en el mundo desde el inicio de la epidemia. Incluyo este trabajo en esta edición porque entiendo que el planteamiento de Parker sirve de contexto a los demás trabajos. Parker nos describe los diferentes paradigmas que han respaldado las intervenciones que se han desarrollado para prevenir la epidemia desde sus inicios hasta el momento actual. Me interesa destacar de su análisis que establece la necesidad de atender en las intervenciones actuales las preocupaciones sobre el análisis cultural de los símbolos y significados de la sexualidad y el uso de drogas en diferentes escenarios sociales.

El objetivo de colocar este trabajo como cierre de la edición sobre psicología y VIH/SIDA es subrayar las recomendaciones de Parker de prestar mayor atención a la construcción social de las identidades y de las comunidades que dan estructura a las prácticas sexuales y al uso de drogas inyectadas en la vida colectiva. Hacer esto nos permitirá identificar, desarrollar e implementar intervenciones apropiadas para enfrentar la epidemia del VIH en nuestro continente atacando las vulnerabilidades que se han descrito en esta edición en las poblaciones de adolescentes, mujeres y minorías sexuales.

Creo que el reto es claro, debemos revisar nuestros paradigmas y desarrollar intervenciones multidisciplinarias y multidireccionales tomando en consideración el impacto del contexto cultural, social y económico en nuestros países (Tapp & Warner, 1995). Es necesario integrar los modelos de intervención individuales que priorizan sobre la estima, las destrezas y la autoeficacia, con los modelos de análisis cultural que identifican las identidades culturales y la influencia de la raza y clase social en nuestra vulnerabilidad ante esta epidemia.

La psicología, sin lugar a dudas debe tener una respuesta afirmativa: desde la investigación, el desarrollo de intervenciones, la colaboración con la comunidad y la inserción en los procesos de política pública hasta la defensa de los derechos humanos de las personas infectadas y afectadas.

Esta edición de la Revista Interamericana de Psicología es un paso en esa dirección. ¡Espero la disfruten!

Referencias

Card, J.J., Benner, T., Shields, J.P., & Feistein, N. (2001). The HIV/AIDS prevention program archive (HAPPA): A collection of promising prevention programs in a box. *AIDS Education and Prevention*, 13(1), 1-28.

CDC. (2001). *Consultation on recent trends in STD and HIV morbidity and risk*

behaviors among MSM. Consultation Meeting October 30-31, 2000. Atlanta, GA: Autor.

CDC. (1999). *Surveillance report*. Atlanta,GA: Autor.

Chng, C.L., & Géliga-Vargas, J. (2000). Ethnic identity, gay identity, sexual sensation seeking and HIV risk taking among multiethnic men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention*, 12(4), 326-339.

Departamento de Salud. (2001). *Informe de vigilancia de SIDA*. San Juan, Puerto Rico: Autor.

García, B. (1998). The development of a Latino gay identity. En A. Sedillo-López, (Ed.), *Latino communities emerging voices: Political, social, cultural, and legal issues*. (3-111) New York, NY: Garland Publishers, Inc.

Izazola, J.A., Astarloa, L., Beloqui, J. Brofman, M., Chequer, P., & Zacarías, F. (1999). Avances en la comprensión del VIH/SIDA: Una visión multidisciplinaria. En J. A. Izazola (Ed.), *El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria* (21-46) México, DF, México: Fundación Mexicana para la Salud.

Kalichman, S.C. (1998). *Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishing.

Kalichman, S.C., Somalí, A., & Sikkema, K. (2001). Community involvement in HIV/AIDS prevention. En E. Schneiderman, M. A. Speers, J. Silva, H. Tomes, & J. H. Gentry (Eds.) *Integrating behavioral and social sciences with public health*. (159-176) Washington, DC: American Psychological Association.

Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkema, K.J., & Kalichman, S.C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist*, 42 (10), 1023-1034.

Malow, R.M., Cassagnol, T., McMahon, R., Jennings, T.E., & Roatta, V.G. (2000). Relationship on psychosocial factors to HIV risk among Haitian women. *AIDS Education and Prevention*, 12 (1), 79-92.

Newman, P.A., & Zimmerman, M.A. (2000). Gender differences in HIV-related sexual risk behavior among urban African-American youth: A multivariate approach. *AIDS Education and Prevention*, 12 (4), 308-325.

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe global de la epidemia del VIH/SIDA*. [En Red]

Paz Bermúdez, M., Sánchez, A.I., & Buela-Casal, G. (2000). Factores psicológicos asociados con la infección del VIH. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 83-92.

Rosario, M., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Hunter, J. & Gwadz, M. (1999). Sexual risk behaviors of gay, lesbian, and bisexual youths in New York City: Prevalence and correlates.

AIDS Education and Prevention, 11(6), 476-496.

Tapp, J.T. & Warner, R. (1995) The multisystems view of health and disease. En N. Schneiderman & J.T. Tapp. (Eds.), *Behavioral medicine: The biopsychosocial approach* (1-23), Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Winiarski, M. (Ed.) (1997). *HIV mental health for the 21st century*. New York, NY: New York University Press.

*HIV/AIDS: Challenges for Research and Action*¹

Introduction

José Toro-Alfonso¹
Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Abstract

In this article I provide an integrated overview of the Special Issue of the Interamerican Journal of Psychology titled HIV/AIDS: Challenges for Research and Action. In this issue authors focus on psychology's role in research, intervention development, community collaboration, public policy and the defense of human rights to fight against the HIV/AIDS epidemic.

Key words: HIV/AIDS; Psychology; Research; Action; Americas

The dramatic increase in the number of cases of people infected with the human immune deficiency virus (HIV) and consequently, in the number of cases of people with AIDS, has had a brutal effect on the Caribbean and the Americas. The United Nation's Department of AIDS (WHO, 2000) reports the disproportionate impact of the epidemic at a global level, with an emphasis on the developing countries. Despite all the developments and advances in terms of treatment used to improve the quality of life of those living with AIDS, and despite two decades of experience in prevention efforts, new cases of infection are reported everyday among the most vulnerable populations: young people, women, homosexual men, sex workers, injection drug users, and their sexual partners.

HIV has created an epidemic that causes sickness and death throughout the world. The World Health Organization (WHO) estimates the number of people infected with HIV in the world to be approximately 30.6 million. Around 5.8 million people become infected every year and about 2.3 million die of HIV

¹ The author expresses his appreciation to Ms. Verónica Toro-Ruiz for her translation of the Spanish version of this article.

² Requests for information should be addressed to the author at the University Center for Psychological Services & Research, 55 University Avenue, Fourth Floor, San Juan, Puerto Rico 00931; e-mail jtoro@rrpac.upr.clu.edu.

related conditions. In the United States alone 40,000 new HIV cases are reported each year (CDC, 1999). In Puerto Rico the number of new cases is not exact, since there is no official method for reporting HIV cases.

By the end of 1998 the United States estimated the number of people living with HIV from 650,000 to 900,000 and estimated those living with AIDS at 259,000. In Puerto Rico there are 15,000 to 45,000 people living with the virus in addition to 25,000 reported cases of AIDS since 1981 (Department of Health of Puerto Rico, 2001). There are similar numbers in the Caribbean, Central and South American countries such as Haiti and Honduras where the epidemic has been fulminant, or Costa Rica, Nicaragua, Guatemala and Colombia which have fewer cases but are equally devastated (WHO, 2000).

Around 1993, the epidemic changed its emphasis and has remained constant in this new direction during the last decade. The extreme poverty of those impacted by the epidemic, their youth, the over representation of women, and the increase in numbers of infected heterosexuals are now the typical characteristics of reported cases in most countries. This epidemic is no longer a phenomenon of a particular group, it is now a global health problem hitting on vulnerable social groups. If we take into account the level of seroprevalence in Latin American countries such as Honduras, Haiti, Dominican Republic, Brazil and Puerto Rico (Malow, Cassagnol, McMahon, Jennings, & Roatta, 2000), we find that all of them have different epidemiological trends impacting on different social groups, but they all share social vulnerability as a common characteristic (Izazola, Astarloa, Beloqui, Brofman, Chequer, & Zacarías, 1999).

The Center for Disease Control and Prevention of the United States (CDC) has acknowledged this change in the profile of people living with HIV/AIDS and of people being infected with the virus. They have reported that the average person living with AIDS today is a young woman from a minority group (Card, Benner, Shields, Feistein, 2001). On the other hand, most of the countries of Latin America, homosexual men and men who have sex with men are still over represented in the number of infected cases.

It is inevitable that we approach the AIDS epidemic with a global and interdisciplinary perspective. Governmental and non-governmental agencies, health professionals, people living with the virus, religious groups, and behavioral and social science researchers are responsible for identifying solutions to what it is believed to be the greatest health problem of the hemisphere.

Psychology, whose object of study are human beings has the social responsibility to contribute to detaining the epidemic by researching, designing, implementing and evaluating prevention strategies. The HIV/AIDS epidemic,

and other sexually transmitted diseases (STD's), raise questions relevant to psychology. The quest for interventions that curtail the spread and impact of the epidemic has become an imperative task for public health and mental health fields (Winiarski, 1997). Since psychology has made distinguished contributions to the study of human behavior, it needs to participate in implementing solutions to the problems that HIV/AIDS presents to our communities. (Kalichman, 1998).

As professionals trained in behavioral studies, psychologists have a very important role in identifying and designing behavior change strategies and organizing the response to the epidemic. The HIV/AIDS epidemic has presented psychology with the opportunity to expand research about behavioral change, about the needs of people infected with and affected by VIH/AIDS, and regarding the culturally sensitive approaches to satisfy those needs.

According to Kelly, Murphy, Sikkema and Kalichman (1993) psychology, as a discipline, needs a research agenda in which professionals assume leadership to control the epidemic by increasing behavioral change research, by linking interventions to models of behavioral change, and by making an effort to transform the results into community interventions. It has never been clearer that the greatest successes in HIV/AIDS prevention come from collaboration efforts between the communities affected by AIDS, health service providers, and professionals in the behavioral sciences (Kalichman, Somalí, & Sikkema, 2001).

This perspective underlies this Special Issue of the *Interamerican Journal of Psychology* which includes some of the presentations from the 1st Latino/a HIV/AIDS Research Training Program Conference (LARTP), at the University of Puerto, titled **HIV/AIDS: Challenges for Research and Action**. Before continuing, I would like to thank all the authors that contributed to this volume with their recent research on the meaning of the HIV/AIDS epidemic in our communities.

Rolando Díaz-Loving summarizes the impact of the epidemic in México stressing the need to go beyond providing information if we want to facilitate behavioral changes. Framing his work within the Theory of Reasoned Action, he describes interventions that aimed to predict and explain more efficiently the high risk behavior of the Mexican population. He concludes that it is crucial to consider the complexity linked to achieving changes in behavioral patterns.

Díaz-Loving describes the findings in his various studies by applying different theoretical frameworks. He emphasizes results that show that people with the intention of carrying out a behavior, because they recognize its value with-

in their subjective norm and behavioral attitudes, may not necessarily know how to use a condom correctly. On the other hand, people who have learned to use a condom correctly may not always be willing or able to use it.

I must point out that Díaz-Loving agrees with other authors, included in this issue, when he refers to the different ways in which the influence of the psycho-social-cultural components vary when one considers gender and the type of sexual partner under study. It is evident that we must consider the psychosocial context, the social construction of gender, and whether or not the person is in a permanent or casual relationship with his/her sexual partner, when we study HIV related risk behavior.

In the next article, Kalichman focuses on the need to develop interventions that are applicable in the community. He states that most preventive interventions that last ten to twelve sessions (with a duration of two to three hours each) are difficult to implement by organizations that usually develop prevention efforts within a scarce resource environment. How long an effective intervention should be, has been frequently discussed since the beginning of the epidemic. We are faced with the necessity to develop interventions that allow participants to think, rehearse and discuss the strategies they have learned in the context of the scarce human resources and brief time periods available to these organizations. Kalichman suggests the possibility of developing short term interventions as effective as long term ones. He presents a one-session intervention that if effective could have an important impact on prevention efforts.

In addition, Kalichman describes the research carried out with short term interventions, and the theoretical framework that supports their effectiveness. He concludes that it is vital that we develop preventive interventions with a strong theoretical background, that can be assimilated out of habit from the regular services offered by the community. Kalichman believes that a research agenda focusing on the efficacy and effectiveness of short term interventions, must be a priority for public health.

Taking the importance of context for the HIV/AIDS prevention process into consideration, Ayala and Díaz present a qualitative study analyzing data from focus groups of Latin American men who have sex with men and who live in several U.S. cities. The authors implemented 28 focus groups, a total of 293 participants, in which men discussed racism and poverty as related to HIV high risk behaviors.

Ayala and Díaz indicate that participants generated a detailed description of their discrimination experiences in the United States, recognizing race and economic class as structures that organize the identity and the social and sexual life

of the American homosexual community in which they are inserted. Participating Latino gay men that reported a greater degree of rejection and racial discrimination, also reported the greater number of HIV high risk behaviors. Several studies have shown the possible relation among HIV risk of infection, the sexual identity of Latino men that have sex with men, and how long they have been living in the United States (Chng & Gélíga-Vargas, 2000; García, 1998). Ethnic and sexual identity, race, and economic class, as well as their impact on risk levels for most vulnerable populations in our countries, must remain on the research agenda. The population of men that have sex with men, and homosexual men still have a high priority in terms of AIDS prevention (CDC, 2001).

Margarita Moscoso presents research on the risky behaviors of Puerto Rican adolescents. She reveals that a high percentage of adolescents are sexually active since an early age, and points out that men are sexually initiated at a younger age than women. The high risk of infection of this population is supported by these facts and by other as well. For example Moscoso informs that the majority of the sexually active youth has informed the use of alcohol, and that a third of them reported the use of illegal drugs at some point. Her findings are consistent with those of other research efforts on minority group adolescents and on gay youth in the United States (Newman & Zimmerman, 2000; Rosario, Meyer-Bahlburg, Hunter, & Gwadz, 1999).

This study confronts us with the fact that although young people have enough information about HIV transmission, it is not necessarily related to healthy behavior. When we find adolescents that believe many myths and lack information practicing high risk behaviors, we also find youth with psychological problems (Paz-Bermúdez, Sánchez, & Buela-Casal, 2000).

Moscoso closes by presenting the challenge that adolescent risk represents. Therefore, she stresses the importance of developing intervention models that respond to this group's needs and interests.

Miguelina León gives us a panoramic view of the impact of the HIV epidemic among women. She states that the epidemic emphasizes the social and economical inequalities in vulnerable populations by gender, race, ethnicity, economic class, sexuality, and geographical location. León believes that these elements are the synergetic factors of the epidemic. She describes women's vulnerabilities facing the epidemic as no other research does, including data from South America, the Caribbean, and Latino/a communities in the United States.

The author identifies stigma and the prejudice against women as some of the

main elements in the epidemic's background. She also includes a review of health policies against financing needle exchange programs and the development of female controlled prevention methods. She discusses the difficulties with partner notification models and the traditional exclusion of women from research and clinical trials. She establishes that the dramatic increase of HIV cases in women is partly due to the government's failure to develop and implement prevention and services programs that are sensitive to gender differences.

Acknowledging the need to participate in the development of public policies, and stressing the relevance of psychology to developing and implementing effective health policies, Varas and Toro reviewed AIDS related legislation in Puerto Rico, Dominican Republic, Ecuador, and Honduras. This review of legislative efforts in the last decade, gives us an idea of the direction that AIDS governmental policies have taken in these countries. It is interesting to note that in all of these countries current legislation tries to curtail the epidemic through joint governmental efforts.

The authors conclude that there is a threat to human rights in those countries where the legislation is aimed at criminalizing people with HIV, and at developing legislation that imposes mandatory testing to identify those living with the virus. Varas and Toro also conclude that psychologists must collaborate with the development of governmental policies based on theoretical frameworks and scientific evidence rather than on society's myths and prejudices.

With his research on comprehensive health in penal institutions, Jacobo Schifter presents the context of the epidemic in incarcerated populations. Using his vast experience in prevention projects with marginalized populations in Costa Rica and Central America as a reference, Schifter describes his prevention work and his research on health promotion models for the incarcerated population. In his paper, he does not leave out a single detail about life in prison: addictions, violence, sexuality, HIV and other STDs. He suggests a broad intervention design that ranges from different preventive intervention phases for diverse marginalized vulnerable populations at risk of imprisonment to the use of the "holistic" model within penitentiary institutions.

In his study, Schifter describes the deficiencies of the exclusively biomedical intervention model and compares it to a comprehensive health model that includes multiple perspectives. The variety and versatility of the proposed model is supported by years of work and research in the Latin American Prevention and Health Education Institute (ILPES) in Costa Rica. It is worth mentioning that Schifter is one of the most prolific researchers in Latin America.

Last but not least, Richard Parker's paper helps us to put into perspective the last two decades of global HIV prevention efforts. Parker presented a version of this manuscript at the International AIDS Conference in Durban, South Africa, in July 2000. The conference organizing committee asked him to review the global intervention strategies for AIDS prevention since the beginning of the epidemic. I included this paper because I believe that Parker's portrayal of the epidemic provides a contextual backdrop for the rest of the writings in this issue. Parker describes the different paradigms that have been supporting the development of HIV/AIDS preventive interventions from its beginnings to the present. I am interested in focusing on his reasoning, which establishes the need to pay attention, in present interventions, to the cultural analysis of symbols, and the meaning of sexuality and drug use in different social scenarios.

The reason to locate this piece as the closing article of the issue on psychology and HIV/AIDS is to stress Parker's suggestion that we pay more attention to the social construction of identities, and to communities which structure sexual practices and injection drug use in our collective life. Doing so will allow us to identify, develop and implement appropriate interventions to fight the HIV epidemic in our continent, targeting vulnerabilities in populations of adolescents, women, and sexual minorities, as they have been described throughout this issue.

The challenge is clear, we should revise our paradigms and develop multidisciplinary and multidirectional interventions, taking into consideration the impact of the cultural, social, and economic context of our countries (Tapp & Warner, 1995). We must integrate individual intervention models, which prioritize self-esteem, skills, and self efficacy, with cultural analysis models, which define cultural identities, and the influence of race and economic class on our vulnerability to face the epidemic.

There is no doubt, that psychology must generate an affirmative response, including research, intervention development, community collaboration, formulation of public policies, and defense of human rights of people infected with, and affected by HIV. This issue of the *Interamerican Journal of Psychology* is a step in that direction. Enjoy!

References

- Card, J.J., Benner, T., Shields, J.P., & Feistein, N. (2001). The HIV/AIDS prevention program archive (HAPPA): A collection of promising prevention programs in a box. *AIDS Education and Prevention*, 13(1), 1-28.

- CDC. (2001). *Consultation on recent trends in STD and HIV morbidity and risk behaviors among MSM*. Consultation Meeting October 30-31, 2000. Atlanta, GA: Author.
- CDC. (1999). *Surveillance report*. Atlanta, GA: Author.
- Chng, C.L., & Géluga-Vargas, J. (2000). Ethnic identity, gay identity, sexual sensation seeking and HIV risk taking among multiethnic men who have sex with men. *AIDS Education and Prevention, 12*(4), 326-339.
- Departamento de Salud. (2001). *Informe de vigilancia de SIDA*. San Juan, Puerto Rico: Autor.
- García, B. (1998) The development of a Latino gay identity. In A. Sedillo-López, (Ed.), *Latino communities emerging voices: Political, social, cultural, and legal issues*. (3-11) New York, NY: Garland Publishers, Inc.
- Izazola, J.A., Astarloa, L., Beloqui, J. Brofman, M., Chequer, P., & Zacarías, F. (1999). Avances en la comprensión del VIH/SIDA: Una visión multidisciplinaria. In J. A. Izazola (Ed.), *El SIDA en América Latina y el Caribe: Una visión multidisciplinaria* (21-46) México, DF, México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Kalichman, S.C. (1998). *Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishing.
- Kalichman, S.C., Somalí, A., & Sikkema, K. (2001). Community involvement in HIV/AIDS prevention. In E. Schneiderman, M. A. Speers, J. Silva, H. Tomes, & J. H. Gentry (Eds.) *Integrating behavioral and social sciences with public health*. (159-176) Washington, DC: American Psychological Association.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkema, K.J., & Kalichman, S.C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed: New priorities for behavioral research in the second decade of AIDS. *American Psychologist, 42* (10), 1023-1034.
- Malow, R.M., Cassagnol, T., McMahon, R., Jennings, T.E., & Roatta, V.G. (2000). Relationship on psychosocial factors to HIV risk among Haitian women. *AIDS Education and Prevention, 12* (1), 79-92.
- Newman, P.A. & Zimmerman, M.A. (2000). Gender differences in HIV-related sexual risk behavior among urban African-American youth: A multivariate approach. *AIDS Education and Prevention, 12* (4), 308-325.
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Informe global de la epidemia del VIH/SIDA*. [En Red] <http://www.onusida.org>.
- Paz Bermúdez, M., Sánchez, A.I., & Bucla-Casal, G. (2000). Factores psicológicos asociados con la infección del VIH. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana, 18*, 83-92.
- Rosario, M., Meyer-Bahlburg, H.F.L., Hunter, J. & Gwadz, M. (1999). Sexual risk behaviors of gay, lesbian, and bisexual youths in New York City: Prevalence and correlates.

PSYCHOLOGY AND AIDS - INTRODUCTION

AIDS Education and Prevention, 11(6), 476-496.

Tapp, J.T. & Warner, R. (1995) The multisystems view of health and disease. In N. Schneiderman & J.T. Tapp. (Eds.), *Behavioral medicine: The biopsychosocial approach* (1-23), Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Winiarski, M. (Ed.) (1997). *HIV mental health for the 21st century*. New York, NY: New York University Press.

Una Visión Integral de la Lucha contra el VIH-SIDA

Rolando Díaz-Loving¹

Universidad Nacional Autónoma de México, México

Compendio

La detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades virales ha avanzado años luz en las áreas en las que se puede aplicar la microbiología, la inmunología y las terapias con antibióticos. Sin embargo, con el ascenso del SIDA, ha sido necesario un ataque multidisciplinario que integra conocimientos provenientes de la biología, de la psicología y de otras ciencias sociales y naturales, a fin de establecer los antecedentes, causas y motivos que determinan tanto las conductas de riesgo como el deseo de adoptar conductas preventivas. A su vez, el ideal es que esta información sea la base para la creación de programas dirigidos a disminuir el riesgo de contagio de VIH así como al incremento de patrones conductuales preventivos. En el presente trabajo presento datos psico-sociales provenientes de México encaminados a entender cabalmente el fenómeno y producir programas más efectivos en la lucha contra la pandemia derivada del VIH-SIDA.

Abstract

The detection, diagnosis and treatment of illness has been highly successful in areas where microbiology, immunology and antibiotic therapy can be used. However, with the appearance of AIDS, a multidisciplinary approach was necessary to integrate biological, psychological and social aspects that establish the antecedents, causes and motives of both risk behaviors, and of the populations' willingness to adopt preventive behaviors. The ideal goal is to integrate this approach into the development of programs directed at diminishing HIV risky behaviors as well as increasing the probability of preventive behavior patterns. This article presents psychosocial data from México which allows for a more thorough understanding of the phenomenon and for the creation of more effective programs to attack the HIV-AIDS pandemic.

Palabras clave: VIH-SIDA; Prevención; Datos psico-sociales

Key words: HIV-AIDS; Prevention, Psychosocial data

¹ Toda correspondencia puede enviarse al autor a la Unidad de Investigaciones Psicosociales, Universidad Autónoma de México, México, DF, o a su correo electrónico diazloving@servidor.unam.mx

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es considerado una pandemia, debido a su impacto personal y social, así como, por las repercusiones que tiene en la salud pública y en la economía mundial. Ya que las formas esenciales de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), y algunas de las manifestaciones clínicas más incapacitantes del SIDA, son de origen conductual, es inminente desarrollar investigación psico-socio-cultural, que especifique los factores que influyen la presencia y ausencia de las conductas sexuales relacionadas con el contagio del VIH y con el enfrentamiento ante la sintomatología del SIDA.

A lo largo de la evolución, la especie humana ha enfrentado plagas endémicas diversas, así como catástrofes ambientales y sociales. Entre ellas se destacan la fiebre bubónica, la tuberculosis, la sífilis, la lepra, las guerras, la hambruna, y el SIDA. Cada calamidad ha contenido un componente biológico que simboliza muerte y un componente psico-social que construye y da significado a estos eventos de la vida.

En el caso particular del SIDA, su caracterización biológica irrumpió violentamente al inicio de la década de los ochenta en diferentes espacios vinculados a la salud. Impregnada por el ambiente biológico de estos centros, la primera aproximación al fenómeno apareció inmersa en el estudio de su etiología. La construcción del SIDA en este ámbito se abocó a encontrar las causas de los síntomas, identificándose el VIH. Acto seguido, se indagaron las formas de transmisión, encontrándose en primera instancia a la sangre, surgiendo posteriormente otros entes que calaron hasta el fondo de la estructura ético moral del ser humano: el sexo y las drogas.

Planteada la problemática, su solución creció inmersa en el campo que la vio nacer. La visión médica procuró en primera instancia una cura. Dos décadas después, se ha optado por apaciguar la velocidad del deterioro del sistema inmunológico para alargar y mejorar las vidas de aquellas personas invadidas por el virus. Una segunda senda, lejos de cristalizarse y enmarcarse en la prevención, busca la creación de una vacuna que proteja al cuerpo del flagelo que significa el contacto con el VIH.

Siendo impostergable la prevención de un mal hasta ahora incurable, el énfasis en el área médica se volcó a la búsqueda de formas de impedir el contagio de VIH. Considerando que la epidemiología ofrece la visión más socio-conductual dentro del campo médico, expertos y expertas de esta área se dedicaron a delimitar los patrones conductuales de contagio en diversas poblaciones. De estas investigaciones se sabe que el SIDA en México es predominantemente un fenómeno vinculado con conducta sexual en poblaciones jóvenes y que existía

en la década de los ochenta aunque poco se conocía de él. Partiendo de esta información, fue posible crear programas de intervención diferenciados por práctica sexual dirigidos a la prevención de contagio.

En diversas investigaciones sobre el conocimiento acerca de las formas de transmisión del VIH y la prevención del SIDA a finales de la década de los ochentas (Izazola-Licia, Valdespino-Gómez, Juárez, Mondragón, & Sepúlveda-Amor, 1989; Sepúlveda-Amor, Valdespino-Gómez, García-García, Izazola-Licia, & Rico-Galindo, 1988), se ha mostrado que la población en México ~~contaba con información errónea o insuficiente sobre el fenómeno y sus implicaciones.~~ Partiendo de dichas investigaciones, diversas autoridades sanitarias propusieron como una de las primeras opciones de intervención preventiva, la creación de programas educativos que instruyeran a la población en general sobre lo que es el SIDA, así como sobre las conductas de riesgo y las formas de prevención relacionadas a la transmisión del VIH.

El impacto de las campañas de información realizadas por el Sector Salud y otras organizaciones civiles, se evidencia en los datos de varias investigaciones (Alfaro Martínez, Rivera Aragón, & Díaz-Loving, 1991; Villagrán Vázquez, & Díaz-Loving, 1991), en las cuales se ha señalado un incremento significativo en los conocimientos sobre SIDA en estudiantes de bachillerato y en estudiantes universitarios. En general, se han mostrado niveles de conocimiento de alrededor de 80 a 90% en cuanto a la etiología (características del virus y formas de transmisión) y la epidemiología (ej. patrones de difusión, conductas más riesgosas) del SIDA. Sin embargo, el incremento en conocimiento, no ha ido acompañado por un aumento en conductas preventivas, lo cual es evidente en el deficiente uso del condón en varias poblaciones como podemos ver en las Tablas 1, 2 y 3 (Díaz-Loving, et al., 1990). Estos datos concuerdan con los de otros autores (Bayés, 1989) que indican que los conocimientos son necesarios para un mejor entendimiento del fenómeno, pero no suficientes para cambiar una conducta personal o de riesgo.

Desgraciadamente, como se evidencia del patrón de comportamientos reportado en las Tablas 1, 2 y 3, la pieza final del rompecabezas, el fomento de las conductas de prevención desde la perspectiva bio-médica, resultó difusa y superficial. La premisa que mejor describe esta visión se establece en la afirmación de que el conocimiento sobre el VIH-SIDA y sus formas de transmisión serían suficientes para producir las conductas de prevención necesarias para cortar el sistemático crecimiento de la pandemia. Aunque el conocimiento resulta ser necesario, es decir importante para el entendimiento del fenómeno y sus orígenes, y en la década de los noventa se mostró un claro

Tabla 1

Frecuencia del Uso del Condón con Pareja Regular y Ocasional en Trabajadores/as del Estado

Frecuencia	Pareja Regular	Pareja Ocasional
	%	%
Nunca	46.3	10.6
Casi nunca	14.2	18.5
A veces	19.2	23.7
La mayorías de las veces	11.9	10.5
Siempre	8.4	36.7

Tabla 2

Frecuencia del Uso del Condón con Pareja Regular y Ocasional en Estudiantes de Preparatoria

Frecuencia	Pareja Regular	Pareja Ocasional
	%	%
Nunca	21.7	41.5
A veces	59.2	33.0
Siempre	20.3	25.5

Tabla 3

Frecuencia de Uso del Condón con Pareja Regular y Ocasional en Estudiantes Universitarios/as

Frecuencia	Pareja Regular	Pareja Ocasional
	%	%
Nunca	39.9	41.4
A veces	43.2	25.3
Siempre	14.9	33.7

impacto de las campañas de información sobre los conocimientos, los mitos y la percepción de la población sobre el constructo VIH-SIDA, también resultó claro que los conocimientos no son suficientes para producir las conductas de prevención o para cambiar las conductas de riesgo.

La insuficiencia del conocimiento como agente de cambio conductual abrió el camino a la incorporación por expertos/as de variables y conceptos de las ciencias sociales y de la conducta a la lucha contra el SIDA. Se añadieron así, conceptos como las actitudes, las creencias, las normas sociales, las percepciones de riesgo, los valores humanos y la personalidad, con el fin de estudiar su vínculo directo con las prácticas de riesgo de diferentes grupos de individuos.

INTEGRACION DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA

En lo referente al impacto de la percepción de riesgo de contagio, Díaz-Loving y Rivera Aragón (1992) mostraron que no existía una relación significativa entre auto percepción de riesgo, conductas sexuales de riesgo (ej. Debut sexual, número de parejas, uso del condón) y conocimientos (Ver Tablas 4, 5 y 6), aunque es interesante notar, que sí existía una relación entre conocimientos sobre SIDA y la percepción del riesgo que las personas entrevistadas tenían de que otras personas con patrones particulares de conducta, se contagiaron.

Tabla 4

Percepción de Riesgo por Debut Sexual y Sexo¹

Actividad Sexual	Hombres	Mujeres
Si	X=1.39 ¹	X=1.30
No	X=1.25	X=1.35

¹El rango de riesgo va de 1(nada) a 3 (mucho)

Tabla 5

Percepción de Riesgo¹ por Número de Parejas Sexuales y Sexo

Número	Hombres	Mujeres
1	1.14	1.24
2-4	1.31	1.39
5 o más	1.54	1.36

¹El rango de riesgo va de 1(nada) a 3 (mucho)

Tabla 6

Percepción de Riesgo¹ por Uso del Condón y Sexo

Actividad Sexual	Hombres	Mujeres
Nunca	1.38	1.06
A veces	1.33	1.33
Siempre	1.39	1.22

¹El rango de riesgo va de 1(nada) a 3 (mucho)

Díaz-Loving (1994) evaluó el impacto de atributos personales estables, como la personalidad y los valores, sobre los patrones conductuales de riesgo y prevención. Reportó que las personas que presentaban un mayor control interno en el área de salud física, mostraban conductas preventivas con mayor frecuencia que aquellas que consideraban que su salud dependía de la suerte. Por otra parte, las personas que se inclinaban hacia valores hedonistas, aunque percibían un mayor riesgo de contagio de VIH, persistían en conductas de alto

riesgo de contagio como son: tener un mayor número de parejas sexuales y no utilizar preservativos, y al mismo tiempo indicaban un menor miedo al contagio (Veáse Tabla 7). Esta relación resultaba conceptualmente lógica y representaba un claro avance sobre los estudios de conocimientos. Sin embargo, los niveles de la relación continuaban siendo bajos, es decir, los datos ayudaban a entender el fenómeno pero aun estaban lejos de impactar sustancialmente sobre la predicción de las conductas deseadas.

Tabla 7

Correlaciones de Personalidad y Valores con Conductas Sexuales Relacionadas al SIDA

Personalidad y valores	Número de Parejas Sexuales	Uso de Condón con la Pareja Regular	Uso de Condón con la Pareja Ocasional	Percepción de Riesgo	Miedo de Contagio	Alcohol y Sexo
Control						
Salud	.13*	.19**			-.14*	.22**
Suerte						
Control Interno de la Salud	-.17**		.14*			
Abnegación		.23**		-.18**		
Autoestima			.39**			
Asertividad		.28**			-.12*	
Sabiduría						.15*
Hedonismo	.14*	-.21**				
Moderación				-.14*		-.21**
Riesgo						
Aventura	.15*			.14*	-.19**	.16**

* p=.05 ** p=.001

Entre los constructos psico-sociales tradicionalmente más explorados con relación a la determinación de patrones de conducta y más utilizados en el diseño de programas de cambio y mantenimiento de comportamiento, están los referentes al área de las actitudes e influencia social. Debido a la gran cantidad de intervenciones que se basan en los conceptos de comunicación persuasiva y actitudes, es fundamental indicar, que las actitudes que las personas tienen hacia el concepto global de SIDA, no tienen ningún efecto sobre el incremento de sus conductas preventivas (Flores Galaz & Díaz-Loving, 1992). Para poder tener el efecto deseado sobre la conducta, se requieren modelos más sofisticados que incorporen la actitud hacia la conducta específica de usar el condón así como las presiones hacia el conformismo y la identificación con personas que recomiendan su uso.

A fin de predecir más eficazmente y al mismo tiempo poder explicar la conducta de uso de condón (conducta preventiva de transmisión de VIH) en la población mexicana, en el presente trabajo, se estableció la Teoría de Acción Razonada como el modelo explicativo que guiaría los conceptos a medir y especificaría las hipótesis de interrelación entre la conducta deseada y sus antecedentes psico-sociales.

Una serie de modelos sobre las actitudes han tenido un consistente éxito en la predicción de varios tipos de intenciones y conductas: sobretudo en el área de conducta sexual y anticonceptiva (Davidson & Jaccard, 1979; Fisher, 1984; Fishbein, Chan, Wood, Becker, & Cohn, 1993). Entre los modelos más prominentes, se encuentra la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975), en la se cual especifica que la intención de ejecutar una conducta es una función de la actitud hacia la conducta y un factor social denominado "norma subjetiva" (la cual se refiere a la percepción de presión social a favor o en contra de una conducta particular). A su vez, las actitudes hacia una conducta se estiman al multiplicar la fuerza de cada creencia (probabilidad subjetiva de que la conducta produzca el evento esperado) por la evaluación del evento esperado, sumando en cada ocasión los productos resultantes a través de las creencias conductuales relevantes. Por su parte, la norma subjetiva se obtiene al multiplicar la fuerza de cada creencia normativa (la aprobación o desaprobación percibida de la posición de individuos o grupos de referencia importantes para la conducta en cuestión), por la motivación que la persona tiene de complacer a dicho referente, y sumando dichos valores a través de todos los referentes relevantes.

Con la finalidad de poder sumar los reactivos y formar escalas que representasen dimensiones y componentes generales del modelo, se realizó una serie de análisis psicométricos descritos en Rivera Aragón y Díaz-Loving (1994). Posteriormente, para evaluar la congruencia estructural del modelo propuesto por la Teoría de Acción Razonada, se realizó una serie de análisis de trayectoria con regresión múltiple por pasos y por separado para cada género y para cada tipo de pareja sexual. Lo interesante en estos casos, fue extraer el patrón de efectos e interrelaciones de las normas y las actitudes para cada conducta o grupo en particular.

En el estudio descrito, para los hombres que tienen relaciones sexuales con una pareja regular, el predictor más importante de la intención de usar preservativos, fue el tener una actitud positiva en cuanto a la racionalidad e inteligencia que implican el usar un condón; seguido en poder predictivo, por lo que otras personas importantes para él piensan acerca de lo adecuado que es

usar condón con una pareja regular. La actitud referente al hedonismo o placer de usar un condón también es significativa para este grupo, pero con un peso menor. Cuando se trata de parejas ocasionales, el patrón de los hombres cambia radicalmente; se convierte en central la actitud positiva hacia la utilidad y protección provista por el uso del condón seguida por el aspecto de placer y, en forma tangencial aunque significativa, la norma subjetiva (NS) representando lo que otras personas importantes piensan.

En lo referente al uso del condón con pareja regular, las mujeres le dan mayor importancia a las recomendaciones y evaluaciones sociales de su grupo de referencia, como es evidente por el peso otorgado a la norma subjetiva y a la actitud positiva sobre lo inteligente y racional que sería usar el condón. La actitud hacia las características placenteras del uso del condón con la pareja regular no aparecen hasta el tercer lugar. El patrón para las mujeres con parejas ocasionales, muestra una amplia preponderancia de las actitudes hacia la utilidad del condón como protector en la determinación de la intención de usarlo; comparativamente, las otras actitudes y la norma subjetiva contribuyen poco a la explicación de la varianza (Véase Tabla 8).

Tabla 8

Efectos de Todas las Variables del Modelo en el Uso de Condón por Grupo

Grupo	Pesos Beta								R ²	Rem	p (F)
	MC	cu	cs	ap	ar	au	ns	l			
Hombres											
Pareja Regular	.05	.01	.03	.15**	.03	.04	.11*	.37**	.22	.47	.00
Hombres											
Pareja Ocasional	.05	.02	.02	.11**	.03	.08	.13**	.40**	.26	.51	.00
Mujeres											
Pareja Regular	.12**	.02	.02	.01	.10*	.09*	.21**	.39**	.27	.52	.00
Mujeres											
Pareja Ocasional	.07	.02	.12*	.12*	.05	.13*	.14*	.47**	.27	.52	.00

* < .01 ** < .001

Ahora bien, cabe señalar, que a pesar del impactante porcentaje de varianza explicado por el modelo, los coeficientes de determinación de 20 a 25% son inferiores a los que se han encontrado en poblaciones en Estados Unidos que llegan a 45 y 50%. Lo anterior apunta a la necesidad de incluir variables situacionales para acercarse a la realidad de una cultura colectivista, más atenta a las normas y opciones dictadas por el contexto. Por otra parte, la detección de algunos casos de personas infectadas a pesar de indicar el uso consistente del condón, apunta a la necesidad de evaluar no sólo la intención de uso y sus predictores, sino también la forma de uso de los mismos. De hecho, es fundamental indagar sobre la realización de todos los pasos correctos en el uso del condón para evitar el contagio del VIH.

INTEGRACION DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA

Existen dos tradiciones de investigación puntualmente pertinentes a la producción y control de patrones conductuales. Desde una perspectiva conductual, el trabajo de Bandura (1977) destaca la facilidad, la accesibilidad de recursos necesarios, así como la expectativa y evaluación de los resultados de llevar a cabo una acción, para predecir la probabilidad y ejecución de la misma. A su vez, derivada de una postura socio-cognitiva-conductual, Gollwitzer (1996) plantea un modelo centrado en el proceso de planeación requerido para poder implementar y llevar a buen término las intenciones conductuales.

Buscando la evaluación de estos marcos conceptuales como posibles coadyuvantes en el proceso de entender las motivaciones y mecanismos inherentes al uso correcto del condón, Torres-Maldonado & Diaz-Loving (1999) desarrollaron un programa de capacitación sobre uso de condón dirigido a estudiantes de preparatoria, basado en los conceptos y componentes de las teorías de Auto-eficacia y Planeación el cual fue aplicado a un grupo 60 estudiantes. Dos meses más tarde, otros 60 estudiantes conformaron un grupo control que participó junto con el grupo experimental en una prueba vivencial de uso correcto de condón. De manera individual, cada estudiante debía seguir todos los pasos correspondientes al uso del condón masculino, sobre un pene de madera, mientras indicaba verbalmente lo que estaba haciendo.

Tabla 9

Efectos de los Componentes de la Planeación y la Auto-eficacia sobre el Uso Correcto del Condón

Autoeficacia	Rm	R ²	F	significancia	BETA
Magnitud	.53	.28	47.62	.000	.53
Fuerza de conducta anterior	.57	.33	29.27	.000	.28
Planeación					
Implementación	.54	.29	48.68	.000	.54
Deseabilidad social	.56	.31	27.11	.000	.15

En la Tabla 9 se muestra el efecto de los componentes de cada teoría sobre el número de pasos correctos ejecutados por cada individuo. Cabe destacar la eficacia del programa para producir las conductas deseadas, evidente en el análisis del impacto de la auto-eficacia y la planeación en el uso correcto del condón. Sin embargo, es importante informar que al correr una regresión de los componentes de las teorías de Acción Razonada, Planeación y Auto-eficacia, estas tienden a tener efectos relacionados pero al mismo tiempo independientes. Sucede que las personas que tienen la intención de llevar a cabo una conducta

debido a la valencia positiva de su norma subjetiva y actitudes conductuales, no necesariamente saben cómo usar el condón correctamente, mientras que las personas que han aprendido a usar el condón no siempre están dispuestas o motivadas a realizar esta acción. Así las cosas, estas intervenciones parecen complementarse en la búsqueda de patrones conductuales de prevención eficaces.

DISCUSION

Considerando la creciente población, que debido a sus patrones conductuales, está en riesgo de contagio del VIH, resulta imprescindible determinar los componentes psicológicos, sociales y culturales que intervienen en la emisión de conductas que conllevan probabilidades de riesgo y/o prevención.

Es un hecho histórico que los programas de intervención, diseñados exclusivamente a base de elementos y premisas de información y conocimientos, dirigidos a disminuir el número de contactos de alto riesgo o aumentar la utilización de mecanismos de protección, han sido poco efectivos en la producción y mantenimiento de conductas deseadas y han tenido aún menor éxito en el cambio de conductas no deseadas. Parte de la problemática radica en que muchas intervenciones comerciales y oficiales no han considerado o incorporado datos empíricos o modelos teóricos que especifiquen claramente cómo es que las personas determinan su intención o conducta sexual. A lo anterior se añade que la evaluación de las intervenciones se ha concentrado en medir cambios de conocimientos y no la conducta sexual que se quiere cambiar. Se ha supuesto que al reportar la aparición de cambios en los antecedentes considerados como adecuados para el cambio conductual, éstos estarán relacionados a verdaderas modificaciones en los patrones de conducta sexual.

En el actual trabajo hice referencia a una serie de estudios diseñados expresamente para evaluar la predicción de conductas de prevención, mostrando que la relación entre conocimientos y la modificación de conducta sexual no es lineal ni integrada. Incluso, el tener amplios conocimientos y practicar en el pasado conductas de riesgo produce un efecto de disonancia cognoscitiva que lleva a las personas a restarle importancia a la información. Por otra parte, el conocimiento sí parece ser adecuado para la evaluación de las vidas de otras personas, al encontrarse que aquellas con conocimientos hacen atribuciones de propensión a contagio apropiadas para otras personas pero no para sí mismas.

Al analizar otras variables como actitudes generales hacia el SIDA y el condón, percepción de riesgo personal de contagio, y personalidad, encontré que

la incorporación de estos conceptos psico-sociales aportan en conjunto a un mejor entendimiento y predicción de los patrones conductuales de prevención y riesgo prevalentes en la población general. De hecho, los coeficientes de determinación obtenidos en estudios que incorporan estas variables alcanzan a explicar alrededor del 10% de la varianza de la conducta objetivo (Díaz-Loving et al., 1990).

Al pasar de algunas formas globales de conceptos como actitudes o personalidad a la especificación de actitudes conductuales o rasgos directamente centrados en ciertas conductas sexuales que permiten evaluar los antecedentes sociales y psicológicos del uso de condón, se encuentra que las variables psico-socio-culturales predicen en promedio el 25% de la conducta deseada. Este poder de predicción puede incrementarse aún más en culturas sociocéntricas (centradas en el grupo), si se incluyen condiciones y presiones sociales situacionales que intervienen para moldear la forma contextualizada de una buena porción de la conducta. El acuñamiento de términos como el de automodificación (Díaz-Guerrero, 1982), para describir el estilo de interacción preferido por los mexicanos y mexicanas, refleja una tendencia socio-cultural hacia un determinismo situacional del comportamiento; es decir, la especificación de las características de demanda situacionales o casuísticas presentes en cada encuentro sexual. Bajo la influencia de dichas condiciones, el sujeto podría o no utilizar el condón dependiendo de variables situacionales como: si hay una farmacia accesible, que el/la farmaceuta le caiga bien, traer o no la ropa adecuada donde normalmente guarda el condón, y las señales enviadas por su pareja en turno entre otras. En este sentido, sería importante realizar estudios sobre los escenarios típicos o más frecuentes a los que se enfrentan sujetos con una orientación colectivista o de dependencia de campo en sus actividades sexuales, para poder diseñar condiciones y situaciones conducentes a la aparición de la conducta preventiva deseada.

Un hallazgo central de las investigaciones que he resumido es el referente a los diferentes patrones de influencia de los componentes psico-socio-culturales, diferenciados no sólo por género sino también por el tipo de pareja sexual a la que se está considerando. Al analizar los patrones de respuesta, queda plenamente establecido que para los hombres que se están refiriendo a su pareja regular, la motivación por complacer afecta a la norma subjetiva de obedecer los dictados de otras personas importantes. Incluso, por la importancia que este grupo da a la racionalidad de usar el condón con su pareja regular, parecería que están buscando explicaciones y motivos socialmente válidos para su uso, ubicando la utilización de preservativos en la arena de lo inteligente, lo altruista

y/o lo precavido y alejándolo de cuestiones de contagio o de placer que pudieran ser interpretadas como “malas” (p.e. estar infectado; haber tenido relaciones con alguien más). En forma similar, las mujeres que se refieren a las relaciones con su pareja regular indican que lo más importante para determinar si deciden utilizar o no el condón, es la opinión de *las demás* personas y el creer que es bueno y/o inteligente usarlo desde su propia perspectiva.

En contraste, la motivación de complacer al grupo de referencia tiene poco efecto cuando se trata de mujeres que se refieren a sus relaciones con parejas ocasionales. Aquí, las mujeres por lo general no consultan a nadie; posiblemente porque es un tema tabú para ellas en una cultura tradicional. La razón principal por la que sí utilizarían un condón con parejas ocasionales, sería porque tienen una actitud positiva hacia las características protectoras que les ofrece el uso del condón.

En el caso de los hombres con pareja ocasional, se encuentra que las actitudes hacia el placer de usar el condón son determinantes para su utilización. Para estos hombres es importante que el condón les proteja tanto de enfermedades de transmisión sexual, como de eludir la posibilidad de provocar embarazos no deseados; empero, la protección no significa la aceptación de que el uso de condón no implique una disminución en la sensibilidad física o el placer durante la relación sexual.

Como apunte final de los avances en la delimitación de variables psico-socio-culturales insertas en el proceso de desarrollar conductas de prevención y riesgo, queda claro que la batalla no sólo se libra en la incitación motivacional a ciertas conductas, sino que también se debe cuidar la correcta ejecución de estos comportamientos. Así, el saberse capaz, conocer los pasos a realizar, planear la ejecución e implementar las intenciones es fundamental para que la conducta final sea la deseada.

Al aplicar los hallazgos de los estudios a la elaboración de programas, resulta evidente la necesidad de diversificar el tipo de campañas y las aproximaciones dirigidas a la reducción de la transmisión de VIH. La elaboración de intervenciones debe considerar las premisas básicas enumeradas a continuación:

- 1) Las campañas deberán considerar las características socio-culturales e históricas de las personas a quien se dirigen los programas.
- 2) Las intervenciones deben diferenciarse para cada conducta objetivo a la que se hace referencia. No están presentes ni la misma combinación de componentes ni los mismos mecanismos psico-sociales en la determinación de la monogamia, que en la abstinencia

INTEGRACION DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA

o en el uso de condón. Para cada conducta particular, se espera que las dimensiones actitudinales y la influencia social varíe en forma y contenido; los programas deberán considerar dichas diferencias para lograr efectos realmente contundentes.

3) Una vez especificados los comportamientos objetivo, las intervenciones tendrían que dirigirse a diferentes dimensiones de cada concepto. Por ejemplo, no es suficiente hacer campañas que indiquen que el condón es un buen protector (dimensión de utilidad), que su uso es placentero (dimensión hedonista), accesible (dimensión situacional) e inteligente (dimensión de racionalidad). Incluso, otros aspectos como amor y protección hacia la pareja y la familia (dimensión afectiva) también deben incorporarse, sobretodo en culturas colectivistas.

4) Es fundamental la producción de intervenciones multi-método que permitan cubrir adecuadamente los distintos niveles y categorías que componen los antecedentes de la conducta. Por ejemplo, el uso de información en carteles o *spots* televisivos, puede ser efectivo en cambiar conocimientos generales, pero poco útil para cambiar estructuras íntimas como hábitos y valores. En el caso de niveles más internos, involucrar a las personas a través de talleres o campañas vivenciales puede resultar de mayor utilidad.

5) Las intervenciones deben diferenciarse en consideración al segmento poblacional al que están dirigidas, ya que cada uno tiene una construcción y representación social diferente del fenómeno. Dichas intervenciones deben dirigirse tomando en cuenta género, grupo social y tipo de pareja.

6) La información asimismo, deberá dirigirse en ocasiones a los usuarios y usuarias con el fin de cambiar sus creencias y actitudes y en otras a las "otras personas importantes" que conforman la norma subjetiva. En algunos casos, habrá que combinar estas estrategias para poder lograr el impacto deseado.

7) Para la correcta formación, deben crearse programas que le permitan a los individuos contacto directo con los implementos, contextos y personajes necesarios para llegar a sentirse eficaces en la realización de las conductas metas. Lo anterior incluye la creación de un plan por pasos y los estímulos pertinentes para implementar las intenciones conductuales.

En conclusión, resulta obvio indicar que es de crucial importancia considerar

DÍAZ-LOVING

en forma prioritaria la complejidad que implica lograr cambios y mantenimiento de patrones conductuales. La meta final, quizá sea la de desarrollo humano que sea la base de una educación sexual y de la vida plena. Esta premisa debe reflejarse en el tipo de intervenciones que se están realizando tanto para la reducción de conductas de riesgo como para la incorporación de conductas de prevención. A su vez, los programas deben basarse en datos y modelos teóricos bien establecidos y evaluados por investigación básica y aplicada. —El hecho de confrontar la problemática sin considerar estos postulados elementales, implica aceptar la baja probabilidad de hacer frente en forma eficaz a la pandemia que sigue provocando el SIDA.

Referencias:

Alfaro Martínez, L.B., Rivera Aragón, S., & Díaz-Loving, R. (1991). Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 4, (2), 151-165.

Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Bandura, A. (1977). Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.

Bayes, R. (1989). La prevención del SIDA. *Cuadernos de Salud*, 2, 45-55.

Davidson, A.R., & Jaccard, J. J. (1979). Variables that moderate the attitude-behaviour relation: Results of a longitudinal survey. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1364-1376.

Díaz-Guerrero, R. (1982). *La psicología del mexicano*. México, DF, México: Editorial Trillas.

Díaz-Loving, R. (1994). Personalidad, valores y patrones sexuales relacionados con el SIDA. En J.A. Piña (Ed.). *SIDA. Perspectiva psicológica de un problema de salud mundial* (pp. 93-111) Hermosillo, México: Universidad de Sonora.

Díaz-Loving, R., Flores Galaz, M., Rivera Aragón, S., Andrade Palos, P., Ramos Lira, L., Villagrán Vázquez, G., Cubas Carlin, E., Camacho Valladares, M., & Muñoz Campos, A. (1990). Conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionadas con el SIDA en estudiantes universitarios. En V. García (Ed.). *Investigación e innovación en psicología*. México, DF, México: Facultad de Psicología, UNAM.

Díaz-Loving, R., & Rivera Aragón, S. (1992). Percepción y auto percepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*, 2 (1), 27-38.

Flores Galaz, M., & Díaz-Loving, R. (1992). Actitudes hacia la salud, enfermedad y

INTEGRACION DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA

SIDA. *La Psicología Social en México, Vol. IV*. México, DF, México: AMEPSO:

Fishbein, M., & Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fishbein, M., Chan, D., O'Reilly, K., Schnell, D., Wood, R., Becker, C., & Cohn, D. (1993). Factors influencing gay men's attitudes, subjective norms, and intentions with respect to performing sexual behaviours. *Journal of Applied Social Psychology, 23*, 417-438.

Fisher, W.A. (1984). Predicting contraceptive behavior among university men: The role of emotions and behavioral intentions. *Journal of Applied Social Psychology, 14*, 104-123.

Gollwitzer, P. (1996). The volitional benefits of planning. En P. Gollwitzer & L.A. Bargh. (Eds.). *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior*. Londres, Inglaterra: Guilford Press.

Izazola-Licia, J., Valdéspero-Gómez, J.L., Juárez, L. G., Modragón, M., & Sepúlveda-Amor, J. (1989). Conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con el SIDA: Bases para el diseño de programas educativos. En J. Sepúlveda-Amor, M. Bronfman, G. Ruiz Palacios, E. Stanivslawski, & J.L. Valdéspero (Eds.) *SIDA, ciencia y sociedad en México*. México, DF, México: Biblioteca de Salud.

Rivera-Aragón, S., & Díaz-Loving, R. (1994). Actitudes, norma subjetiva y creencias en relación al uso de condón. *La Psicología Social en México Vol. V*. México, DF, México: AMEPSO:

Sepúlveda-Amor, J., Valdéspero-Gómez, J.L., García-García, M.L., Izazola-Licia, J.A., & Rico-Galindo, B. (1988). Características epidemiológicas y cognitivas de la transmisión del VIH en México. *Salud Pública de México, 30*, 513-527.

Torres Maldonado, K., y Díaz-Loving, R. (1999). Un modelo integral predictivo del uso del condón. En R. Díaz-Loving & K. Torres Maldonado. (Coord.). *Juventud y SIDA: Una visión psico-social*. (pp. 161-180) México, DF, México: Porrúa-UNAM:

Villagrán Vázquez, G., & Díaz-Loving, R. (1991). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso de condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología, 9* (1), 35-40.

When Briefer Can Be Better: Single Session Approaches to HIV Risk Reduction Interventions

Seth C. Kalichman¹

Kari DiFonzo

Florence Kyomugrsha

Dolores Simpson

Kelly Presser

Center for AIDS Intervention Research (CAIR)

Medical College of Wisconsin, U.S.A.

Bonnie Bjordstrom

University of Wisconsin, Milwaukee, U.S.A.

Abstract

Interventions have been demonstrated effective in reducing behavioral risks for HIV infection. Unfortunately, the most effective and most studied HIV prevention intervention models have been delivered in multiple small group session formats that are difficult to implement in clinical and community practice settings. This paper examines the potential for delivering intensive and highly interactive HIV risk reduction interventions based on the same principles of behavior change and consisting of the same intervention components but delivered in single session formats. We describe studies that have tested single session small group workshop-type interventions and single session one-on-one counseling interventions. We conclude by presenting the content of a theory-based HIV risk reduction counseling intervention designed for delivery in a single session.

Compendio

Se ha demostrado que las intervenciones pueden ser efectivas en la reducción de riesgos comportamentales para la infección con el VIH. Desafortunadamente los modelos de inter

¹ National Institute of Mental Health (NIMH) Grant R01-MH61672 and Center Grant P30 MH2776 supported this research. Correspondence should be addressed to Seth C. Kalichman, Center for AIDS Intervention Research (CAIR), Medical College of Wisconsin, 801 Watertown Plank Road, Milwaukee, WI 53226. Phone (414) 456-7728 FAX (414) 287-4209 Email sethk@mcw.edu

vección para la prevención de VIH más efectivos y más estudiados se han desarrollado en formatos de múltiples sesiones de grupos pequeños que son difíciles de implementar en escenarios clínicos y comunitarios. Este artículo examina el potencial para desarrollar intervenciones intensas y altamente interactivas para la prevención del contagio con VIH basadas en los mismos principios de cambio comportamental y con los mismos contenidos pero desarrolladas en formatos de una sola sesión. Describimos estudios que han ensayado intervenciones de taller de grupo pequeño de una sesión e intervenciones de consejería de persona a persona en una sola sesión. Concluimos presentando el contenido de una intervención con base teórica para la consejería de reducción de riesgo para infección por el VIH, que puede constatar en una sola sesión.

Palabras claves: Intervenciones cortas; Sesión única; Única reducción de riesgo con base teórica

Key words: Short interventions; Single session; Theory-based risk reduction

Since 1985 several theory-based behavioral interventions for HIV risk reduction have been developed and tested in clinical studies. Comprehensive literature reviews conducted by governmental panels (e.g., NIH Consensus Panel, 1997; Office of Technology Assessment, 1995), as well as reviews published in peer refereed journals, (e.g., Kalichman, Carey, & Johnson, 1996; DiClemente & Wingood, 1995) have consistently shown that behavioral risk reduction interventions that are grounded in behavior change theories demonstrate meaningful reductions in unprotected sexual acts and increased use of condoms. These interventions usually require individuals to attend multiple small group sessions usually delivered independent of, although potentially integrated with, other clinical or community services. Although multi-session group intervention models are clearly promising, they have proven difficult to transfer to community and public health services. For example, studies that have investigated HIV prevention services suggest that HIV prevention interventions demonstrated effective in research are rarely adopted by service providers (Goldstein, Wrubel, Faigeles, & DeCarlos, 1996; Kalichman, Belcher, Chery, & Williams, 1997). Although a gap between prevention science and prevention practice is not unique to HIV/AIDS (Beutler, Williams, Wakefield, & Entwistle, 1995), HIV prevention technology transfer is clearly impeded by behavioral interventions that are not usually feasible for integration with routine public health services.

Among the most significant limitations facing many HIV risk reduction interventions are challenges to recruiting clients into multiple group sessions and high intervention dropout rates. Research suggests that persons at highest risk for HIV infection are the least likely to attend intensive community-based prevention programs (Hoff, Kegeless, Acree, Stall, Paul, Ekstrand, & Coates, 1997). HIV prevention intervention studies with inner-city women have experienced significant

HIV PREVENTION INTERVENTION

rates of client dropout, ranging 38% (Kalichman, Carey, & Johnson, 1996) to 50% (Kelly et al., 1994). These high rates of attrition have occurred even in studies that provide clients with transportation, childcare, and cash incentives for attendance. Problems that result from client reluctance to attend groups and attrition from group interventions may be exacerbated by having to schedule several people to attend a given group session at a specified time when they have competing and understandably more pressing needs. In addition, many individuals are uncomfortable discussing their sexual behavior in groups of people they have only recently met. For example, a study of 349 low-income inner-city men showed that 31% indicated that they would not feel comfortable attending a group intervention and discussing sexual relationships with other men in a group. In addition, 44% of the men surveyed stated that they would prefer to attend an individual counseling intervention rather than a small group intervention (Kalichman, Belcher et al., 1997). Another potential source of attrition from multiple group sessions may be the reluctance of some persons to take part in potentially stigmatizing discussions of sexual behavior and drug use, particularly within the context of a peer group.

The gap between the research knowledge base showing the effectiveness of cognitive behavioral interventions and the state of prevention practice can be bridged by structuring effective intervention components into a format that can feasibly be implemented in service delivery settings. In addition, delivering interventions in single session formats increases the intensity of the interaction between counselors and client, potentially reducing the amount of contact time required to deliver comparable intervention components. Delays between client recruitment and convening groups may also reduce the effectiveness of small group interventions, whereas brief individual counseling interventions are delivered immediately and potentially at "teachable moments".

HIV prevention interventions will obviously only be effective when populations at greatest risk are exposed to the intervention content. Despite the urgent need for brief HIV prevention interventions, there have been few studies that have tested brief intervention models. One likely reason for the lack of research on brief interventions is the skepticism that brief "one-shot" intervention approaches could yield meaningful HIV preventive behavior changes. However, the tendency to compare brief interventions with strategies that require multiple sessions creates a false impression that a single type of prevention intervention is needed to stem the HIV epidemic, rather than recognizing the roles of multiple intervention strategies implemented at multiple levels (Heather, 1998). Skepticism about brief HIV risk reduction interventions has also been fueled by

KALICHMAN, DIFONZO, KYOMUGRSHA, SIMPSON, PRESSER

the ineffectiveness of standard practices in HIV antibody testing and counseling in reducing risk behaviors (Doll & Kennedy, 1994; Higgins et al., 1991) and the moderate effects observed in even the most intensive multi-session interventions (Kalichman et al., 1997). It is important to recognize, however, that brief, intensive, and well-timed single-session interventions have been effective in assisting people change difficult health compromising behaviors (Miller & Heather, 1998).

In the current article, we examine selected studies that have tested brief HIV risk reduction interventions. For our current purposes, we first define the parameters of a "brief" prevention intervention. We overview the promise of brief interventions tested in other areas of health promotion research. Next, we present a summary of studies that have tested HIV risk reduction interventions in single session small group workshops and in single session individual counseling sessions. Finally, we provide an example of how theoretical models of HIV risk reduction can be translated into the components of a brief HIV prevention intervention.

DEFINING BRIEF INTERVENTIONS

There is no consensus regarding what defines the duration of a "brief" intervention. In the field of HIV prevention, risk reduction interventions have ranged in duration from several seconds, such as public service announcements, to numerous hours of group sessions. Among the lengthiest HIV risk reductions have been those that have integrated HIV prevention into a broader social context and service delivery program to meet multiple social needs. For example, Rotheram-Borus, Koopman, & Haignere (1991) tested a 20-session HIV prevention intervention that was melded with multiple components to address the social and emotional needs of runaway and homeless youth. Integrating HIV prevention with other social services assumes that individuals must have their basic needs met before they can effectively focus on reducing their risk for disease. For the most part, HIV risk reduction interventions have been delivered in four or five 90-120 minute small group sessions. Briefer interventions carry fewer burdens for participation as well as agency implementation. In many settings, health service providers are under increasing pressure to deliver the briefest possible services, with primary care contacts limited to as little as 10 minutes. However, interventions that do not afford intensive interactions between clients and prevention counselors demonstrate limited effects. The challenge is therefore to balance intervention time with their highest-risk clients, such as sexually transmitted disease (STD) clinics, if an effective intervention model were avail-

able. Thus, for our current purposes, we are defining a brief HIV risk reduction intervention as a single contact session within which intensive and interactive risk reduction counseling occurs.

Brief Counseling Interventions for Health-Behavior Problems

Brief counseling interventions based at least in part on cognitive behavioral skills building approaches have been effective in smoking cessation, cardiovascular risk reduction, and weight loss. These models include many of the same problem solving, behavioral-self-management, and social-skills-building components that form the core of the most effective HIV risk reduction interventions (NIH Consensus Panel, 1997; NIMH Multisite Study Group, 1998). Perhaps most impressive is evidence for the effectiveness of brief alcohol and drug treatment strategies (Bien, Miller, & Tonigan, 1993; Zweben & Rose, 1998). Miller and Sánchez (1993) described six active ingredients of relatively brief interventions that induce change in problem drinkers, including: feedback of personal risk or impairment; emphasis on personal responsibility for change; clear advice to change; a menu of alternative change options; therapist empathy; and facilitation of client self-efficacy. Interventions that deliver these elements in a motivational interviewing style have been demonstrated effective in initiating treatment and in reducing long-term alcohol use, alcohol-related problems, and health consequences of drinking (Anderson & Scott, 1992), as well as success in other areas of health behavior change such as cardiovascular rehabilitation, diabetes management, and adherence to mental health and substance abuse treatments (Miller & Rollnick, 1991).

Motivational enhancement counseling, for example, is a brief, structured treatment approach that was developed as an approach to treating problem drinking. A large national clinical trial (Project MATCH) tested a motivational enhancement brief treatment as a stand-alone outpatient and aftercare approach. A total of 1,726 clients were randomly assigned to receive motivational counseling or to one of two 12-session treatments: Twelve-Step Facilitation or Cognitive-Behavioral Therapy. Outpatients in all three treatments demonstrated substantial improvements in drinking outcomes. Prior to treatment, clients abstained on an average 20% of the days each month. However, during the one-year follow-up, outpatients abstained a mean of approximately 85% of the days per month. Thus, brief motivational counseling has been shown effective in reducing alcohol and other drug use in large-scale as well as smaller scale intervention trials (Miller & Heather, 1998).

Elements of motivational counseling have been applied to reducing HIV risk

behaviors. For example, Baker, Kochan, Dixon, Wodak, & Heather (1994) showed that motivational counseling reduced HIV risk injection practices among injection drug users, but there were no effects on sexual transmission risk behaviors. Importantly, Baker et al. focused the goals of their intervention in reducing risks associated with injection practices to a greater extent than sexual transmission risks. Similar findings were reported in another study that tested a brief counseling intervention for injection drug users (Gibson, Lovelle-Drache, Young, & Hudes, 1999). Three studies, however, have shown significant effects on sexual risk behaviors from integrating motivational counseling within cognitive behavioral HIV risk behavior skills building interventions.

Carey, Maisto, Kalichman, Forsyth, Wright, & Johnson (1997) used behavioral feedback and therapeutic process techniques borrowed from motivational interviewing to bolster the motivational components in a 4-session small group intervention for women. Similarly, Kalichman, Cherry, & Brown (1999) integrated motivational interviewing techniques with cognitive behavioral skills building components in a 2-session small group intervention for men. Belcher et al. (1998) included feedback and motivational processes within a single session one-on-one cognitive behavioral skills building counseling intervention. This study is described in greater detail below. In all three studies, the integrated motivation interventions demonstrated significant reductions in high-risk sexual practices and increased use of condoms. However, these previous study designs did not allow for the analysis of the independent effects of the motivational interviewing techniques assumed to enhance risk reduction outcomes. In addition, given the success of brief motivational enhancement therapy for substance abusers, it is feasible that a brief motivational counseling intervention that focuses on HIV and other STD transmission risks could demonstrate positive outcomes without inclusion of intensive skills building components.

Brief Interventions I: Single Session Small Group Intervention Formats

To address issues of limited feasibility of multi-session interventions, programs based on motivation and skills training principles have been delivered in more concentrated formats. For example, in a study of gay men, Valdiserri, Lyter, Leviton, Callahan, Kingsley, & Rinaldo (1989) randomly assigned clients to either a single session group HIV education intervention or a single session skills training intervention that emphasized negotiation of safer sex and rehearsal of risk reducing behaviors. Results of this study showed that men exposed to the brief skills training intervention significantly increased their use of condoms during insertive anal intercourse over a 12-month follow-up period. In a similar

study, Jemmott, Jemmott, & Fong (1992) demonstrated that a single session, workshop-like program, focusing on cognitive-behavioral skills training produced risk behavior changes among African-American male adolescents, including significant increases in HIV-related knowledge, reductions in risk promoting beliefs, and lower frequencies of high-risk sexual behaviors at 3-month follow-up.

There have also been tests of single session small group workshops designed for heterosexually identified men and women at risk for HIV and other STDs incorporating all aspects of the motivational skills building HIV risk reduction models. Investigators have tested a brief intervention to reduce HIV risk behavior and increase female condom use among inner-city African-American women (Kalichman, Rompa & Coley, 1996). Women in Atlanta, Georgia (USA) were randomized to attend either a (a) single 3-hour group session focused on HIV and STD risk education, enhancement of readiness to change, and cognitive-behavioral HIV risk reduction skills building or (b) a single 3-hour group session focused on general women's health issues. The study found that women in the HIV risk reduction intervention demonstrated increased use of both male and female condoms at the 1-month follow-up assessment, with differences between groups dissipating at the 3-month follow-up. Another study tested a single group session HIV risk reduction intervention for inner-city men (Kalichman, Cherry et al., 1999). This study randomized African-American men to one of 3 conditions: (a) 3-hour HIV education session without any motivational enhancement or behavioral skills building components; (b) 3-hour information, motivational enhancement, behavioral skills building session focused on increasing use of latex condoms; or (3) the same 3-hour motivational and skills intervention used in condition (b) described above, but focusing on use of male polyurethane condoms. Kalichman, et al. (1999) found that both of the motivational skill building interventions increased condom use over a 1-month period, with effects diminishing over 3-months.

The studies discussed above demonstrate the feasibility of delivering information, motivation, and behavioral skills building intervention components in a relatively brief group session. However, these studies also show that a single group session does not provide an adequate format for addressing the individual needs, contexts, and personal patterns of risk presented by persons at-risk for HIV. Single group session interventions may be useful for delivering circumscribed public health messages - such as HIV antibody test promotion - or for exposing populations to new HIV prevention technologies and products - such as female condoms, microbicides, and polyurethane male condoms. However, a single

small group session does not afford the opportunity to personalize intervention components and place risk reduction in the context of an individual's life. Most limited in the group setting is the ability to enhance motivation to change, identify individual patterns of risk, and develop an individual risk reduction plan.

Brief Interventions II: One-on-one HIV Risk Reduction Counseling

Recent research has demonstrated promising outcomes for brief individual counseling sessions for HIV risk reduction in high-risk populations. For example, Project RESPECT, sponsored by the Centers for Disease Control and Prevention recently showed that two 20-minute HIV risk reduction counseling sessions conducted in conjunction with HIV antibody testing demonstrated the same efficacy in reducing HIV risk behavior and recurrent STD treatment as did a 4 session enhanced counseling intervention (Kamb, et al., 1998). The Project RESPECT counseling intervention focused on providing risk education and conducting a personal risk assessment that formed the basis for an individualized risk reduction plan. Counseling in Project RESPECT also relied heavily on the relationship established between the counselor and client within the context of STD clinic services. Results showed that participants in the two-session risk reduction counseling intervention evidenced a 30% reduction in new STDs over 6-months follow-up and a 20% reduction over 12-months follow-up compared to participants receiving didactic information messages. Thus, two brief counseling sessions conducted in conjunction with HIV testing demonstrated meaningful reductions in recurrent STDs.

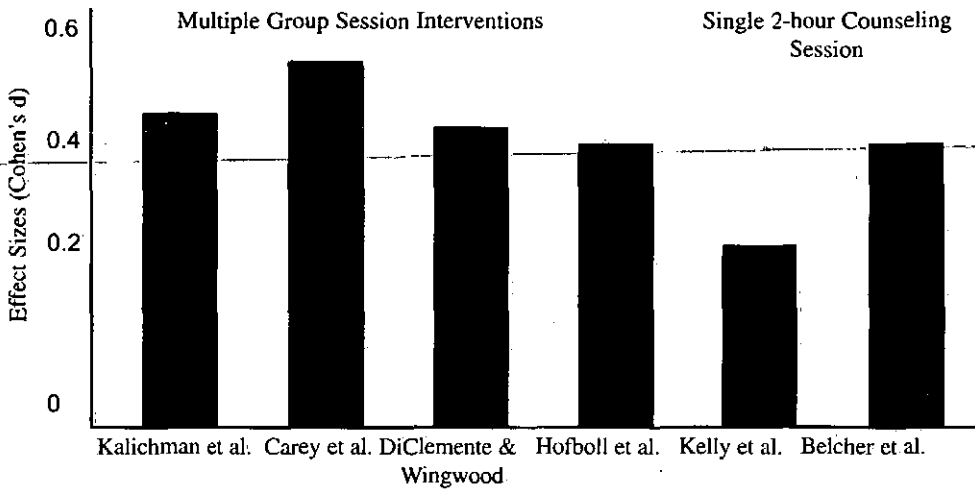
In another randomized clinical study of a brief counseling intervention discussed above, Belcher et al. (1998) showed that a single 2-hour risk reduction counseling intervention effectively reduced high-risk sexual practices among women at risk for HIV and other STDs. The 2-hour HIV risk reduction counseling intervention achieved a magnitude of change (Cohen's $d = .42$) greater than that observed in HIV prevention interventions of more than 4 times the duration (Cohen's $d = .25$, Kalichman et al., 1997). Figure 1 displays the relative effect sizes of selected multiple small group intervention studies and the effect size from the Belcher et al study.

In the Belcher et al. (1998) study women recruited from an inner-city neighborhood in Atlanta, Georgia (USA) were screened for high-risk behavior. Women were then randomly assigned to 1 of 2 conditions: (a) 2-hour HIV risk reduction counseling based on the Information, Motivation, and Behavioral Skills (IMB) model, or (b) 2-hour matched contact HIV information education session. The HIV risk reduction counseling was based on Fisher and Fisher's

(1992) IMB Model providing clients with: (a) personalized risk behavior feedback; (b) individualized counseling around the personalized feedback; (c) HIV risk and risk reduction information; (d) counseling to place personal risk behavior feedback in the context of risk information; (e) communication skills training and behavioral feedback in the context of risk information; (f) communication skills training and behavioral rehearsal for negotiating safer sex and condoms use with male partners and problem solving situations in which partners are resistant to use condoms; (g) managing risk situations including risk for violence and other negative repercussions of initiating condom use; and (h) instruction in the correct use of male and female condoms with rehearsal for correct condom application using anatomically correct models. Women randomized to the comparison intervention were exposed to information about HIV and STDs without the motivational and skills building counseling components. To control for counselor effects, the same team of counselors conducted both interventions. The interviewer conducting the assessments also remained blind to study condition assignments. Belcher et al. (1998) found that women in the HIV risk reduction counseling intervention condition demonstrated significantly less unprotected vaginal intercourse (Cohen's $d = .33$) and significantly greater condom use (Cohen's $d = .42$) than women in the comparison condition. Condom use increased from 22% of vaginal intercourse occasions protected at baseline to 66% at the 3-month follow-up for women in the HIV counseling condition compared to an increase of 27% to 43% for women in the control condition. Belcher et al. therefore demonstrated significant effects of a 2-hour single session HIV risk reduction counseling intervention. Using Cohen's d (1998) as a standardized index of effect size, the study found that the 2-hour counseling intervention demonstrated effects comparable to those found in interventions of much greater duration, client and resource burden, and expense (See Figure 1).

Experience with the 2-hour intervention tested by Belcher, et al. (1998) suggested that HIV risk reduction counseling that incorporates all elements of the IMB Model can be achieved in a 120-minute session, or perhaps even in less time when the counseling is implemented in a clinical setting where clients are receiving HIV and STD diagnostic and treatment services. STD clinic patients are sensitized to their risk for HIV infection (Kalichman, Adair, Rompa, Multhauf, Johnson, & Kelly, 1994), and are therefore amenable to risk reduction interventions (e.g., Kamb et al., 1998; NIMH Multisite Trial Group, 1997). The potential for brief interventions to have a significant impact on complex behaviors increases when individuals are at a heightened state of readiness to change (Miller & Heather, 1998). Receiving diagnostic and treatment services from an

Figure 1

Comparison of Effectiveness of Multiple Group and Single Counseling Sessions

STD clinic may therefore create teachable moments that offer unique opportunities for brief interventions and STD clinics are a natural environment for delivering HIV risk reduction counseling.

Information-Motivation-Behavioral Skills (IMB) Model Applied to Single Session HIV risk Reduction Counseling

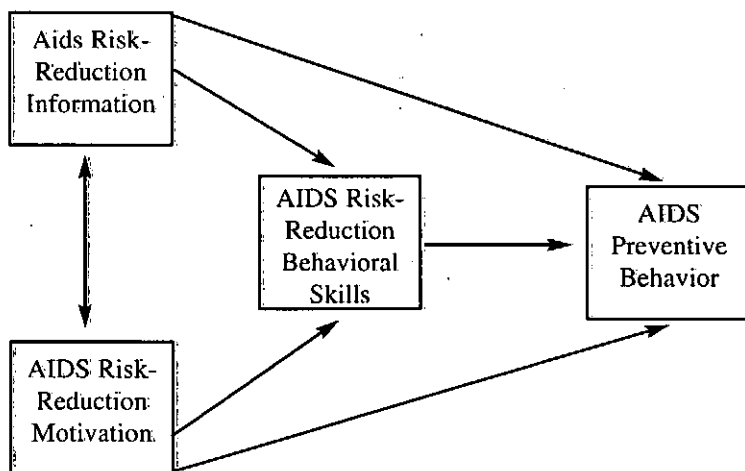
Fisher and Fisher (1992) proposed a three-factor conceptualization of AIDS-preventive behavior: information, motivation, and behavioral skills (IMB). In the IMB model HIV transmission and prevention information is a necessary precursor to risk reduction. Motivation to change, however, also directly affects whether one acts on information about risk and risk reduction. Finally, the authors hold that behavioral skills related to preventive actions are a final common pathway for information and motivation to result in AIDS preventive behavior change (See Figure 2). IBM model proponents assume that information and motivation activate behavioral skills to ultimately enact risk reduction behavior. They also show that information or motivation alone can have direct effects on some preventive behaviors, such as when information about HIV transmission prompts purchasing condoms, or when meeting someone with HIV infection motivates a person to seek HIV antibody testing. However, behavioral skills become increasingly important when preventive actions require complex skills, such as refusing unprotected intercourse and initiating condom use. Thus, risk behavior skills are theorized to have a direct effect on risk reduction behaviors,

and information and motivational enhancement may have direct effects on risk reduction skills and indirect effects on risk reduction behaviors.

The IMB model was constructed from elements found in most effective HIV risk reduction interventions. The independent elements of the IMB model may also synergize with each other to effect risk reduction outcomes. The IMB model therefore provides a compelling heuristic for developing briefer HIV risk reduction interventions because all of the essential elements, namely information (knowledge), motivation (behavior change readiness and intentions), and behavioral skills building (condom use and communication skills), can be packaged for one-on-one counseling. In the following sections, we provide a brief description of a single session HIV risk reduction counseling intervention that integrates all of the components of the IMB model into a 90-minute session that could be delivered in community and clinical service settings.

Figure 2

Information, Motivation and Behavioral Skills Models¹



Brief IV Risk Reduction Counseling for STD Clinic Patients

The following IMB counseling intervention elements are formatted for a single 90-minute session. Each of the three IMB components are structured for delivery in 30 minutes. Each element, however, could feasibly be delivered in 20 minute segments, yielding a 60 minute session. Alternatively, it is possible to

¹ Fisher and Fisher, 1992.

abbreviate the information component to 10 minutes and extend the duration of the motivational and behavioral skills building components. Research, however, is needed to test the limits of minimally necessary and sufficient contact time for delivering specific IMB components to various populations with optimal effects.

Information: HIV Risk Education

In this component of the intervention counselors will review information about HIV transmission, risk behaviors, and disease processes; discuss the prevalence of HIV and AIDS; clarify misconceptions; dispel myths about AIDS; and describe HIV antibody testing. The education is delivered using a didactic style, flip charts, and visual materials to illustrate key concepts, interactive activities to dispute HIV myths and misinformation, and education about HIV testing options. The risk education component also briefly relates HIV to other STDs and provides information about HIV prevention programs and resources available in the community.

Motivation: Motivational Enhancement

Adapting procedures described by Miller, Zwebbe, DiClement, & Rychtarik (1992), clients are provided with direct feedback on their personal risk history as a means of sensitizing participants to their potential risks for HIV infection to increase their intentions to change risk behaviors and reduce negative attitudes toward condoms. Motivational enhancement counseling is a systematic approach for evoking change based on principles of motivational psychology and designed to produce rapid, internally motivated change. This treatment approach does not attempt to train the client, step by step, but instead employs motivational strategies to mobilize the clients own change resources. Motivational counseling is divided into two major phases: building motivation for change and strengthening commitment to change (Miller & Rollnick, 1991). Our adaptation of motivational counseling uses the same techniques outlined by Miller and Sánchez (1993), including: feedback of personal risk or impairment, emphasis on personal responsibility, clear advice to change, a menu of alternative change options, therapist empathy, and facilitation of optimism to change. Motivational enhancement focuses on (a) providing structured feedback from the initial assessment regarding HIV risk and its personal context and (b) building client motivation to initiate and continue change.

Counselors in this model begin the motivational elements by telling clients that they will receive feedback from the assessment instruments they completed earlier (such as a pre-counseling or baseline assessment), but that they first want to understand better how the client views the situation. The counselor pro-

ceeds to use strategies to elicit self-motivational statements - such as being open to input about HIV-STD risk, acknowledging real or potential problems related to risk behavior, or expressing a need, desire, or willingness to change. This is accomplished using strategies such as open-ended questions, gentle paradox, and reflective listening. When the major themes of concern have been elicited from the client, counselors offer a summary statement. When the feedback process is completed the client is asked for his/her overall response. Counselors give clients their Personal Feedback Report to take home (See Appendix A). The counselor then uses cues from the client to begin eliciting thoughts, ideas, and plans for what might be done to address the risk. The counselor elicits from the client what they perceive as the possible benefits of action and the likely negative consequences of inaction. These perceptions are written down in the form of a balance sheet (reasons to continue as before versus reasons to change) and given to the client as part of the Personal Feedback Report. The counselor proceeds toward the confirmation of a plan for change, and will seek to obtain a formal commitment to change from the client.

Behavioral skills: Behavioral self-management and sexual communication skills

The behavioral skills building component is adapted from cognitive behavioral skills building interventions for HIV risk reduction. The counselor in behavioral self-management skills and sexual communication skills related to HIV risk reduction instructs clients. The counselor engages the client in a functional analysis of their risk behavior by having the clients discuss personal risk behaviors and personal cues related to sexual risk situations. Counselors instruct clients in identifying environmental and cognitive-affective cues that serve as "triggers" for high-risk situations including mood states, substance use, settings, and sexual partner characteristics that have served as risk-related factors in the client's past. Clients are asked to think of ways to manage factors that may contribute to their personal risk and are instructed in methods of rearranging their environment and strategies to reduce their risk by performing specific acts; redirecting sexual activities toward safer sex alternatives, carrying condoms, and avoiding sex after drinking. There is also a focus on identifying barriers to risk reduction efforts. Proper male and female condom use are instructed, modeling condom use on anatomical models and allowing clients to practice condom application with corrective feedback from the counselor.

The behavioral skills intervention component also focuses on the role of sexual negotiation, assertiveness and refusal skills to reduce risk for HIV infection. Increasing skills for resisting partner coercion to engage in sexual inter-

54 | ARTICULOS

course without condoms, and increasing comfort discussing safer sex with partners in advance of sexual activity are accomplished through instruction, modeling, and practice in communicating sexual decisions and discussing individual limits to behavior change. Clients are assisted by counselors in identifying past situations of sexual risk and are assisted in generating and verbalizing statements that would have led to lower risk in that situation. Emphasis is placed on learning techniques of effective communication of feelings and sexual behavior limits prior to entering sexual situations. Practice is conducted in role-plays to increase communication skills, self-efficacy, and comfort in discussing sexual alternatives with partners. Basic skills in: (a) interpersonal assertiveness, (b) refusal to engage in risk-related sexual behaviors, and (c) negotiating safer sex activities with partners are first modeled by the counselor and then practiced by clients with feedback on performance. Practice, review, and feedback of sexual assertiveness negotiation, and refusal skills in risk-related situations are the heart of the skills building component and are conducted for individually tailored risk scenarios.

CONCLUSION

Over the past three decades there has been great progress in developing and testing HIV risk reduction interventions for populations most vulnerable to HIV infection. We now know that HIV prevention interventions grounded in sound principles of behavior change can reduce rates of HIV risk behaviors. The challenge now lies in formulating effective HIV prevention models into procedures that can be assimilated into the routine services offered by community and clinical service providers. In some instances, briefer interventions will be easily adopted into services. However, the effectiveness of briefer interventions with various populations at risk for HIV-AIDS must be determined. A research agenda that focuses on identifying the optimal effects of brief HIV risk reduction interventions should therefore remain a public health priority.

References

- Anderson, P., & Scott, E. (1992). The effect of general practitioners' advice to heavy drinking men. *British Journal of Addiction, 87*, 891-900.
- Baker, A., Kochan, N., Dixon, J., Wodak, A., & Heather, N. (1994). HIV risk-taking behavior among injection drug users not currently in treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 34*, 155-160.
- Belcher, L., Kalichman, S.C., Topping, M., Smith, S., Emshoff, J., Norris, F., & Nurss, J. A. (1998). Randomized trial of a brief HIV risk reduction counseling intervention for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 856-861.

HIV PREVENTION INTERVENTION

Beutler, L., Williams, R., Wakefield, P., & Entwistle, S. (1995). Bridging scientist and practitioner perspectives in clinical psychology. *American Psychologist, 50*, 984-994.

Bien, T.H., Miller, W.R., & Tonigan, J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction, 83*, 315-336.

Carey, M.P., Maisto, S.A., Kalichman, S.C., Forsyth, A., Wright, I., & Johnson, B.T. (1997). Enhancing motivation to reduce risk for HIV infection for economically disadvantaged urban women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 531-541.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

DiClemente, R., & Wingood, G. (1995). A randomized controlled trial of an HIV sexual risk-reduction intervention for young African-American women. *Journal of the American Medical Association, 274*, 1271-1276.

Doll, L.S., & Kennedy, M.B. (1994). HIV counseling and testing: What is it and how well does it work? In G. Schochetman & J.R. George. *AIDS testing: A comprehensive guide to technical, medical, social, legal and management issues*. (2nd edition). (pp. 302-319) New York, NY: Springer-Verlag.

Fisher, J.D., & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin, 111*, 455-474.

Gibson, D.R., Lovell-Drache, J., Young, M., & Hudes, E. (1999). Effectiveness of brief counseling in reducing HIV risk behavior in injection drug users: Final results of randomized trials of counseling with and without HIV testing. *AIDS & Behavior, 3*, 3-12.

Goldstein, E., Wrubel, J., Faigeles, B., & DeCarlos, P. (1996, July). *Do researchers reach non-governmental organizations in the United States?* XI International Conference on AIDS, Vancouver, BC.

Heather, N. (1998). Using brief opportunities for change in medical settings. In W. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors* (2nd Ed.), (pp. 133-148) New York, NY: Plenum Press.

Higgins, D.L., Galavotti, C., O'Reilly, K.R., Schnell, D.J., Moore, M., Rugg, D.L., & Johnson, R. (1991). Evidence for the effects of HIV antibody counseling and testing on risk behavior. *Journal of the American Medical Association, 266*, 2419-2429.

Hoff, C.C., Kegeles, S., Acree, M., Stall, R., Paul, J., Ekstrand, M. & Coates, T. (1997). Looking for men in all the wrong places: HIV prevention small group programs do not reach high risk gay men. *AIDS, 11*, 829-831.

Jemmott, J.B., Jemmott, L.S., & Fong, G.T. (1992). Reductions in HIV risk-associated sexual behaviors among Black male adolescents: Effects of an AIDS prevention intervention. *American Journal of Public Health, 82*, 372-377.

KALICHMAN, DIFONZO, KYOMUGRSHA, SIMPSON, PRESSER

Kalichman, S.C., Adair, V., Rompa, D., Multhauf, K., Johnson, J., & Kelly, J. (1994). Sexual sensation-seeking: Scale development and predicting AIDS-risk behavior among homosexually active men. *Journal of Personality Assessment*, *62*, 385-397.

Kalichman, S.C., Belcher, L., Cherry, C., & Williams, E. (1997). Primary prevention of sexually transmitted HIV infections: Transferring behavioral research to community programs. *Journal of Primary Prevention*, *18*, 149-172.

---Kalichman, S.C., Carey, M.P., & Johnson, B.T. (1996). Prevention of sexually transmitted HIV infection: Meta-analytic review and critique of the theory-based intervention outcome literature. *Annals of Behavioral Medicine*, *18*, 6-15.

Kalichman, S.C., Cherry, C., & Brown, F. (1999). Effectiveness of a video-based motivational skills-building HIV risk reduction intervention for inner city African-American men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 959-966.

Kalichman, S.C., Rompa, D., & Coley, B. (1996). Experimental component analysis of a behavioral HIV-AIDS prevention for inner-city women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 687-693.

Kamb, M., Fishbein, M., Douglas, J., Rhodes, F., Rogers, J., Bolan, G., & Zenilman, J. (1998). Efficacy of risk-reduction counseling to prevent Human Immunodeficiency Virus and Sexually Transmitted Diseases. *Journal of the American Medical Association*, *280*, 1161-1167.

Kelly, J.A., Murphy, D.A., Washington, C.D., Wilson, T.S., Koob, J.J., Davis, D.R., Ledezma, G., & Davantes, B. (1994). The effects of HIV/AIDS intervention groups for high-risk women in urban clinics. *American Journal of Public Health*, *84*, 1918-1922.

Miller, W., & Heather, N. (1998). *Treating addictive behaviors (2nd Ed.)*. New York, NY: Plenum.

Miller, W.R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York, NY: Guilford.

Miller, W.R., & Sánchez, V.C. (1993). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55-82). South Bend, IN: University of Notre Dame Press.

Miller, W.R., Zweben, A. DiClemente, C., & Rychtarik, R. (1992). *Motivational enhancement therapy manual* (DHHS Publication No. ADM 92-1894). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

NIH Consensus Panel. (1997). *National Institutes of Health consensus development statement on interventions to prevent HIV risk behaviors*. Bethesda, MD: NIH Office of Medical Applications Research.

NIMH Multisite Study Group. (1998). The NIMH multisite HIV prevention trial:

HIV PREVENTION INTERVENTION

Reducing HIV sexual risk behavior. *Science*, 280, 1889-1894.

Office of Technology Assessment (1995). *The effectiveness of AIDS prevention efforts*. Washington, DC: American Psychological Association Office on AIDS.

Rotheram-Borus, M.J., Koopman, C., & Haignere, C. (1991). Reducing HIV sexual risk behaviors among runaway adolescents. *Journal of the American Medical Association*, 266, 1237-1241.

Valdiserri, R.O., Lyter, D., Leviton, L., Callahan, C.N., Kingsley, L.A., & Rinaldo, C.R. (1989). AIDS prevention in homosexual and bisexual men: Results of a randomized trial evaluating two risk reduction interventions. *AIDS*, 3, 21-26.

Zweben, A., & Rose, S.J. (1998). Innovation in treating alcohol problems. In D. Biegel & A. Blum (Eds.), *Innovations in practice and service delivery with vulnerable populations*. (197-227) New York, NY: Oxford University Press.

Sample Personal Feedback Report

The In The Know Survey asked a lots of questions. Below is your summary...

- 1- Had sex with 5 partners in the past 6-months.
- 2- In the past 6-months, you often drank or used drugs before having sex
- 3- Almost never use condoms.
- 4- Below are specific things that may put you at risk for HIV and other STD's

Traded sex for money or a place to stay

Had an STD

Sex with a partner who may have shot-up drugs

Sex with someone who had other partners

A sex partner who may have had an STD

Sex with a person who may have had HIV

The following best described you...

Thought about protecting myself, but not trying

How important is it to you to reduce your risk for HIV/STD's?

Not at all Important		Fairly Important		Very Important		Extremely Important			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

How confident are you that you can reduce your risk for HIV?

Not at all Important		Fairly Important		Very Important		Extremely Important			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Concerns/Reasons to change

Barriers/Things in the way of change

Your Risk Reduction Goal

GOAL _____

Step 1 _____

Step 2 _____

Step 3 _____

Step 4 _____

Racism, Poverty and Other Truths about Sex: Race, Class and HIV Risk among Latino Gay Men

George Ayala^{1, 2}

University of California at Los Angeles, U.S.A.

Rafael Díaz

San Francisco State University, U.S.A.

Abstract

The goal of this paper is to describe and analyze the relationship between race, class and unprotected sex among Latino gay men in the U.S. Ideas and findings presented are grounded in qualitative data collected from a four-year study of self-identified Latino gay men in New York, Los Angeles, and Miami that began in December, 1996. We conducted twenty-eight focus groups and brief surveys with 293 men. Men participating in the study not only described in detail experiences of discrimination both in and outside of their bedrooms but also spoke about race and class as major organizers of identity as well as shapers of gay social and sexual life. Interestingly, participants in focus groups with higher self-reported frequencies of sexual risk behavior were among those that devoted higher percentages of discussion to issues related to race and class. This presentation provides a framework that both expands and challenges individualistic, identity-oriented, and essentialist understandings of racism, poverty, and HIV risk.

Compendio

El objetivo de este trabajo es describir y analizar la relación entre raza, clase social y el sexo no protegido entre hombres Latinos gay en los Estados Unidos. Las ideas y hallazgos que presentamos están basados en datos cualitativos obtenidos de un estudio de cuatro años que iniciamos en diciembre de 1996, entre Latinos que se identificaban a sí mismos como gay

¹ Correspondence and reprint requests should be addressed to George Ayala, Center for Community Health, University of California, Los Angeles, 10920 Wilshire Boulevard, Suite 350, Los Angeles, California 90024; gayala@mednet.ucla.edu; Phone: 310.794.8279; Fax: 310.794.8297.

² This research was supported by a joint grant (1R01HD32776) from the Office of AIDS Research (OAR) and the National Institute of Child Health and Human Development (NICHD). We want to thank the members of the project's Community Input Group, for their many contributions to the success and increased responsiveness of the study. We would also like to thank the research participants for their time, thoughtfulness and insight.

y que residían en Nueva York, Los Angeles y Miami. Realizamos veintiocho grupos focales y encuestas breves con 293 participantes. Los hombres que participaron en el estudio no sólo describieron en detalle las experiencias de discriminación dentro y fuera de sus habitaciones sino que además hablaron de la raza y la clase como los mayores organizadores de la identidad al igual que como forjadores de la vida social y sexual gay. Interesantemente, los participantes en grupos focales con autoinformes de mayor frecuencia de conductas sexuales arriesgadas se encontraban entre aquellos que dedicaron el mayor porcentaje de las discusiones a temas relacionados a la raza y la clase social. Este trabajo provee un marco que expande y reta el entendimiento individualista, orientado a la identidad y al enfoque esencialista del racismo, la pobreza y el riesgo a la infección por el VIH.

Key Words: Race; Class; HIV risk; Racism, Poverty; AIDS.

Palabras claves: Raza; Clase; Riesgo; Racismo; Pobreza; SIDA

Latino gay and bisexual men are disproportionately at risk for HIV transmission in the U.S., showing some of the highest rates of seroprevalence, seroconversion, and unprotected anal intercourse with multiple partners (Coates, Faigle, Kojane, & Stall, 1995; Lemp, 1994; Osmond, Page, & Wiley, 1994; U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Moreover, among men who have sex with men, the HIV epidemic is increasingly becoming an epidemic of mostly men of color (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). The uneven manifestation of HIV/AIDS in the general population points to the need for models that explain the patterned distribution of the HIV/AIDS epidemic (Farmer, 1999). Although there is mounting interest and concern about the racial and economic disparities evident in the HIV/AIDS epidemic, AIDS prevention theories and research (e.g. the health belief model, the HIV risk reduction model, the theory of reasoned action, social cognitive theory, information-motivation-behavioral skills model, and the transtheoretical model) remain primarily behaviorally oriented, and person-centered (Fisher & Fisher, 2000). These models do not fully account for contextual factors that may be associated with HIV transmission perhaps better explaining the racial and economic disparities documented.

In the current literature, the impact of race and class on sexuality and risk behavior has been conceptualized somewhat narrowly, as situational events (interpersonal and/or institutional) that passively happen to individuals, resulting in personal and psychological deficits that undermine HIV preventive behavior. For example, it has been postulated that interpersonal experiences of racial discrimination lead to low self-esteem, a perception of low personal control, and increased fatalism about the inevitability of HIV infection (Díaz, 1998; 1997). Similarly, experiences of poverty have been documented to prevent access to resources, education, and health care that would normally help individuals sustain safer sex practices over time (Cochran & Mays, 1993; Friedman,

RACE, CLASS AND HIV RISK AMONG LATINO GAY MEN

Stepherson, Woods & Des Jarlais, 1992; Worth, 1990). Racism and poverty are seen as oppressively affecting individuals of racial minority groups with the assumption that such oppression results in risky sexual and drug using behavior. In a recent three-city study of Latino gay men (n=912), for example, when both psychological and contextual factors were considered the strongest predictor of HIV transmission was participation in contexts of risk (Diaz & Ayala, 2001). At present, we have only a limited understanding about these contexts and the role they play in producing HIV risk.

Interpersonal and institutional experiences of poverty and racial discrimination, although definitely true and sadly prevalent for many members of communities of color in the U.S., do not tell the whole story about how race and class impacts sexuality or the risk for HIV. It is our belief that race and class organize social life and shape sexual practice, and that individuals not only experience discrimination but also actively make choices, construct meaning, and shape situations (influenced by and according to racial and class-biased inequalities) in ways which create enhanced risk for HIV infection. Experiences of social oppression are as much products of everyday, taken-for-granted ways in which people enact their social lives, as they are the products of systems that are out of people's control. The means by which people are oppressed can be found in their day-to-day lives as well as the codes of conduct that govern them (Foucault, 1972). To date, individual and collective participation in the organization and construction of meaning, belief systems, social networks, normative values, identity and social location, as they specifically relate to race, class sex, and HIV risk are overlooked or glaringly absent.

In this paper we attempt to expand current understanding of the impact of race and class on the sexual lives of Latino gay men, and suggest possible pathways for how these social structural forces impact individual and group vulnerability to HIV. We use qualitative findings from focus groups conducted with Latino gay men in New York, Los Angeles and Miami. Focus groups were implemented in an attempt to solicit the subjective experiences of these men. By soliciting the subjective experiences of individuals directly victimized by oppression we can generate "bottom-up views of social systems" (Sarason, 1986).

The focus groups were part of a larger study that investigated the role of socio-cultural variables in the HIV risk of Latino gay/bisexual men in the U.S. The specific goal of the present paper is to describe the relationship between race, class and sex in the lives of study participants, as it emerged in the transcripts of focus group sessions, and to discuss how this relationship can create risk and increase possibilities for HIV infection.

Sampling and Recruitment Procedures

Between December 1996 and March 1997, a total of 293 men were recruited in 24 Latino-identified gay bars in the cities of New York, Los Angeles and Miami. These cities were chosen because of their large Latino populations, initially with the goal of conducting inter-ethnic comparisons between Mexicans living in Los Angeles, Cubans living in Miami, and Puerto Ricans living in New York. The Latino communities in each city, especially New York, were more ethnically mixed than originally thought. Guided by a brief screening questionnaire administered at bars, men were invited to participate in the study only if they identified as Latino/Hispanic and as other than heterosexual.

As dictated by the 2 x 2 study design, a total of 24 focus groups were conducted, 8 in each city. Approximately half of the men recruited were under the age of 30 ("Younger men") and the other half were 30 or above ("Older men"). Also, half of the men recruited indicated both dominance in and preference for Spanish and the other half of the sample indicated English as their preference. Language was used as a proxy for acculturation levels. Two focus groups were conducted for each of the four cells of the sampling frames. Age and acculturation were theorized as variables that could account for variance in reported risk behavior. Our recruitment strategies were aimed at obtaining a sample of self-identified Latino gay/bisexual men who varied in age, acculturation and geographical location. By recruiting study participants in the context of Latino-identified gay bars, we aimed to include men who for reasons of language, race and class tend to feel uncomfortable and do not participate in venues and activities associated with the mainstream (mostly White and/or middle class) gay community.

Participants

Participants were Latino, mainly self-identified gay men. Of the 293 individuals who participated in focus group interviews, 86% self-identified as gay or homosexual and another 13% self-identified as bisexual. Of the sample, 84% were between the ages of 21 and 40. Participants were highly educated (having received some college education or better) but under-employed. Only 13% of participants had not completed high school. Nearly 70% of the sample had some college education or better. In contrast, 46% of the sample was unemployed or employed on a part-time basis. Most of the participants (75%) were born abroad. Twenty percent of all participants reported a positive HIV serostatus.

Focus Group

Men recruited at the bars were invited to participate in two-hour focus groups for Latino gay/bisexual men about issues related to HIV. Based on answers to screening questions, men were assigned and scheduled to participate in the appropriate age (younger vs. older) and language (English vs. Spanish) group. Focus groups, ranging from 4 to 16 participants, took place in marketing research facilities that were easily accessible to men in each city. The conversations were audio-taped and later transcribed verbatim for qualitative analysis. Focus group questions centered on issues of gay life, sexuality, impact of AIDS, and reasons for unprotected sex for Latinos in their respective cities.

Immediately following the focus group discussion, participants were asked to fill out a short (four-page), individual, self-administered questionnaire that took about 15 minutes to complete. Men were asked to provide demographic information and to describe their sexual and substance use behavior in the last two months. Questions included: number of sexual partners; frequency of anal sex; frequency of condom use for anal sex; frequency of sex under the influence of drugs and/or alcohol; and number of sex encounters in anonymous sex venues. After the short survey, men were thanked and given \$50 in compensation for their participation.

As part of the focus groups, each participant was asked to provide descriptions and evaluations of their lives, social networks, and to discuss in detail issues related to sex, HIV, race and ethnicity, community, their own HIV serostatus, and new therapies to fight HIV infection. Central to each focus group interview were detailed accounts of difficulties participants experienced in regards to the use of condoms during sexual situations that called for their use. Participants shared both their general ideas about why Latino gay men were experiencing difficulty protecting themselves against HIV infection and very specific accounts of their own sexual experiences. A set of predetermined probes included questions about where they met their partners, the relationship they had to their sex partner, use of substances and their effects on the participant, use of condoms, feelings about the sexual event and the partner, and previous knowledge between the partners about each others' serostatus.

Analysis

Transcripts were content analyzed for recurring themes by the Principal Investigator, Project Director, and Project Coordinator. Recurring themes were then used to construct a coding scheme. Project staff refined the coding scheme and practiced coding the same transcripts until eighty percent inter-coder

agreement was achieved. NUDIST was used to manage and code the qualitative data set (Lewins, 1995).

In describing the possible relationships between race, sex and HIV risk, a social structural analysis was utilized which understands risk behaviors within the context of encompassing political forces that pattern human relationships, shape social behaviors, influence collective and subjective experiences, re-order local ecologies, and situate cultural meanings (Singer, Valentín, Baer, & Zhongke, 1992). This analysis is similar to one used in a qualitative study conducted in San Francisco that studied two groups of gay and bisexual substance abusers who practiced unprotected sex (Williams, 1996). Sexual behavior in this analysis was viewed as emerging from a complex set of social arrangements and subjective meanings, which are in part informed by institutional and other related power structures and, which can neither be fully understood by focusing on the individual nor on speculations about the individual's psychological competencies or deficiencies. Observed power inequalities were understood to reside inside social and cultural contexts, therefore making those contexts critical locations for the study of HIV risk.

Individuals were viewed as agents in the construction of their social and cultural contexts, actively seeking out options and alternatives for themselves, even individuals living under the harshest, most blatant forms of discrimination and oppression. For example, some individuals innovatively mediate discrimination, oppression, and power inequalities by purposefully shifting their subject positions across various situations and contexts. Social identity as a subject position (and its meaning) is therefore fluid and changing, not static; it is invented and re-invented depending on the demands of the social circumstances in question. Invoking an identity as an English speaking Latino gay middle class male born in the U.S., for example, suggests a particular social location in relative and changing proximity to society's opportunity structures and resources. Depending on the social, cultural, and structural forces with which an individual must contend, different aspects of their subject position may or may not be invoked. This idea draws attention to the agency, capacity, and ability of oppressed people while taking into account the institutional constraints of their lives (West, 1990).

RESULTS

There were three major findings from the qualitative analysis:

1. Participants commonly and frequently reported experiences of racial discrimination, race-based economic disenfranchisement, and race-

- based sexual objectification and exploitation;
2. Race and class were important organizers of perceptions, identity, sexual activity and social life for Latino gay men; and
 3. Focus groups with higher frequencies of sexual risk behavior were among the groups with the highest percentages of discussion devoted to issues related to race and class.

Racism Inside and Outside the Bedroom

...my first lover was white and his white friends were on his case about why he is living with a Puerto Rican lover. The fact that they could fuck with Puerto Ricans, but not have one as a lover...

There were numerous accounts offered by focus group interview participants about their experiences of racial discrimination, race-based economic disenfranchisement, and race-based sexual objectification and exploitation. Participants expressed anger, frustration, and pain over having to negotiate entry into a gay community that they described as racially stratified and white dominated. The following comment exemplifies their feelings well:

Well, my experience in growing up in a gay world...its kind of almost like if you are not Caucasian, you do not even deserve to be gay, in the sense of ... you know, like what are you doing here in these kinds of clubs. These are gay Caucasian kinds of clubs, and unless you go to a specific Hispanic club, I personally feel that you're not treated equally, not only as an individual, but because you are different, you know, race. You can also be homosexual, which I would think would be enough of a unity, just because you are gay like someone else does not unify you to any kind of organization of group. It's not enough. I feel... it's almost like a hindrance being Puerto Rican, ... to be accepted in the gay community.'

Another participant recounted the following:

I've gone home with someone and they thought that I was white and I said, "Ay Dios mío", and he said, "Yo! you're not Italian?" And I said, "No, I'm not Italian." And he opened the door for me and told me to leave.

Many participants commented about the recent and intensifying commodification and exploitation of "Latinoness". The following quotes reflect

participants' observation of this phenomenon:

I think that Latinos are the preference here for now. Not like before when it was probably an embarrassment to be Latino. Now it's kind of like a trend. Little white boys want to be Latino.

... with some white gay men it's like they see you as, again, a piece of meat. Something they could go to bed with, you know, they had their Latino boy or whatever and I've been in situations where I start talking and they're like, "Oh, you can think too?" Latinos also treat each other like that. We sometimes incorporate or believe those stereotypes about each other and we play into it.

Participants further commented on disparities they perceived and experienced between white gay men and Latino gay men. Participants specifically noted the differences in available resources and social opportunities, especially in relation to AIDS prevention services.

Race and Class as Organizing Principles

Race and class function as major organizers in the social and sexual lives of Latino gay men. Participants described race and class as motivating forces, as fundamental organizers of the rules of conduct in the gay community and as powerful shapers of gay life and gay social order.

Descriptions and accounts provided by focus group participants were organized into six "corollaries" which characterized the organizing principles of race and class. Specifically, participants described gay bars as being racially segregated and segregated by class (as determined at times by immigration status and skin color). They discussed racial and class preferences for their sexual partnering that were largely informed by race and class-based stereotypes emerging from the described social ordering of the gay community. Some men appeared to use preconceived race and class-based generalizations about other men to find sex and to assess for HIV risk.

Another corollary to race as an organizing principle is the question about how race operates as an organizer of identity among gay men. There were accounts from participants about when or whether to invoke racial/ethnic identification when negotiating sexual and social relationships, further illustrating the organizing influences of race and class. This posed a particular challenge to

recent immigrant men who were not only negotiating competing value systems (country of origin versus U.S. based and class based value systems related to sex and identity) in their transition to the U.S., but also dealing with being “racialized”, the hardships that come from “being Hispanic”, and the resulting feelings of disillusionment.

Corollary 1: Racial and class-based stratification of the gay community

Participants described the gay communities in their respective cities as ~~stratified and segregated by race and class.~~ They remarked that inside of this stratification was a hierarchy that positioned white middle class men at the pinnacle. There were reports of within group stratification as well (among Latino gay men). As this next participant noted, the Latino gay community is stratified by immigration status and class status. He remarked:

I came to realize a long time ago that Los Angeles is very stratifying, and I realized that because of the way the clubs would segregate. I just realized that white guys would go one place and the Black guys would go somewhere else, and the Mexican guys would go somewhere else. And within the Mexican or within the Latino community itself, they would even stratify even more. The Chicanos would go to a certain club, to me it's mainly Circus and Arena. The Mexicanos who just got here, straight off the boat, would go to places like La Barcito. So I began to realize that here was a huge stratification of people.

This next participant shared an experience which illustrates the pressures associated with race-based (perceived on the basis of skin color) social ordering. He stated:

And one of our friends, he's also Cuban but he's very light, whatever, he's labeled — he dresses nice and we're walking around and usually we're the ones talking shit about everybody else and we walked by a group of people and they just pointed at him and they're like, “Rage is down the street” which is a very white club. And it's like, they didn't even take a minute to think is this guy Latino or does he believe in our issues, or does he like Latinos, or nothing — right away they're like, send him down the street.

Corollary 2: Race and class as an organizer of sex

Given the racial and class-based stratification and social ordering of the gay community (with its implied power inequalities) it follows then that this social ordering organizes sexual attractions, sexual opportunities, and sexual perceptions gay men have about each other in sometimes predictable ways. For example, Latino gay men may value white men as their objects of desire over Latino or other men of color, as seen in the following exchange between two participants with different experiences.

Participant #1: So you know, most of the time we only — like I use to have only white friends because I didn't want to hang around with Latino guys. First of all because I wanted to learn English, you know. [My English] wasn't that good. And I started to get only white guys, white friends. I don't know — just the fact that they were white, I guess, you know blond.

Participant #2: Actually for me, it's kind of hard — it's like, different features. I'm a little darker. People look at me and a lot of people just assume that I'm Black... and it hard because it's like international, strictly Latin. I've dated quite a few races, but it's just that one that does it for me. And it's kind of hard because a lot of them are, like you said, attracted to the white man.

The difference in their experiences is mediated by their social location as dictated by skin color and immigration status. In the next quote, the participant described his sexual experiences with, and perceptions about, other Latino gay men. He commented about his perception of Latino gay men as only wanting anal sex in the context of a discussion about HIV risk. In this way, this participant has linked his race-based sexual perceptions with HIV risk.

I just find that having sex with Latino men always winds up being ten minutes. You know, there's not the — I don't know if it's — I think culturally we're probable not as conditioned to feel, you know, to feel intimate. To be a lot gentler and to be more caring and to touch each other more, as opposed to just getting off. It just seems like there is less foreplay. I

RACE, CLASS AND HIV RISK AMONG LATINO GAY MEN

mean, I'm sure it happens. I just personally have not had, I've had more, you know [snaps his fingers] quicker sex, you know, and the other thing, I personally don't like to have, you know, anal sex the first time, especially if I've just met someone. So that just also limits everything else, it seems like. Like, "if you're not going to fuck me then forget it". I'm like, "okay." Because I think you've got to find the ways to negotiate sometimes... to negotiate safer sex and everything enters in the process.

Participants explained that the racial and class-based ordering/organization of the gay community shapes sexual expectations and informs personal assessments made about HIV risk during sexual decision making. This next participant explained:

I do feel that there are cultures and subcultures even in Dade County. I believe specifically that there is a different culture that exists sexually, perhaps in Hialeah [Latino working class community] as compared to Miami Beach [gay tourist beach scene] as compared to Coral Gables [more suburban Latino and white middle class]. And I think that there are behaviors that go with that.

Another participant provided testimony about race and class-based assessments of HIV risk. He stated:

And of course, there's the idea that it's a white man's disease and that's it. My friend that died, that was his whole thing. It's a white man's disease. He didn't go to bed with white men. Anybody can have it, so don't even think that it has to do with any one race... there's a lot of belief of that. That it's a white man's disease. If you don't do it with a white man, you are not going to get it.

Many Latino gay men reported using "class markers" to inform sexual decision making for the purpose of reducing their chances of contracting HIV. One participant explained:

I think if you look at it more in terms of financial status, seeing that more white gays are doing better than Latino gays, then you have to think of the fact that white gays, okay, they'll get a hotel and its easier to practice safe sex or to think about it. Not saying that everyone does, but, there is that factor there with money, you know. If you have money, it's easier to take

care of yourself. Rather than being poor and just running into a little room and doing what you're going to do. These guys run into a room and they figure they're going to have sex and oh, we didn't bring a condom, are they going to run out and go get one? And go back? Most likely no.

Corollary 3: Race and class as an organizer of identity

Experiences of poverty and racism do not remain purely external events in the lives of Latino gay men, but also get translated into formulations/definitions of the self. For example, when Latino gay men live under impoverished conditions, "I am poor" and "being" Latino become identities imbued with experiences of discrimination, prejudice and rejection. Latino gay men are therefore reacting simultaneously and cumulatively to both external forces of oppression and to the internalization of those experiences that become part of a self-definition. This idea is important to understanding how and why race and class become organizers of identity.

Focus group participants spoke about the organizing effects of race and class on their identities in three ways:

1. Invoking racial and class-based identity could result in sexual rejection;
2. Identity needs to be concealed when negotiating sexual encounters, especially being poor; and
3. Reconciling gayness with being Latino and being poor can be a difficult undertaking for many Latino gay men.

Earlier in the paper we reported an account in which a participant was asked to leave his would-be sex partner's apartment upon disclosing his ethnic identity. Focus groups participants also spoke about "fronting" as a pre-requisite to living a gay life and to finding sex:

I have a lot of friends who are Latino and they play it up, they play themselves up, they front because they don't want to admit to themselves where they stand... They pretend to be someone they're not, you know, and they put up an image so that everyone else can look at them and say, "oh, he looks good."

It is important to note the relationship between race/class and sexual behavior via identity. Because race and class organize identity, sexual behavior and decision making are also influenced and shaped, since identity can be invoked to

RACE, CLASS AND HIV RISK AMONG LATINO GAY MEN

indicate or punctuate social location which in turn creates (or denies) particular social (and sexual) opportunities. This is critical to understanding the role race and class play in HIV risk. The relationship between race and risk or class and risk may not be direct or causal, but rather relationships which are mediated by (among other things) identity. Latino gay men interviewed explained that “what you show the world” about “who you are” (how one looks, how one acts and how one speaks) will determine one’s success in negotiating a racially segregated gay community.” The following focus group participant underscores this point:

Participant: But I mean, I know there is a lot of segregation...It comes down to like, you have to look a certain way, to act a certain way. You have to use the right lingo...

Moderator: So what way do you have to look? How do you have to speak?

Participant: It depends on the crowd you want to be with.

One’s ability to successfully negotiate a racially segregated community via identity may provide useful information about the avoidance or perpetuation of HIV risk.

Corollary 4: Negative perceptions about other Latinos

Some participants voiced negative, race and class-based, stereotypical views about other Latinos. These negative views are used to organize some participants’ understanding of the AIDS epidemic. The next participant attributes the high incidence of HIV infection among Latinos and Blacks to their “laziness”, their “irresponsibility” and their “lack of commitment to money”. The following are his comments:

Yeah, but it’s also because white people, they have better education. You know, they like to go to school. They like to have a career. They have a good position in the community. In Latino — like, I’m going to college right now and I’m a waiter, and sometimes, you know, I know many, many guys, like white guys or Asian or Chinese or whatever — they already have a career because they’re committed to having money. Money, you know, it counts a lot.

This participant goes on to say:

They're [white people] more responsible. They're more committed to someone in life. It's sad, but I see it many times. I've seen the busboys in the restaurant. All those places, what do you find? Latino guys. I mean if you go to a company like a firm or other hospitals and everything, you see Asian or white people because they are more committed, more responsible. It's true. I don't think it has anything to do with Liz Taylor raising money. It has helped in research and everything, but honestly, the Latino guy is lazy. Very lazy.

Many participants' as evidenced by the following quote, shared variations of this view:

And I don't go out as often as I used to. I tend to look at people more. I check a little more their background. Like I say, if I'm dating a doctor than dating someone who's a construction worker or who I know is more likely to go out and fool around a lot more, than someone who is a doctor and he's got the knowledge.

Corollary 5: Hopelessness and risk

Many participants expressed a deep sense of hopelessness and frustration in connection to the oppressive forces of poverty and racial segregation. Participants connected their sense of hopelessness and frustration with the risk for HIV infection. For example, these statements from two different participants living in different cities echo each other:

That's true how it goes together, you know, how we take care of ourselves. You know what I'm saying? Well me, for instance, I have this impending doom. You know what I'm saying? Like the world is going to come to an end, we're going to die, ... And a lot of my friends as well, being poor, living in the South Bronx, they say fuck it, it's going to be like this. They don't find their solution so they get comfortable where they are at and they limit themselves. We talk about it a lot. That's where it comes from. You get comfortable with where you're at, being Latino and poor. We're not comfortable...you don't see an out.

And then there's the psychological oppression that comes, that you're not worthy of life because you have been taught all your life, not only in the family structure, but society as a whole, that you're not worthy. So the slip on the condom could be a very normal slip because subconsciously you may be saying to yourself that, "I'm not really worthy of life. What the hell, let go." So oppression is a major factor contributing to hopelessness which then contributes to a sloppy sex life.

Corollary 6: A way out

Focus group participants commented about the exchange of sex for money, shelter or drugs. Participants' remarks suggested that understanding this exchange requires an understanding of the conditions that many Latino gay men (especially younger men) are trying to leave. The following exchange, excerpted from a focus group interview transcript, highlights not only this idea of escape or exit, but also the notion of entry: entry into a gay community, a gay life which is often defined and constructed as middle-class and white.

Participant: You see a lot of that with young kids who are dealing with drugs...young guys being offered drugs or drinks or cocaine, or just money. And you know these guys [the guys offering the drugs, alcohol and money] are more mature. A lot of the time you see white guys, that's mostly what you see, a white older guy coming over and they'll take you home, you can stay at my house. A lot of the time when these kids have no place to stay, they run to the bar, let me see whom I can stay with.

Participant: They end up in a fabulous apartment in Chelsea.

Participant: And that's when they start losing themselves. Because, I was a victim of that, too. Suddenly you start thinking that that's the only way out for now. You don't take care of the problem for the long run, you take care of it now. It's being exploited...

Participant: Because it's a way to get out of your house, if you're living with your family and you have all this poverty around you and all this situation. All of a sudden someone

AYALA, DIAZ

opens up the door for you that you didn't know was there and you're like yeah, I'm going to go this route.

The driving force is not only a desire to leave poverty but the desire to be gay. To be gay however, is to be white and middle-class. Hence the dilemma for some Latino gay men who are poor or working class, and hence the possibility for HIV infection because this often leaves Latino gay men in the position of having to navigate competing value systems or incongruencies and asks men to prioritize one subject position over the other, blurring and/or restricting the range of social and sexual choices available. Should the road away from poverty lead to "gayness"?

Higher Frequencies of Sexual Risk Behavior and Talk about Race/Class

Sexual risk scores were calculated for each focus group from individual responses to quantitative questions about sexual behavior. All twenty-eight groups were then ranked by level of risk. The focus group with the highest risk score was ranked number one. Focus groups were also ranked by the number of text units coded for discussions about race and class. The focus group with the largest number of text units devoted to discussions about race and class was ranked number one. Focus groups with the highest risk scores were also the groups with the highest percentages of text units devoted to issues related to race and class.

DISCUSSION AND IMPLICATIONS

With few exceptions, Latino gay men interviewed in all three cities shared an acute awareness of the ways racism and poverty operate both inside and outside of the gay community. Participants' articulate accounts highlight both the social constraints with which they must struggle and the powerful ways race and class shape gay life and the accompanying social and sexual rules of conduct. Race and class organize gay social life and sexual activity, mapping out social space and patterning sexual behaviors in ways that can leave Latino gay men vulnerable to HIV infection.

As a social organizer, race and class stratifies and segregates the gay community. Such stratification shapes gay life economically, socially and sexually: it determines, in part, the kind of work people do and the wages they receive, how and where people live, how and where people socialize and how and where people have sex. Respondents implied and described socially

RACE, CLASS AND HIV RISK AMONG LATINO GAY MEN

sanctioned power inequalities between groups of people determined, in part, by race and class status. Racial and class-based inequalities place gay people of different races and class backgrounds in different social locations, giving some greater access to resources and social rewards, while denying others' access. Social and sexual opportunities are sometimes mediated by skin color, sometimes by immigration status, sometimes by language preferences and at times by some combination of all three. In this way, race and class are ~~dimensions of social structure rather than merely expressions of~~ cultural differences. This is important since popular notions about race and class as merely expressions of cultural difference have informed the design of HIV prevention programs for years, giving rise to so called "culturally competent" programming which does not explicitly address social inequality nor the resulting racial and class-based organization of gay sex life.

Race and class organize sexuality and desire patterning sexual behavior in predictable and not so predictable ways. In a racially stratified, class-defined gay community, which socially sanctions power inequalities between groups of people based on race and class, desire and attractions can become skewed by the status quo. Thus, the exclusive attraction some Latino gay men expressed for white men is consistent within a context which positions white men at the top of a racial hierarchy. The objectification and exploitation of Latino gay men as commodity by white men are also consistent within this social order.

This particular organization of the gay community and sexual activity poses formidable challenges to some of its members, sometimes creating the opportunity for HIV infection. Among Latino gay men in the groups, the opportunity for HIV infection occurred when:

1. Latino gay men were invoking faulty race and class-based strategies to assess for HIV risk;
2. Race and class-determined social locations are distant (experienced or perceived) in proximity to opportunity and resource structures;
3. Latino gay men were experiencing hopelessness brought on by harsh living conditions; and
4. Latino gay men were operating with race and class-based definitions of "gayness" to negotiate entry into "a gay community" which is constructed as white and middle-class.

Taken together, it is no coincidence that focus groups reporting the most risk behavior also have the most to say about race and class.

The findings from the focus groups help us to contextualize high rates of unprotected sex among Latino gay men. These findings also have important

AYALA, DIAZ

implications for HIV prevention and point to numerous possible interventions. One possible HIV prevention intervention approach can be to encourage Latino gay men to interrogate the status quo, specifically to educate Latino gay men about the consequences of racial and class-based inequality on their sexual lives. The inter-relatedness of race, class, sex and HIV risk, however, becomes more complex when other factors like the role of racial identity in the negotiation of sex are taken into account. Another intervention approach can be to reinforce Latino gay men's capacity to navigate the complexities and incongruencies inherent in the ever-changing sexual landscape of gay life.

More research is needed to better understand these issues. Findings from new research can assist in the development of different approaches to HIV prevention, which emphasize the need to interrogate the racial and class-based stratification of the gay community, to challenge middle-class and white constructions of gayness and to challenge power inequalities, especially when those power inequalities pose danger.

References

Cochran, S. D., & Mays, V. M. (1993). Applying social psychological models to predicting HIV related sexual risk behaviors among African Americans. Special Issue: Psychological aspects of AIDS prevention among African Americans. *Journal of Black Psychology, 19*(2), 142-154.

Coates, T.J., Faigle, M., Kojjane, J., & Stall, R.D. (1995). *Does HIV prevention make a difference for men who have sex with men?* San Francisco, CA: Unpublished document. Commissioned by the Office of Technology Assessment, Congress of the United States.

Díaz, R.M., & Ayala, G. (2001). The impact of social discrimination on health outcomes: The case of Latino gay men and HIV. San Francisco, CA: Monograph Commissioned by the National Gay and Lesbian Task Force.

Díaz, R. M. (1998). *Latino gay men and HIV: Culture, sexuality, and risk behavior*. New York, New York: Routledge.

Díaz, R.M. (1997). Latino gay men and the psycho-cultural barriers to AIDS prevention. In M. P. Levine, J. H. Gagnon, & P. M. Nardi (Eds.) *In changing times: The impact of the AIDS epidemic on gay men and lesbians*. (21-244). Chicago, Ill: University of Chicago Press.

Farmer, P. (1999). *Infections and inequalities: The modern plagues*. Berkeley, CA: University of California Press.

Friedman, S. R., Stepherson, B., Woods, J., & Des Jarlais, D. C. (1992). Society, drug injectors and AIDS. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved, 3* (2), 73 - 89.

Fisher, J.D., & Fisher, W.A. (2000). Theoretical approaches to individual-level change

RACE, CLASS AND HIV RISK AMONG LATINO GAY MEN

in HIV risk behavior. In J.L. Peterson, & R.J. DiClemente (Eds.) *Handbook of HIV prevention*. (3-48). Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Foucault, M. (1972). *The archeology of knowledge*. London, England: Tavistock.

Lemp, G. (1994). Seroprevalence of HIV and risk behaviors among young homosexual and bisexual men: The San Francisco/Berkeley young men's survey. *Journal of the American Medical Association*, 272, 449-454.

Lewins, A. (1995). NUD.IST software for qualitative data analysis. *Management Learning*, 26(3), 370-373.

Osmond, D.H., Page, K., & Wiley, J. (1994). HIV infection in homosexual and bisexual men 18-29 years of age – The San Francisco Young Men's Health Study. *American Journal of Public Health*, 84, 1933-1937.

Sarason, S.B. (1986). The nature of social problem solving in social action. In E. Seidman & J. Rappaport (Eds.) *Redefining social problems*. (11-28). New York, New York: Plenum Press.

Singer, M., Valentín, F., Baer, H., & Zhongke, J. (1992). Why does Juan García have a drinking problem? The perspective of critical medical anthropology. *Medical Anthropology*, 14, 77 - 108.

U.S. Department of Health and Human Services (2000). HIV/AIDS among racial/ethnic minority men who have sex with men – United States, 1989-1998. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 49(01); 4-11.

West, C. (1990). The new cultural politics of difference. In R. Ferguson, M. Gever, T. T. Minh-ha, & C. West (Eds.) *Out there: Marginalization and contemporary cultures*. (19 - 38). Cambridge, Massachusetts: The New Museum of Contemporary Art and Massachusetts Institute of Technology.

Williams, A. M. (1996). *Sex, drugs and HIV: A sociocultural analysis of two groups of gay and bisexual male substance users who practice unprotected anal sex*. Unpublished paper. San Francisco, CA: Department of Anthropology Yale University, Center for AIDS Prevention Studies, and Department of Epidemiology and Biostatistics, University of California, San Francisco.

Worth, D. (1990). Minority women and AIDS: Culture, race and gender. In D. A. Friedman (Ed.) *Culture and AIDS*, (111 - 1350). New York, New York: Praeger Publishers.

Nuestra Juventud Adolescente: ¿Cuál es el Riesgo de Contraer VIH?

Margarita R. Moscoso-Alvarez¹
Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Rosa V. Rosario
Universidad Central del Caribe, Puerto Rico

Linnette Rodríguez
Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Resumen

El propósito de este estudio fue identificar cuán a riesgo está la población adolescente puertorriqueña en las escuelas de contaminarse con el virus de inmunodeficiencia humana. La muestra fue seleccionada usando un diseño estratificado por conglomerado en dos etapas y fue pesada para representar al estudiantado de escuelas intermedias y superiores de Puerto Rico. El total de la muestra fue de 3,101. Un 25.8% de la muestra reportó haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida. Menos de la mitad de los/as activos/as sexualmente (48.5%) usaron condones en su última relación sexual mientras que una tercera parte indicó que siempre lo usaba. Encontramos diferencia significativa en el uso de protección entre las féminas y los varones y por grado académico. Utilizamos cinco factores para crear una escala de riesgo para VIH. Aproximadamente 50% del estudiantado reportó que no tenía ningún factor de riesgo mientras que entre los/as que habían tenido relaciones sexuales, el 47.5% ha realizado dos conductas de riesgo y 31.1% realizó tres o más conductas. Los varones tenían más factores de riesgo que las féminas. Un poco más de la mitad del estudiantado indicó que se abstendría de tener relaciones sexuales para no contraer VIH. Aunque observamos un aumento en el uso del condón y en la intención de abstinencia para no contraer VIH por parte de los/as adolescentes al comparar estos datos con los datos del 1994, un porcentaje considerable de estudiantes puertorriqueños/as aun están realizando conductas que les colocan a riesgo de contraer el VIH.

Abstract

The objective of this study was to identify the level of risk for HIV infection of Puerto Rican adolescents in school. We selected the sample using a stratified design by conglomerate in two phases which was weighted to represent middle and high school students in Puerto

¹ Catedrática Auxiliar; Departamento Fundamentos de la Educación, Facultad de Educación, Universidad de Puerto Rico, Recinto de Río Piedras. Puede comunicarse con las autoras a la dirección electrónica mrmoscoso@hotmail.com.

Rico. The sample consisted of 3,101 participants. 25.8% of the sample reported having sexual relations at least once in their lives. Less than half of those sexually active participants (48.5%) used condoms in their last sexual relation while one-third reported always using condoms. There was a significant difference in the use of protection between females and males and between school grades. Five factors were used to develop an HIV risk scale. Approximately 50% of the students reported no risk factor, while among those sexually active 47.5% reported at least two risk factors, and 31.1% reported two or more risk factors. Males reported a higher number of risk factors than females. Half of the students reported that they would abstain from sexual relations to avoid HIV infection. Participants showed increased condom use and increased intention to abstain from sexual relations as a way to avoid HIV infection when compared to those surveyed in 1994; however a considerable percentage of Puerto Rican adolescents are still practicing risk behaviors for HIV infection.

Palabras clave: Adolescentes; Riesgo de contagio con VIH/SIDA

Key words: Adolescents; HIV/AIDS risk

La adolescencia es una época en el desarrollo del ser humano en la cual ocurren cambios tanto físicos, cognoscitivos, como socio-emocionales. En la adolescencia las personas están en búsqueda de su identidad física, sexual y emocional. Es en esta etapa cuando la juventud toma decisiones que posteriormente afectan su vida adulta. Al hacerlo se concentran más en los riesgos inmediatos que en aquellos a largo plazo. Comienzan a experimentar con aquellas conductas que le han sido prohibidas y que se consideran conductas de personas adultas. Algunas de las conductas que observamos en la adolescencia son las relaciones sexuales, el uso de drogas y conductas violentas desafiantes. Estas manifestaciones no se dan aisladas sino que aparecen mayormente por modelaje o en respuesta al medio ambiente en que la persona adolescente se desenvuelve.

El desarrollo físico de la persona en la adolescencia está marcado por la madurez sexual aunque no presupone que asuma los roles, las responsabilidades y los derechos asociados a dicha etapa de desarrollo. A pesar de esto, muchas personas jóvenes comienzan a estar activas sexualmente. Rodríguez, Moscoso, Parrilla y Rebollo (1994) reportaron que para el 1990, el 18.1% del estudiantado adolescente puertorriqueño en escuelas públicas y privadas entre 7mo y 12mo grado había tenido relaciones sexuales y el 41.1% de éste reportó haber tenido su primera relación a los 12 años o antes. En una encuesta similar, realizada en 1994 (Moscoso, Rodríguez-Figueroa, Parrilla, Robles & Colón, 1998) un porcentaje mayor de adolescentes (28.8%) reportó haber tenido alguna vez una relación sexual y la mayoría (45.8%) indicó haber tenido su primera relación antes de los 14 años. Una proporción mayor de varones que de mujeres estaban activos sexualmente antes del décimo grado. De los/as activos/as sexualmente, el 27.6% indicó que siempre había usado condón durante sus relaciones sexuales

pero solamente 44.5% indicó haber usado condones en su última relación sexual.

En Puerto Rico el Departamento de Educación ha realizado varias encuestas en años alternos (1991,1995,1997) para identificar conductas de riesgo en adolescentes de 9no a 12mo grado en las escuelas públicas de la Isla. El instrumento que se ha utilizado es el *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) diseñado por los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades en Atlanta (CDC por sus siglas en inglés). En el informe publicado en 1998 (Departamento de Educación) sobre el estudio del 1997 se reportó que el 31.0% del estudiantado estaba activo sexualmente. Este por ciento es menor que el que se había encontrado en 1995, cuando 36.5% reportó la conducta. De los/as que habían tenido relaciones sexuales para 1997, el 34.0% indicó haber usado condón en su última relación sexual. El 21.3% reportó haber tenido cuatro o más parejas sexuales en su vida. Algunos estudios han señalado que las personas jóvenes tienden a usar condón como anticonceptivo y no para evitar contagiarse con enfermedades de transmisión sexual (Grimley, Riley, Bellis, & Prochaska., 1993).

En un estudio de mujeres adolescentes se encontró que aquellas que participan de conductas sexuales de riesgo están más a riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH (Taylor-Seehafer, & Rew, 2000). Los factores que contribuyen a este riesgo son el inicio temprano de las relaciones sexuales, el uso inconsistente del condón, y la relación sexual sin protección. Los autores también encontraron que los factores de protección para prevenir el inicio temprano de la relación sexual son tener una sexualidad saludable, que existan vínculos entre la familia y la escuela y la presencia de personas adultas que se ocupan del o de la joven.

Las conductas de alto riesgo están más propensas a ocurrir cuando las personas adolescentes ingieren alcohol y/o drogas (Fortenberry, 1995; Shrier, Emans, Woods, & DuRant, 1997). También, Huba et al. (2000) en su revisión de literatura sobre factores de riesgo y características de las personas jóvenes que tienen VIH o están a riesgo de contraerlo, señalan que el uso de sustancias es un factor que consistentemente se ha señalado por varios autores y autoras, en especial aquellos/as que trabajan con población Latina en Estados Unidos, como uno que aumenta la probabilidad de no usar el condón durante las relaciones sexuales. La persona adolescente que está bajo los efectos de una droga puede incurrir en conductas comprometedoras para su bienestar al no evitar las relaciones sexuales sin protección. El uso de alcohol y otras drogas ha resultado ser uno de los mayores predictores de conductas de alto riesgo para contraer ETS o VIH entre estudiantes de escuela superior. Para el 1997 la mayoría de las

personas adolescentes en Puerto Rico (70.3%) había consumido bebidas alcohólicas y drogas ilícitas (15.1%) alguna vez en su vida (Mosocoso, Parrilla, Robles, Colón, & García, 1998). En el estudio previamente citado del Departamento de Educación se informó, que el uso de marihuana, la droga de preferencia de las personas adolescentes después del alcohol y el cigarrillo, se mantuvo igual en 1994 y 1997 (15%) y que el 3.1% de las personas adolescentes escolares indicó haberse inyectado drogas (Moscoso et al, 1998).

La actividad sexual y el uso de sustancias coloca a las personas adolescentes en riesgo no sólo de tener embarazos no deseados y de contraer enfermedades de transmisión sexual, sino también de contraer VIH. El Departamento de Salud, en los datos de vigilancia del SIDA, indica que de los 25,662 casos reportados hasta febrero de 2001, el 1% de los casos de SIDA está entre 13 a 19 años, el 18% está entre las edades de 20 a 29 años y el 44% entre los 30 a 39 años (Departamento de Salud, 2001). La razón principal de transmisión de VIH para estos casos fue el uso de drogas inyectadas (55%) en los varones y el contacto heterosexual (59%) en las mujeres. Se puede hacer una inferencia de que muchos de los casos que se encuentran en estos rangos de edad posiblemente se contaminaron con el virus durante su adolescencia debido a que el promedio de años de incubación de la enfermedad es de 10 a 15 años.

Las conductas de riesgo que las personas jóvenes practican son elementos importantes para la transmisión del VIH. Estas conductas están directamente asociadas a una serie de valores, creencias, actitudes y conocimientos que dictan finalmente si la persona adolescente realizará la conducta de riesgo. Estas conductas de riesgo solamente puede controlarlas la misma persona. Las actitudes de las personas jóvenes son predictores de su intención de usar condones o píldoras (Craig et al., 2000). Estos autores también reportaron que a mayor edad menor era la intención de usar el condón. Las féminas que habían tenido experiencia previa con su uso, indicaron no tener la intención de usarlo de nuevo.

La percepción de riesgo que tiene la persona joven es un factor que se ha identificado como influyente al momento de actuar. Algunos estudios con esta población han demostrado que la persona adolescente está más dada a usar condones si se siente susceptible y si siente miedo de contraer la enfermedad independientemente del conocimiento que tenga de la misma. Específicamente la auto-eficacia sexual y la autoestima son predictores de intención para usar el condón (Colón, Wiatrek, & Evans, 2000).

Otro factor que se ha estudiado como predictor de conductas de riesgo es el conocimiento que pueda tener la persona joven sobre la enfermedad y los

factores de prevención. En Puerto Rico se encontró que solo el 54.7% de las personas jóvenes conocían correctamente más de un 75% de las preguntas de conocimiento sobre VIH que les proveyeron (Moscoso, Rodríguez, Parrilla, Robles, & Colón, 1998). Otros estudios han demostrado que el conocimiento sobre la prevención de VIH no siempre es garantía de que la persona adolescente va a usar condones (Brown, DiClemente, & Park, 1992).

A pesar de que en nuestra opinión la abstinencia es la forma idónea para prevenir el contagio de VIH, muchas personas adolescentes escogen estar sexualmente activas. La consistencia del uso de condón en la relación sexual se ha reconocido como uno de los factores para prevenir el contagio. Por lo tanto la inconsistencia en su uso constituye un riesgo.

Este artículo se dirige a tratar de contestar las preguntas ¿cuán a riesgo de contraer VIH ha estado nuestra juventud? y ¿cómo las conductas o actividades que ponen a riesgo a las personas adolescentes han variado a través del tiempo?

METODO

En este estudio analizamos los datos recopilados durante el año académico 1997-98 por la encuesta Consulta Juvenil. Esta encuesta la realiza bi-anualmente en Puerto Rico desde el 1990 el personal de la Universidad Central del Caribe y la Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción. El propósito principal de Consulta Juvenil es monitorear los patrones de uso de drogas entre las personas adolescentes puertorriqueñas e identificar los factores de riesgo asociados al uso de sustancias. En la encuesta se obtienen datos sobre el ambiente individual, escolar, familiar, y social de la persona adolescente. En las primeras dos encuestas de Consulta Juvenil (1990-91 y 1992-93) se recogió información de los patrones de consumo del estudiantado de escuelas intermedias y superiores de Puerto Rico. A partir de Consulta III (1994-95) se incluyen además datos de la prevalencia del uso de sustancias del estudiantado de quinto y sexto grado.

Participantes

Para realizar dicho estudio utilizamos una muestra estratificada por área geográfica (metropolitana y no metropolitana), nivel escolar (elemental -5to y 6to grado- intermedio y superior) y tipo de escuela (pública y privada). La estratificación generó 12 estratos de los cuales seleccionamos 10 escuelas para un total de 120 escuelas, de las cuales 113 accedieron a participar. Dentro de cada escuela se seleccionaron 2 salones de clases utilizando una tabla de

números aleatorios tipo Kish. Todos el estudiantado perteneciente a estos salones formaron parte de la muestra de estudiantes para la encuesta.

El total de estudiantes que contestaron la encuesta en los grados entre 7mo y 12mo fue de 3,101. La tasa de participación en el grupo de adolescentes fue de 83.7% y la tasa de ausentismo fue de 11.0%. El 5.2% rehusó participar en el estudio. Los datos fueron ponderados para representar aproximadamente 329,729 estudiantes. El 55.1% de la muestra fueron estudiantes en escuela intermedia y el 53.3% eran niñas. Sus edades fluctuaban entre 12 a 19 años con una mediana de edad de 14 años.

Instrumento

Las personas encuestadas contestaron un cuestionario auto-administrable que contenía preguntas sobre aspectos sociodemográficos, uso de drogas, actitudes hacia el uso de drogas, uso de drogas por familiares y amistades, estado físico y emocional, relaciones sexuales, conocimiento y actitudes ante el SIDA y experiencia escolar y familiar.

Procedimiento

Previo a la administración de la encuesta se consultó a los padres y madres de las personas jóvenes seleccionadas en la muestra para obtener el consentimiento de participación de su hijo/a. El consentimiento incluyó el propósito del estudio y garantías de confidencialidad a la escuela y a la persona a nivel individual. La recolección de datos se realizó durante el primer semestre del año escolar 1997-98 por personas adiestradas en aspectos de confidencialidad y administración de la encuesta. La encuesta se administró durante uno de los períodos de clases. Los/as estudiantes encuestados fueron las personas que estuvieron presentes durante la encuesta y que fueron autorizadas por sus padres y madres a participar en este estudio.

Análisis

Todos los análisis se realizaron usando los programas de SPSS-PC y SUDDAN. La estadística utilizada para considerar que las proporciones diferían más allá de lo esperado por errores de muestreo fue la prueba de Z con el criterio de una probabilidad igual o menor al .05.

RESULTADOS

Experiencia de Relación Sexual

El 25.7% (778) indicó haber tenido alguna relación sexual en su vida; de estos el 17.32% era del género femenino y el 35.1% del género masculino. El por ciento de estudiantes que reportó haber tenido relaciones sexuales aumentó según el grado escolar (7.4% en 7^{mo} y 44.2% en 12^{mo}) (Veáse Tabla 1). Los hombres tuvieron su primera relación sexual más temprano que las mujeres. El 28.5% de los varones tuvieron su primera relación sexual a los 14 años, mientras que las mujeres (27.8%) la tuvieron a los 15 años. Los/as jóvenes han tenido mayormente relaciones sexuales vaginales (84.6%) y orales (27.9%).

La mitad de los adolescentes (49.5%) sólo han tenido relación sexual con una persona, mientras que el 23.0% ha tenido relación sexual con dos personas y el 27.5% con tres o más. Los varones estudiantes del décimo grado indicaron haber tenido más parejas sexuales que sus homólogos.

Tabla 1

Porcentaje de Estudiantes Activos Sexualmente por Grado Escolar y Género, 1997.

Grado	Género		Total(%)
	Masculino (%)	Fémenino (%)	
7mo	6.2	5.1	7.4
8vo	13.8	10.9	19.6
9no	16.0	14.2	22.0
10mo	22.6	22.5	33.5
11mo	21.4	21.5	36.4
12mo	20.0	25.8	44.2
Total n (%)	485 (35.1)	274 (64.9)	759 (100%)

En la Tabla 2 presentamos los métodos anticonceptivos usados por las personas adolescentes en su última relación sexual. El 33.1% indicó no haber usado ningún método, mientras el condón (48.5%) fue el método de prevención más utilizado.

El 39.1% de las mujeres y el 27.4% de los varones indicó no usar ningún método para evitar el embarazo durante la última relación sexual. Las mujeres indicaron haber usado el condón (29.9%) y separarse antes del orgasmo (19.9%). El 55.8% de los varones indicó haber usado condón y el 9.5% dijo que se separó antes del orgasmo.

Tabla 2

Métodos Anticonceptivos Usados por el Estudiantado por Género, 1997.

Métodos Anticonceptivos	Género		Total (%)
	Masculino (%)	Femenino (%)	
Condomes	57.6	31.8	48.5
Ninguno	28.2	42.0	33.1
Separarse antes orgasmo	9.6	21.2	13.7
No Sabe	3.1	2.0	2.7
Píldoras	1.3	1.6	1.4
Otro método	.2	1.2	.6
Total (n)	450	245	695

Cuando analizamos el método que utilizaron para evitar el embarazo durante la última relación sexual que sostuvieron los/as estudiantes por grado, encontramos que el método que más utilizaron fue el condón independientemente del grado (Véase Tabla 3).

Cabe señalar que más de la mitad del estudiantado de 7mo (63.2%) y 9no (67.3%) indicó haber hecho uso del condón en comparación con estudiantes de otros grados. El segundo método más utilizado fue la separación antes del orgasmo. Este fue utilizado mayormente por estudiantes de escuela superior. Los/as estudiantes de 10mo grado seguido por los de 12mo, fueron los/as que indicaron no haber usado ningún método durante su última relación sexual.

Le preguntamos a los adolescentes cuántas veces él o su pareja había usado condón cuando tenían relaciones sexuales. El 30.2% lo ha usado siempre. El 38.1% indicó nunca haberlo usado. Como se puede apreciar en la Tabla 4, más varones que mujeres reportaron mayor uso del condón regularmente (casi siempre, 9.1%; siempre 35.4%).

Tabla 3

Métodos Anticonceptivos por Grado Escolar, 1997.

Métodos Anticonceptivos	Grado					
	7 %	8 %	9 %	10 %	11 %	12 %
Condomes	63.2	47.7	67.3	43.6	47.7	40.1
Ninguno	28.9	33.0	27.1	36.2	32.0	34.6
Separarse antes del orgasmo	5.3	8.0	4.7	13.5	17.0	22.2
No Sabe	2.6	9.1	.9	3.7	.7	1.9
Otro Método	—	1.1	—	1.2	.7	—
Píldoras	—	1.1	—	1.8	2.0	1.2
Total (n)	38	88	107	163	153	162

Con el propósito de medir cuánto temor tienen los/as adolescentes de contraer el VIH se le preguntó si se abstendrían de tener relaciones sexuales para evitar infectarse. El 58.3% indicó que definitivamente sí se abstendrían, 8.2% indicó que probablemente sí, 3.9% indicó que probablemente no y 13.6% dijo que definitivamente no se abstendrían. El 16.0% de los/as adolescentes indicó que no estaban seguros de lo que harían.

Tabla 4

Frecuencia del Uso del Condón por el Estudiantado cuando Tienen Relación Sexual, 1997.

Frecuencia del Uso del Condón	Género		Total
	Masculino (%)	Fémefino (%)	
Nunca	32.7	48.3	38.1
Casi nunca	16.2	17.4	16.5
Ocasionalmente	6.5	9.1	7.5
Casi siempre	9.1	5.7	7.8
Siempre	35.4	19.6	30.2
Total (n)	474	265	759

Uso de Substancias

El 92.3% del estudiantado que ha tenido relaciones sexuales también alguna vez ha ingerido bebidas alcohólicas y el 36.4% ha usado alguna droga ilícita en algún momento. Un 19.2% reportó haber usado alcohol cuando ha tenido relaciones sexuales y 9.2% ha usado drogas. Esta conducta fue mayormente reportada por los varones. El uso de pastillas no recetadas ha ido en aumento en Puerto Rico. Para 1997, se encontró que la prevalencia de uso de pastillas alguna

vez entre la juventud fue de 6.3% comparado con 3.2% en años anteriores. Las féminas reportaron más uso de pastillas no recetadas que los varones. Los/as jóvenes indicaron que la percepción de daño es la razón principal que ellos tienen para no usar drogas. La mayoría (83.2%) entiende que estas hacen daño al cuerpo y la mente.

Conocimiento de VIH y SIDA

Le presentamos al estudiantado ciertas aseveraciones sobre métodos de protección y contagio del VIH para medir su conocimiento. Aproximadamente una tercera parte del estudiantado indicó correctamente la contestación a las aseveraciones mientras que aproximadamente un 15% indicó que no sabía las respuestas. (Véase Tabla 5).

Tabla 5

Conocimiento del Estudiantado de Medios de Prevención y Contagio del VIH, 1997.

Aseveraciones	Conocimiento		
	Cierto	Falso	No Sé
Uno puede contagiarse con el virus del SIDA al tener contacto con la sangre contaminada.	77.7	7.6	14.7
Las personas pueden estar infectadas con SIDA sin tener síntomas.	57.2	12.4	30.4
Los condones protegen contra el SIDA.	40.8	32.0	27.2
Sólo los hombres homosexuales pueden adquirir SIDA.	7.4	81.3	11.4

Le preguntamos al estudiantado dónde obtenía la información que tenían sobre sexualidad y embarazo. Las fuentes de información que indicaron fueron: la escuela (59.5%), la casa (35%), la televisión (15.8%), los periódicos (7.3%) y la radio (3.6%). La información sobre SIDA y ETS la recibieron de: la escuela (63.4%), la casa (31.1%), la televisión (18.4%), los periódicos (8.9%), la radio (4.5%) y de otros lugares (8.9%).

Escala de Conductas de Riesgo para Contraer el Virus de VIH

Con el propósito de inferir cuán a riesgo puede estar nuestra juventud escolar de contraer el VIH construimos una escala compuesta de cinco conductas. Las conductas de riesgo que consideramos fueron (a) haber tenido relación sexual, (b) haber usado alcohol o drogas ilícitas, (c) haber tenido relación sexual con

personas de alto riesgo, (d) no usar condón cuando tenían relaciones sexuales, y (e) haber tenido más de dos parejas sexuales. El 50.5% del estudiantado participante no informó tener conductas de riesgo para contraer la enfermedad del SIDA.

Entre aquellas personas jóvenes que ya habían tenido relaciones sexuales encontramos que el 78.6% manifestó dos o más conductas de riesgo. Los estudiantes varones y el estudiantado que está en escuela superior reportaron más conductas de riesgo que las mujeres y el estudiantado de la escuela intermedia. Más de la mitad de las féminas (60.0%) habían experimentado con dos conductas de riesgo comparado con el 39.9% en los varones. El 37.2% de los varones reportaron tres o más conductas de riesgo (Véase Tabla 6).

Tabla 6

Número de Factores de Riesgo para Contraer VIH por Género y Nivel Escolar, 1997.

Número de Conductas de Riesgo	Género		Nivel Escolar		
	Masculino %	Femenino %	Intermedio %	Superior %	Total %
1	22.8	17.8	30.8	16.5	21.4
2	39.9	60.0	43.0	49.8	47.5
3	25.9	13.5	16.7	23.3	21.0
>3	11.3	8.7	9.5	10.5	10.1
Total n	486	275	263	516	778

CONCLUSION

Aproximadamente una cuarta parte de nuestra juventud escolar ha tenido relaciones sexuales, siendo la mediana de edad 14 años. Más de la mitad ya ha tenido relaciones con más de dos parejas. Casi la mitad de las mujeres indicó no haber usado ningún método en su última relación para evitar el embarazo. Un poco más de la mitad de los varones indicó haber usado condón como protección.

Se sabe que la probabilidad de contagiarse con el VIH aumenta cuando se tienen relaciones sin protección ¿Por qué entonces la juventud no se protege? Hay dos o tres posibles respuestas, podría ser por desconocimiento, porque juegan a la ruleta rusa, "a mí no me va a pasar...."; porque no les gusta usar el condón o porque pierden el control o sienten inhibición antes de tener relaciones y se les olvida usar el condón.

Este estudio revela que un sector mayoritario de la juventud escolar puertorriqueña desconoce la protección del condón para prevenir el contagio con el virus. Aunque este no es un factor que algunos estudios han encontrado que está asociado a la intención para usar un condón, el conocimiento es importante.

Como ya indicamos, muchos estudios han encontrado la percepción de riesgo como el mejor predictor para el uso del condón. Nuestra juventud indicó que no usa drogas por la percepción del daño que entienden hace a su cuerpo y mente. Un poco más de la mitad indicó que se abstendrían de tener relaciones sexuales para no contagiarse. Cabe entonces preguntarse si el uso inconsistente del condón está relacionado con la baja percepción de riesgo al contagio con el VIH.

Algunos estudios anteriores han demostrado que el uso de sustancias es un predictor para no usar el condón. Una tercera parte de las personas encuestadas indicaron usar alguna sustancia previo a la relación sexual y tres cuartas partes han usado alcohol alguna vez en su vida. El por ciento de estudiantes que está usando marihuana y pastillas no recetadas como el "éxtasis" ha ido en aumento.

La juventud está en alto riesgo de contraer el VIH. Este riesgo es mayor entre estudiantes de ambos géneros, de escuela superior. El Departamento de Educación al igual que el Departamento de Salud en Puerto Rico han estado gestando varias iniciativas para educar a nuestra juventud para que se protejan de la infección con el VIH. Los programas de prevención se dirigen a exhortar a la juventud a usar el condón o a no tener relaciones sexuales (abstinencia).

Los programas que se diseñen tienen que dirigirse a crear actitudes positivas hacia el uso del condón tanto en las mujeres como en los varones además de aumentar el conocimiento sobre la enfermedad. Deben también dirigirse a identificar los mitos y/o creencias que estén asociados a esa actitud. Deben contar con la participación de la familia y la escuela como mediadores de la información y las conductas de las personas adolescentes puertorriqueñas.

Al examinar estos datos podemos concluir que hay mucho por hacer por nuestra juventud puertorriqueña. Debemos continuar monitoreando periódicamente las conductas de riesgo ya que éstas constituyen un fenómeno dinámico. Sobre todo, es importante que los cambios en los patrones de estas conductas se utilicen para la planificación de programas preventivos que vayan a la par con nuestra realidad social y cultural.

Referencias

Brown, L.K., Di Clemente, R.J., & Park, T. (1992). Predictors of condom use in sexually active adolescents. *Journal of Adolescent Health, 13*, 651-657.

Colón, R.M., Wiatrek, D.E., & Evans, R.I. (2000). The relationship between psychosocial factors and condom use among African-American adolescents. *Adolescence 35*(139), 559-568.

Craig, D.M., Wade, K.E., Allison, K.R., Irving, H.M., Williams I., & Hlibka C.M. (2000). Factors predictive of adolescents' intentions to use birth control pills, condoms, and birth control pills in combination with condoms. *Canadian Journal of Public Health, 91*(5), 361-367.

ADOLESCENTES Y VIH

Departamento de Educación de Puerto Rico (1998). *Encuesta de conductas de riesgo en adolescentes de 9no a 12mo grado de las escuelas públicas de Puerto Rico, 1997. Resumen.* Documento Inédito.

Departamento de Salud de Puerto Rico, Sección vigilancia PASET. (2001). *Casos de SIDA confirmados en Puerto Rico hasta 2/28/2001.* San Juan, Puerto Rico: Autor.

Fortenberry, J.D. (1995). Adolescent substance use and sexually transmitted diseases risk: A review. *Journal of Adolescent Health, 16*(4), 304-308.

Grimley, D.M., Riley, G.E., Bellis, J.M., & Prochaska, J.O. (1993). Assessing the stages of changes and decision making for contraceptive use for the prevention of pregnancy, sexually transmitted diseases, and acquired immune deficiency syndrome. *Health Education Quarterly, 20*(4), 455-70.

Huba, G.J., Melchior, L.A., Panter, A.T., Trevithch, L., Woods, E.R., Wright, E., Feudo, R., Tierney, S., Schneir, A., Tenner, A., Remafedi, G., Greenberg, B., Sturdevant, M., Goodman, E., Hodgins, A., Wallace, M., Brady, R., & Singer, B. (2000). Risk factors and characteristics of youth living with, or at high risk for HIV. *AIDS Education and Prevention, 12*(6), 557-575.

Moscoso, M.R., Parrilla, I., Robles, R.R., Colón, H.M., & García, M. (1998, abril). El uso de drogas en los escolares puertorriqueños. *Consulta Juvenil IV, 1997-98.*

Moscoso, M.R., Rodríguez-Figueroa, L., Parrilla, I., Robles, R.R., & Colón, H.M. (1998). HIV/AIDS risk factors among adolescent students in Puerto Rico, 1994. *Boletín Asociación Médica de Puerto Rico, 89* (7,8,9), 140-145.

Rodríguez, L., Moscoso, M.R., Parrilla, I., & Rebollo, J. (1994). Risk factors for HIV infection reported by adolescent students in Puerto Rico, 1991. *Clinical Research Info, 11* (2), 8-10.

Shrier, L.A., Emans, S.J., Woods, E.R., & DuRant, R.H. (1997). The association of sexual risk behaviors and problem drug behaviors in high school students. *Journal of Adolescent Health, 20*, 377-383.

Taylor-Sechafer, M., & Rew, L. (2000). Risky sexual behavior among adolescent women. *Journal of the Society of Pediatric Nurses, 5*(1), 15-25.

The Development of HIV/AIDS Policy and Its Implications for Latinas: Gender becomes Destiny

Miguelina Ileana León¹
*National Minority AIDS Council,
Washington DC, U.S.A.*

Compendio

El impacto de la epidemia del SIDA en las mujeres se reconoce desde el 1990. Sin embargo muchas de las políticas y estrategias para enfrentar la epidemia no toman en consideración la relación entre la vulnerabilidad de la mujer y su situación de desigualdad social. En este trabajo presento una visión general de la epidemia y su impacto en las mujeres a nivel mundial. Presento además; datos epidemiológicos que subrayan el impacto desproporcional de la epidemia en las mujeres de grupos minoritarios en los Estados Unidos y Puerto Rico. Describo como el estigma impide una percepción clara de las necesidades de prevención de las mujeres y cómo las políticas gubernamentales no contribuyen al desarrollo de estrategias adecuadas para enfrentar la pandemia. Identifico como políticas importantes de examinar detalladamente las restricciones para financiar programas de intercambio de jeringuillas, los obstáculos para desarrollar métodos de prevención controlados por la mujer, los programas compulsorios de notificación de pareja y la tradicional exclusión de las mujeres de los ensayos clínicos. Concluyo que a pesar de que hemos progresado en la respuesta global a la epidemia durante la pasada década, esta respuesta ha estado matizada por el estigma y la marginalización de la mujer. El aumento dramático de las infecciones de VIH en las mujeres se debe en parte al fracaso de los gobiernos en desarrollar e implementar programas sensibles a los asuntos de género.

Abstract

The impact of HIV on women has been widely recognized since early 1990. However, many policies and strategies to respond to the epidemic among women have not adequately addressed the relationship between women's vulnerability and their unequal status in society. In this work I present a general overview of the epidemic and its global impact on women. I also present epidemiological data that underscore the disproportional impact on minority women in the United States and Puerto Rico. I describe how stigma hinders a clear perception of women's prevention needs and how governmental policies do not effectively contribute to the development of effective strategies to address the pandemic. I identified

¹ Ms. León is the Director of Government Relations of the National Minority AIDS Council. All requests for information should be addressed to NMAC, 1931 13th St., NW, Washington, DC, 20009. E-mail mleon@nmac.org.

several important policies to be addressed such as the federal ban on funds for needle exchange programs, obstacles for the development of female controlled prevention methods, compulsory partner notification programs, and the traditional exclusion of women from research and clinical trials. I conclude that although significant progress has been made in responding to the epidemic among women during the last decade, this response has been characterized by stigmatization and marginalization of women. The dramatic increase in HIV among women is in part due to the failure of governments to develop and implement gender sensitive programs.

Palabras clave: Mujeres y SIDA; Políticas de SIDA; Estigma; Marginalización

Key words: Women and AIDS; AIDS policies; Stigma; Marginalization

The HIV/AIDS pandemic is significantly affecting women both globally and in the United States. Nearly half of the persons living with HIV worldwide are women and the spread of HIV among women has increased rapidly. AIDS identified in the early 1980's among gay men and perceived as mostly affecting males has spread rapidly throughout the world and is radically affecting women in key regions, such as Sub-Saharan Africa, and the Caribbean. Moreover the gap between the male and female ratio of people affected is shrinking in many countries throughout the world (UNIFEM, 2000).

Gender inequality plays a key role in the incidence and the response to HIV/AIDS. Gender refers to the socially constructed concepts of masculinity and femininity that define the position of men and women in relation to each other. Power is the defining variable in these relationships. The social construction of gender and gender roles may vary between and within cultures. However gender serves to shape and define the different role expectations, opportunities, social, economic and political status, and power of men and women within society (UNIFEM, 2000). Since the 1980's the World Health Organization has recognized the strong interrelationship between the social, economic and cultural status of women and women's health (Patton, 1992). Throughout the world, despite variations in class, race, and ethnicity, women have lower social, economic, and cultural status and consequently less power, when compared to their male counterparts.

The impact of HIV on women has been widely recognized since the early 1990's. However, many policies and strategies geared to respond to the epidemic among women have not adequately addressed the relationship between women's vulnerability to HIV and their unequal status in society. Elizabeth Reid's (Reid, 1992) observation eloquently sums up the problem:

One of the most striking features of the response to the HIV epidemic to date is how few of the policies and programs we have developed relate to women's

WOMEN AND HIV POLICY

life situations. The daily lives of women and the complex network of relationships and structures, which shape them, are well known to women and well documented. Despite this, our theories, research agendas, policies and programs have not been grounded in and informed by these experiences (p. 81).

In the third decade of the epidemic, HIV is affecting more and more women who suffer the adverse consequences of these gender inequities. This paper focuses on the impact of HIV/AIDS related public policies on women, with a focus on Latinas.

OVERVIEW OF THE HIV/AIDS EPIDEMIC AND ITS IMPACT ON WOMEN

HIV/AIDS sharply highlights and reinforces the social and economic inequality experienced by vulnerable populations by gender, race, ethnicity, class, sexuality and geography. The pandemic has widened the gap between rich and poor countries, negatively impacted development efforts, and contributed to greater stigmatization and marginalization of gay men, drug users, women, and people of color throughout the world.

The impact of HIV/AIDS on women must be examined within the context of the global epidemic and the synergy of race, ethnicity, gender, socio-economic status and inequality. By the end of 1999, there were 34.3 million adults and children living with HIV/AIDS worldwide. Women accounted for 48% of the 33 million adults living with HIV/AIDS. Similarly, women accounted for nearly half (2.3 million) of the 4.7 million adults newly infected with HIV and 52% of the deaths due to AIDS among the adults (2.3 million) in 1999. Since the beginning of the epidemic there have been a total of 18.8 million deaths due to AIDS. Women accounted for 51% of the 15 million cumulative adult deaths reported worldwide through 1999 (UNIFEM, 2000) (See Table 1).

The overwhelming burden of the epidemic is concentrated in developing countries. Sub-Saharan Africa alone accounts for 71% of the 34.3 million adults and children living with HIV/AIDS. In Latin America there were 1.3 million adults and children living with HIV/AIDS in 1999 and 360,000 in the Caribbean region. Women ages 15-49 make up 25% of the adult cases in Latin America and 37% of the adult cases in the Caribbean region (UNIFEM, 2000).

Table 1

Selected Regional HIV/AIDS Statistics and Features, December 1999.

Region	Epidemic started	Adults & children living with HIV/AIDS	Adults & children newly infected with HIV 1	Adult prevalence rate 1	Percent of HIV-positive adults who are women	Main mode(s) of transmission ² for adults living with HIV/AIDS
Latin America	late '70s-early '80s	1.3 million	150,000	0.57%	20%	MSM, IDU, Heterosexual
Caribbean	late '70s-early '80s	360,000	57,000	1.96%	35%	Heterosexual, MSM
Sub-Saharan Africa	late '70s-early '80s	23.3 million	3.8 million	8.0%	55%	Heterosexual
North America	late '70s-	920,000	44,000	0.56%	20%	MSM, IDU, Heterosexual

¹ The proportion of adults (15 to 49 years of age) living with HIV/AIDS in 1999, using 1998 population numbers.

² MSM (sexual transmission among men who have sex with men), IDU (transmission through injecting drug use), Heterosexual (heterosexual transmission) (LACEN, 2000)

The Latin American and Caribbean Region, represents eight percent of the world's population, and 4.9% of the people living with HIV/AIDS. Approximately 1.3 million people in Latin America and another 360,000 in the Caribbean are now living with HIV. About 557,000 people that have already died of AIDS in the Region since the epidemic began two decades ago. In 1999 there were over twice as many new HIV infections as there were AIDS deaths. About 567 people were infected with HIV in Latin America and the Caribbean each day in 1999.

Latin America has a highly diverse epidemic. The northern countries of Central America appear to be the hardest hit by HIV. In Honduras, Guatemala and Belize, the epidemic is primarily driven by heterosexual transmission and is rising rapidly. In Costa Rica, HIV is predominantly affecting men who have sex with men, and it seems to be contained at rather low levels. In Mexico, where sex between men drives the HIV epidemic, there were around 6 infected men for every infected woman at the end of 1999. In Argentina and Colombia, HIV has predominantly affected men who have sex with men and injecting drug users.

Brazil, the post populous country in Latin America also has the largest number

of people living with HIV in the region. An estimated 540,000 people were living with HIV and AIDS by the end of 1999 with about sixty percent concentrated in the major urban areas of Sao Paulo and Rio de Janeiro. The vast majority of early infections were in men who had sex with other men. The trends show a dramatic shift in recent years, with unprotected sex between men and women now accounting for more AIDS cases than ever before. However, recent studies show that men who have sex with men and injecting drug users continue to be highly exposed to the risk of HIV infection, especially in parts of the country, where access to AIDS prevention, information and services is limited (LACEN, 2000).

The Caribbean, with over 6 million people, is highly impacted by HIV/AIDS. Some countries in this region show the highest rates of HIV in the world outside of Sub-Saharan Africa (UNIFEM, 2000). In the most highly impacted Caribbean nations HIV transmission is largely due to unprotected sex between men and women. Haiti is the most highly affected country in the region having 8% of adults in urban areas and 4% of adults in rural areas infected with HIV. Heterosexual transmission drives the epidemic in Haiti. Its neighboring country, the Dominican Republic also has a significant heterosexual epidemic (UNIFEM, 2000).

HIV in the Caribbean sub-region is predominantly spread by sex between women and men. However, other modes of transmission are also recorded. For example, HIV prevalence is known to be very high in sub-populations of men who have sex with men. In Puerto Rico more than half of all the cases of AIDS reported since the beginning of the epidemic have been in injecting drug users, although the proportion seems to be diminishing over time (LACEN, 2000).

HIV/AIDS in the United States

The United States (US) has the fifth largest population of Latinos and Latinas, following Mexico, Spain, Argentina and Colombia. According to the U.S. Census Bureau, in 2000 there were 35.3 million Latinos and Latinas in the U.S. representing about 12.6 percent of the country's 281 million people. Over 3.8 million Latinos and Latinas reside in Puerto Rico. The impact of HIV/AIDS among Latinos and Latinas in the U.S. varies depending on place of birth. U.S. born Latinos and Latinas are the most impacted sub-population accounting for 32% of the Latino and Latina AIDS cases. Puerto Ricans, who make up about 20% of the U.S. Latino/a population, are the second most impacted sub-population accounting for 25% of the Latino/a AIDS cases in 1999. Latinos and Latinas born in Mexico make up the largest proportion of the US Latino and Latina population and account for 12% of the AIDS among Latinos/a cases reported in 1999.

Table 2

Percent of New Latino and Latina AIDS Cases Reported in the United States in 1999, By Place of Birth and Latino/a Population.

Place of Birth	Percent U.S. Latino/a Population	Percent of U.S. Latino/a AIDS Cases
<i>United States</i>		32%
<i>Mexico</i>	57%	12%
<i>Puerto Rico</i>	20%	25%
<i>Central America</i>	6%	7.5%
<i>South America</i>	5%	
<i>Cuba</i>	3.5%	2%
<i>Other Locations</i>		25%
<i>Unknown Birthplace</i>		18.5%

(CDC, 1999)

HIV/AIDS Among Women in Puerto Rico

The Commonwealth of Puerto Rico is also highly impacted by HIV/AIDS. Puerto Rico is a densely populated island that is part of the Greater Antilles in the Caribbean. With a population of more than 3.8 million, close to 32% of Puerto Rico's families are living in poverty and its unemployment rates are close to 14% (Varas-Díaz & Toro-Alfonso, 2000). While Puerto Rico is located in the Caribbean region, it is not a sovereign nation. Since Puerto Rico is politically associated with and subject to the laws of the U.S., HIV/AIDS surveillance data for Puerto Rico is included in the U.S.'s national surveillance reports. Through June 30, 2000, a total of 24,061 cases of AIDS have been reported in Puerto Rico among adults (23,675) and children (386). For the one-year period between July 1, 1999 and June 30, 2000, 1,028 new AIDS cases were reported in Puerto Rico and 43,517 were reported in the United States (including Puerto Rico). For this time period the rate of AIDS cases per 100,000, population was 26.4 for Puerto Rico compared to 15.7 for the total United States. San Juan, P.R., the island's capital, had an AIDS case rate of 30.9 per 100,000 for the same period (CDC, 2000).

By mode of exposure approximately 51% of the AIDS cases in Puerto Rico are due to injecting drug use and 23% are due to heterosexual transmission. Women made up 22% of the cumulative AIDS cases reported in Puerto Rico through 8/31/2000 and the majority of these cases were attributed to heterosexual contact (59%) and injecting drug use (38%). Among men, injecting drug use (55%) is the primary mode of exposure, followed by men who have sex with men (22%).

Heterosexual transmission accounts for 12% of the total AIDS male cases in Puerto Rico (Departamento de Salud, 2000).

HIV/AIDS Among Women in the United States

The epidemic among women of the U.S. is complex and is fueled by a number of social and economic factors including high rates of substance abuse, alarming increases in the rates of other sexually transmitted diseases (STDs), extreme poverty, lack of adequate housing, poor nutrition, high rates of births among teen-aged mothers, and a lack of bilingual, culturally appropriate and accessible services, both medical and social.

The HIV/AIDS epidemic among women in the U.S. is growingly rapidly and predominantly impacting women of color. In the U.S. the percentage of women reported with AIDS annually more than tripled, from 7% in 1985 to 24% in 2000 (CDC, 2000). In Puerto Rico the percentage of AIDS cases among women doubled from 11% in 1986 to 22% in 2000 (Departamento de Salud, 2000). As of June 2000, close to four-fifths (78%) of the cumulative and 82% of the new AIDS cases reported among women, were among women of color (CDC, 2000). African American women bear the greatest burden, accounting for 57% of the cumulative cases and 63% of the new AIDS cases. Latinas make up for 20% of the cumulative and 17% of the new AIDS cases among women (CDC, 2000).

Of the cases among women reported in June 2000, 39% were exposed to HIV through heterosexual contact, and 27% through injection drug use. Among Latinas, 45% were infected through heterosexual exposure and 28% through injection drug use. Similarly among African American women heterosexual (38%) exposure is the leading mode of transmission closely followed by injecting drug use (25%) (CDC, 2000). Young women of color under the age of 25 are highly vulnerable to HIV infection. In 1999, young women accounted for up to nearly half (49%) of HIV cases reported among 13-24 year olds from the 32 areas¹ with confidential HIV reporting for adults and adolescents. Moreover, for all years combined in the areas reporting HIV infection, young African American women and Latinas ages 13 to 24 year-old accounted for about three-fourths of HIV infections reported among all females in this age group (CDC, 2000). They experience higher risk for HIV and other sexually transmitted diseases (STDs) than older women. This increased risk is related to their greater tendency to have multiple sex partners, to engage in risky behaviors, or to be

¹ Up to 1999 there were 32 states in the U.S. that had established mandatory confidential HIV reporting, including names and identifiers.

unable to negotiate safer sexual practices with partners. Other STDs such as gonorrhea, syphilis, and chlamydia that make women at least 2-5 times more vulnerable to HIV infection, also disproportionately affect women of color including young women.

Mainstream social, economic and political institutions in the United States have historically disenfranchised women of color. In the area of health care, sexism, racism and classism have served to keep large numbers of poor women of color from accessing quality, comprehensive health care and preventive services. The health care system and substance abuse prevention and treatment systems have not kept pace with the growing trends of HIV/AIDS and substance abuse among women in the US.

HIV/AIDS POLICY AND WOMEN

According to Webster's New Collegiate Dictionary policy is defined as "the course or method of action selected from among alternatives and in light of given conditions to guide and determine present and future decisions". (Webster, 1981, p. 736). The role of government is to formulate and implement policies that benefit the public. Public policies are articulated in the government's laws, regulations, budget, funding allocations and resources and programs. Public policies can be reflected in both the actions and inactions of government.

Stigma and HIV/AIDS

HIV/AIDS related policies in the U.S. have been influenced by the stigmatization of the groups most highly impacted by the epidemic. Herek defines HIV/AIDS-related stigma as prejudice, discrimination, discounting, and discrediting directed towards people perceived to have AIDS or HIV, and the individuals, groups and communities with which they are associated (Herek, 1999). Since the early days of the epidemic HIV/AIDS related discrimination in employment, health care, insurance, education and housing and other areas has been well documented.

Risk Groups and Stigma

As the epidemic evolved in the U.S. and AIDS was identified with particular groups -gay men, injecting drug users, Haitians, immigrants (Sweeney, & Almond, 1995). African Americans/Blacks, Hispanics/ Latinos/as, and women (particularly women of color) - stigma resulting from fear and hostility directed towards those perceived as being most affected by and responsible for the disease

took hold. These groups of people that already experienced stigma and discrimination in American society by virtue of their sexual orientation, race, ethnicity, gender, immigrant status and drug abuse are now faced with additional stigma related to the social perception of HIV/AIDS as a disease of gay men, injecting drug users and ethnic and racial minorities.

The response to HIV/AIDS among women in the U.S. was to a large extent influenced by how the epidemic was initially reported and defined. On June 5, 1981, the first cases of the illness now known as acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) were reported from Los Angeles in five young homosexual men diagnosed with *Pneumocystis Carinii* Pneumonia (PCP) (MMWR, 1981). In the same year, a series of cases were reported in New York and San Francisco of gay men with Kaposi's Sarcoma (KS). While cases of women with KS and PCP were reported by the CDC as early as 1981 and two cases of women, one with clinical AIDS and the other with lymphadenopathy¹, who were known sexual partners of men with AIDS, were identified in 1982 and reported by the CDC in January 1983, female cases are not counted in the early epidemiological reports (MMWR, 1983). While the name of the syndrome was changed from Gay Related Immune Deficiency (GRID) to Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) in 1982, the media continues to characterize and associate AIDS primarily with gay men.

Early on in the epidemic, female sex workers were characterized as vectors of AIDS, exposing "innocent men" to the disease. CDC's reports on men who contracted AIDS heterosexually associate their risk to having sex with "prostitutes". The editorial note in the MMWR states:

A case-control study of Haitian men with AIDS in Miami and New York City showed a significant association of AIDS with a history of prostitute contact and with a history of sexually transmitted diseases, suggesting that sexual contact may be a major method of transmission in these heterosexual men (MMWR, 1983, p. 698).

In 1987 a MMWR report that addressed HIV in women focused on female "prostitutes". The data in the report clearly highlight the impact on women, citing over 2,159 AIDS cases reported as of March 10, 1987, identifying the cumulative incidence of AIDS among Black and Hispanic women as ten times that of White women and associating 51% of the cases with IDU and 27% with

¹ Lymphadenopathy is a general swelling of nodules in the body, characteristic of HIV infection and AIDS.

men who have sex with men. However, the emphasis of the report is on seroprevalence in female prostitutes.

Early epidemiological reporting of AIDS and HIV among women and the media coverage of those reports, promoted an over emphasis on female sex workers as vectors and an under-emphasis on the gender dimensions of women's vulnerability through sharing needles and penile-vaginal sex. Highlighting the over-representation-of-African-American and Latina women in the female cases also served to dismiss and at the same time blame women. Moreover, this contributed to the stigmatization and marginalization of women of color in this epidemic (Patton, 1994).

One of the primary concerns of policy makers was preventing the crossover of AIDS into the general population. The general population was *de facto* considered to be "white and heterosexual". Since women of color were shown to be primarily infected through their own drug use or through sex with a man with AIDS — primarily injecting drugs users and to a lesser extent bisexual men — they were not considered part of that elusive "general population. The image of a woman at risk for HIV/AIDS was thus projected into the national consciousness as a Black or Brown "drug addict or whore". Women who did not fall into these stigmatized categories are lulled into believing that they are not at risk in what they perceive as "normal" sexual relationships with their male partners. Moreover, they feel safe and have difficulty considering that their partners may have engaged in the any risk behaviors. These women thus left in limbo, and insulated from a sense of personal risk for the illness are also rendered more vulnerable to HIV.

The legacy of AIDS related stigma persists today. Stigma remains a significant obstacle to accessing AIDS related care among women of color. In a qualitative study of the care related needs and experiences of minority women, Fullilove, Fullilove, Stevens, & Green (n.d.) found that denial and secrecy are prevalent among minority women with HIV/AIDS. Women may ignore their own health care needs and symptoms for many reasons including fear of rejection as a result of disclosure of their HIV status to family and friends. Other issues that contribute to secrecy are histories of incarceration, drug use, immigration status and lack of honesty about sexual activities including bisexuality.

Stigma and HIV Prevention

In the politically and socially conservative climate of the 1980's the behaviors of gay men, "prostitutes" and IDUs were viewed as socially deviant. Within this context the U.S. government failed to act and invest in HIV prevention early on

in the epidemic. While the CDC promotes risk reduction behaviors and educational programs targeted to these groups very little governmental spending is made available for this purpose. The lack of investment in HIV prevention is supported by the generally accepted notion that promoting safer sexual and drug injecting practices among these groups will increase deviant behavior. CDC's risk based approach to HIV prevention inadvertently contributes to further stigmatization of these groups. It is within this social and political climate that measures to restrict the content of HIV prevention education programs and materials were introduced and passed on the federal level. The Helms's amendment was passed in 1988 denying federal funding to any campaigns, which promote homosexuality or "promiscuity". During this period, the vast majority of safer sex programs and campaigns for gay men were funded through private sources, including individual donations from the gay community and through the American Foundation for AIDS Research (AmFAR).

Federal Ban on Funds for Needle Exchange Programs

While injection drug use is a major mode of transmission, U.S. policy related to reduction of HIV infections among this population has also been characterized by political conservatism. Under Section 2025 of the 1988 Anti-Drug Abuse Act states were prohibited from using federal funds to carry out any program of distributing sterile needles for hypodermic injection of any illicit drug or distribute bleach for the purposes of cleansing needles for such hypodermic injection.

The ban on use of federal funds for needle exchange programs was included in the 1990 Ryan White CARE Act (PL 101-381), and was broadened in 1992 legislation overhauling the substance abuse and mental health programs (PL 102-321). The ban was reiterated again in the 1992 Labor Health and Human Services, Education and Related Agencies (Labor-HHS) Appropriations bill, barring federal funds unless the Surgeon General determines that needle exchange programs (NEP's) prevent the spread of AIDS and do not encourage illicit drug use. The ban continued in subsequent years in various forms and was included in the FY 1998 Labor-HHS appropriations bill. The Secretary of Health and Human Services could lift the ban after 6 months if she determined that NEPs prevent HIV transmission and do not encourage illicit drug use.

On April 20, 1998 the Secretary made the determination that NEPs met these two conditions based on all available scientific evidence. However, the President, on the urging of the Director of Office of National Drug Control Policy, did not allow the ban on federal funding to be lifted. In the mid 1980's

the government promoted population based educational campaigns aimed at the general public in order to dispel misconceptions about HIV being transmitted through casual contacts and to engender more sympathy for people with AIDS. This approach further entrenched the notion of risk groups and dichotomized HIV prevention strategies between “deviants” and the general population.

Prevention of Heterosexual Transmission

Early HIV prevention strategies targeted to women who were at risk due to heterosexual transmission primarily focused on promoting abstinence or monogamy, reducing the number of sexual partners, consistent condom use, and teaching women to “negotiate safer sex” with their male sexual partners. These strategies were not gender sensitive since they did not take into account the lack of control and unequal power that many women experience in sexual relationships. For many women, including Latinas, whose gender roles are defined within traditional cultural expectations, these strategies present serious challenges. Carmona, Romero, and Loeb (1999) point out that many Latinas in the U.S., are unaware of their partner’s risky behaviors because of cultural proscriptions against certain sexual practices such as bisexuality and injection drug use. Since HIV has been predominantly reported in gay/bisexual men and IDUs, women in monogamous relationships many not perceive that they are at risk through partner transmission.

Traditional cultural roles also promote passivity and submissiveness to the male in sexual relationships and leave women unprepared to negotiate safer sex or insist on condom use by their male partners. Such behaviors may also raise issues about their fidelity and may place some women at risk of domestic violence. Moreover, for many Latinas womanhood is defined by their ability to procreate. The use of condoms that are also contraceptives may prohibit procreation and may also imply promiscuity. Ortiz-Santos (1990), writing about the impact of HIV prevention strategies on women in Puerto Rico also notes that traditional gender roles present significant challenges to reduction of vulnerability.

Female Controlled Prevention Methods

During the 1980’s and early 1990’s HIV prevention strategies placed little attention and resources on addressing the unequal power relationships in sexual interactions between men and women. The female condom was introduced in the late 1980’s and is currently commercially available in many countries. While it provides another option for women’ its use still depends on male cooperation

and acceptance. Even though it requires the agreement of both partners, in some cases the female condom can give a woman more control since it can be inserted hours before intercourse, and improve protection in situations where consumption of alcohol or drugs may reduce the chances that a male condom will be used. However, only the Female Health Company through its subsidiary Chartex International of Chicago, Illinois manufactures the device. The price of the female condom presents an obstacle for many poor women since it can cost between 2-3 U.S. dollars (UNAIDS, 1997).

Female controlled barrier methods are critical in our efforts to decrease women's vulnerability to HIV infection. Women experience greater vulnerability to HIV for a variety of reasons. Women face:

- Subordinate status in relation to men;
- Poverty, lack of economic and educational opportunities, inequality and dependence;
- Socio-cultural gender values and norms that subordinate them to men;
- Cultural practices such as female mutilation;
- Violence including rape and sexual violence even within marriages and the threat of abandonment if they are not sexually compliant; and
- High rates of sterilization as a means of contraception and population control that produce a false sense of safety.

Recognizing the dilemmas faced by women, advocates have strongly articulated a need for additional women controlled methods for the prevention of HIV transmission through heterosexual contact. In 1999, for example, UNAIDS called for more methods to prevent HIV infection especially those that put women in control. According to Dr. Awa Coll-Seck, Director of Policy, Strategy and Research for UNAIDS, the ideal would be a microbicide that is safe and effective against HIV and other sexually transmitted diseases (STDs) but also would allow women to become pregnant if they wished (Coll-Seck, 1999). In the U.S. a strong advocacy network has developed to promote development of microbicides.

Microbicides are made of synthetic or natural substances in form of a gel, cream or suppository or film that can kill or neutralize viruses and bacteria. Applied in the vagina or rectum before sexual intercourse they could neutralize or kill HIV or other microbes that cause other STDs that cause genital sores or inflammation that facilitate HIV transmission. They are used without the cooperation or awareness of a women's sexual partner. They should be available

in spermicidal and non-spermicidal formulations, providing options for those women who want to prevent HIV infection but also want to become pregnant. Since they can be used vaginally or anally they provide options for women who also engage in anal sex.

Mostly small bio-pharmaceutical companies, 28 non-profit research entities and six public sector agencies have done research on microbicides. In 1994 there were 12 compounds in the pre-clinical stages of development with 8 ready for Phase I safety trials¹. By 2000, 60 products were in development, and seven were in later clinical trials. It costs about \$500 million to bring one microbicide to market. The U.S. government's investment in microbicide development is only 1% (\$23 million NIH, \$3 million CDC, \$2.3 million USAID) of the federal AIDS research budget.

Globally in 1999, less than \$35 million was expended for microbicide research. The mainstream pharmaceutical industry has not invested in microbicide research and development. Now that the reality of a microbicide is much closer, more resources and greater coordination of federal research is needed. With relatively small investments, there is the potential to save billions in health care costs. The total cost to the U.S. economy of STDs, excluding HIV infection, was approximately \$10 billion in 1999 alone. When the cost of sexually transmitted HIV infection is included, that total rises to \$17 billion. With vigorous attention and sustained investment, a microbicide could be available within five years.

Advocacy efforts in support of microbicides development have been intensified over the last four years. In 1998 the Center for Health and Gender Equity launched a global campaign for microbicides development. In 1999 the Gates Foundation contributed \$4 million for product development and clinical trials to the AmFAR grant program, and other foundations are joining in making contributions. In March 2000 the first international conference on microbicides was held in the U.S. In the spring of 2000, the "STD Microbicide Development Act of 2000" was introduced by Representatives Morella (Rep.-MD) and Pelosi (Dem.-CA). The bill addressed funding and coordination concerns regarding microbicides research and development at the National Institutes of Health (NIH). In addition to providing greater funding for microbicides, the bill instructs the Director of the NIH to establish a program to support research to develop microbicides and further instructs him/her, in consultation with all

¹ The process for authorization of new medications for human use includes three phases: Phase 1 examines the safety of the product, Phases 2 and 3 examine dosage and secondary effects.

relevant NIH institutes and federal agencies, to develop a 5-year implementation plan regarding the microbicides research program. While the bill was not passed, the major components were integrated into report language in the FY 2001 Labor- HHS appropriations bill, which includes funding for NIH.

Partner Notification

Recent measures to institute HIV names reporting and partner notification can have a negative impact on women. The CDC requires all states and territories to implement voluntary partner notification programs. Calls for more aggressive and coercive policies in these areas have in part been fueled by the development of drug therapies for treating HIV. In 1997 proposals for mandatory partner notification were introduced in New York and Puerto Rico. Puerto Rico's Health Department promulgated regulations requiring individuals testing positive for HIV to provide the Health Department with a list of their sex partners, including addresses and phone numbers. Failure to comply would have been punishable by fines of up to \$5,000. Responding to strong advocacy in opposition to the measures, the Health Department annulled the regulation and announced that it would convert its partner notification proposal into a voluntary program.

In 1998 New York passed a law that institutes HIV reporting. The law requires that all cases of HIV infection, HIV related illness and AIDS will be reported by name to the state Health Department for the purposes of monitoring and tracking the epidemic. The new law also adds several new requirements and areas to be emphasized during the Pre and Post-test counseling sessions. Anonymous counseling and testing will continue to be available across the state. In addition law requires health providers to report the names of known contacts of the person testing positive for HIV to the health department. This information will be forwarded by the State to the health department of the county or city where the test was done. That health department officials will decide whether to warn the "partners" that they may have been exposed to HIV, and in many cases will contact them to encourage them to be tested for HIV.

Coercive HIV testing and partner notification programs may place women with HIV at risk of domestic violence and other adverse social outcomes. In a 1995 study on this issue, 45% of health care providers serving HIV positive women reported that they had patients who feared partner notification because they were afraid of domestic violence and about 25% of the providers had patients who

¹ CDC regulation establishes that HIV testing must include a counseling session before the test and when the results are handed to the patient.

were in fact assaulted by their partners upon notification (Rothenberg, Paskey, Reuland, Zimmerman, & North, 1995). While the New York law requires a protocol for screening for domestic violence, advocates have criticized the domestic-violence prevention plan as weak (Lerner, 1999).

Exclusion from Research and Clinical Trials

Exclusion of female related opportunistic infections and conditions such as cervical cancer, cervical dysplasia and pelvic inflammatory disease from the definition of AIDS until 1993 contributed to under identification of HIV positive women in clinical practice. AIDS activists also pressured the CDC to add women's infections to the definition of AIDS and as HIV symptoms because numbers of cases based on those definitions were used to decide what should be studied and because almost all clinical research required a CDC definition of AIDS or an HIV symptom as an entry criterion. The CDC changed the definition in 1993, also adding <200 CD4's as an AIDS definer¹. In the half-year following, over 9,000 cases in women were reported, an increase of 34% over the cumulative total. The change in the definition led to a significant increase in AIDS cases among women in the years following 1993.

From 1977 to 1993 the exclusion of women of childbearing potential from research and clinical trials was in effect. This exclusion was primarily based on the potential risks to the unborn child and concerns for fetal protection. In 1993, the Food and Drug Administration (FDA) changed its policy for the study and evaluation of drugs in women: it required sex-specific analyses of the safety and efficacy of drugs as part of the new drug application and it no longer recommended that women of child bearing potential be restricted from participating in the earliest phases of drug trials.

The change in FDA policy was the result of extensive advocacy on the part of women's health advocates to increase knowledge of the effects of drugs on women, direct focus to women's health issues and to radically change the male oriented model of clinical research. The NIH Revitalization Act of 1993, PL 103-43, signed by President Clinton on June 10, 1993, directed the NIH to establish guidelines for inclusion of women and minorities in clinical research.

In 1999 women accounted for 28% (4,816) of participants in NIH sponsored clinical trials. With the exception of one study, even when there have been

¹ Previous to 1993 the AIDS definition excluded infections regularly seen in women with HIV. The new definition included vaginal dysplasia and levels of CD4 (defense cells) as an AIDS definer.

enough women in research, comparison of outcomes for men and women has not been carried out. Most studies do not have enough women to perform comparative analysis. In drugs company research the percentage is lower. And, while there have been about 1,000 pregnant women in government-sponsored trials to study perinatal transmission and 13 more are planned or have just been completed including about 5,000 more pregnant women, studies of anti-HIV or opportunistic infection treatments exclude pregnant women.

AIDS activists produced the first Women's Treatment and Research Agenda in 1990. They pressured the government to form a Women's Health Committee at the AIDS Clinical Trials Groups (ACTG's), in 1990, and to do a natural history study of women, comparable to the MAC study. Women have been excluded from research and clinical trials related to the natural history of HIV infection. The MAC study, following 6,000 infected men, but no women, was federally funded and began in 1983. The Women's Interagency HIV Study (WIHS), a multicenter, prospective study, was established ten years later in August 1993 to carry out comprehensive investigations of the natural history of HIV infection in women in the United States. This study has been conducted by NIH in tandem with a similar study coordinated by the U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the HIV Epidemiology Research Study (HERS). Since its inception, more than 2,600 women have enrolled in the WIHS, recruited from HIV care clinics and hospitals, community outreach sites, women's support groups and drug rehabilitation programs. Enrollees had to be at least 13 years old. More than 75% of these women are infected with HIV and about 80% belong to racial minorities. The women are examined at WIHS clinic sites every six months.

In 1997 the WIHS was expanded to include studies focused on basic mechanisms of HIV infection and progression in women. At present the WIHS study population is 82% racial and ethnic minority women. The study is a major coordinated effort to identify the nature and rate of HIV disease progression; it characterizes clinical manifestations and assesses the effects of therapeutic regimens. The study sites are: San Francisco, Washington, D.C., Chicago, Los Angeles, New York (*Bronx*), and (*Brooklyn*).

Social and behavioral research related to women has primarily focused on sex workers, injection drug users or pregnant women. In 1995 the NIH released a program announcement to support basic social and behavioral research on women's HIV risk and/or protective behaviors combined with community-level intervention strategies. The purpose of the research was to understand and prevent HIV/AIDS in women whose drug and sex practices put them at high risk

of HIV infection, i.e., not-in-treatment injection drug users (IDUs), crack users, injecting and non-injecting sexual partners of male and/or female IDUs, and women who trade sex for drugs, money, or subsistence.

CONCLUSION

Although significant progress has been made in responding to the epidemic of HIV among women, particularly women of color in the U.S., the response in the first decade of the epidemic was characterized by stigmatization and marginalization of women, and government neglect and indifference to the impact of AIDS and HIV on women. The dramatic increase in HIV among women is in part due to the failure of government to develop and implement gender sensitive and focused prevention, care and research strategies. In the second decade of the epidemic there was a greater response to the issues of women and HIV/AIDS. As we enter the third decade, we face greater challenges as the feminization of HIV evolves.

References

Carmona Vargas, J., Romero, G., & Loeb Burns, T. (1999). The impact of HIV status and acculturation on Latina's sexual risk taking. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 5 (3), 209-221.

Centers for Disease Control and Prevention. (1999). *HIV/AIDS surveillance report*. Atlanta, GA: Author.

CDC, NCHSTP (2000). *Fact sheet: HIV/AIDS among U.S. women: Minority and young women at continuing risk*. Atlanta, GA: Author.

Centers for Disease Control and Prevention (2000). *HIV/AIDS surveillance report, June 2000*. Atlanta, GA: Author.

Departamento de Salud (2000). *Casos de SIDA confirmados en Puerto Rico hasta 8/31/2000*. San Juan, Puerto Rico: Programa De Vigilancia de SIDA (PASET).

Fullilove, M.,T., Fullilove, R.E., Stevens, J., & Green, L. (n.d.). Women's equity in AIDS resources. In *Directions in HIV service delivery and care: A policy brief*, Number 1 Vulnerable Populations, Office of Policy and Program Development, Washington, DC: HIV/AIDS Bureau, HRSA.

Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *Behavioral Scientist*, 42 (7), 1106-1116.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) (2000, June). *Report on the global HIV/AIDS epidemic*. New York, NY: Author.

WOMEN AND HIV POLICY

- Coll-Seck, A. (1999). *Update on female-controlled methods for HIV and STD prevention*. Geneva: UNAIDS. [Available in Web www.unaids.org]
- Lerner, S. (1999). The struggle over HIV information goes on: Tests and consequences, *The Village Voice*, 7-13.
- MMWR (1996). *Pneumocystis pneumonia - Los Angeles*, August 30, Vol. 45 (34).
- MMWR (1985). *Epidemiologic notes and reports of heterosexual transmission of human T-lymphotropic virus type III/lymphadenopathy-associated virus*, 34(37);561-3.
- MMWR (1983). *Epidemiologic notes and reports immune deficiency among female sexual partners of males with acquired immune deficiency syndrome (AIDS) in New York*, 31(52);697-698.
- Patton, C. (1994) *Last Served? Gendering the HIV pandemic*. London, England: Taylor & Francis Ltd.
- Pisani, E., Cuchi, P., Zacarías, F., Schwartlander, B., Stanecki, K., Castilho, E., Patz, D., Lazari, S., & Calleja, T. (2000, November). *HIV And AIDS in the Americas: An Epidemic with many faces*. Report presented at Foro 2000 by Monitoring the AIDS Pandemic Network and the Latin American and Caribbean Epidemiological Network for HIV/AIDS. Rio de Janeiro, Brazil.
- Reid, E. (1992). Gender, knowledge and responsibility. In J. Mann, D. Tarantola, & T. W. Netter, (Eds.), *AIDS in the world*. (657) Cambridge, London: Harvard University Press.
- Rothenberg, K. H., Paskey, S.J., Reuland, M.M., Zimmerman, S.I., & North, R.L. (1995). Domestic violence and partner notification: Implications for treatment and counseling of women with HIV. *Journal American Medical Women's Association* 50 (3), 87.
- Santos-Ortiz, M. (1990). La mujer y el SIDA: Sexualidad femenina antes y después del SIDA. *Puerto Rico Health Sciences Journal* 9 (1), 33-35.
- Sweeney, T., & Almond, M. (1995). *The impact of homophobia and other social biases on AIDS*. Washington, DC: The Public Media Center.
- UNAIDS. (1997). *The female condom and AIDS, Point of View, Best Practice Collection*. Consensus Report. New York, NY: Author.
- United Nations Development Fund for Women (UNIFEM) (2000). *Gender, HIV and human rights: A training manual*, New York, N.Y: Author.
- Varas-Díaz, & Toro-Alfonso (2000). *A review of HIV/AIDS related policies in Puerto Rico: Implications for psychology and the prevention of the epidemic*. Unpublished Document.
- Webster, N. (1981) *New Webster's dictionary of the English language*. U.S.A.: Delair.

Una Revisión de las Políticas en Torno al VIH/SIDA en Puerto Rico, República Dominicana, Ecuador y Honduras: Tensiones, Limitaciones y Logros.

**Nelson Varas Díaz, M.A.¹
José Toro-Alfonso, Ph.D.**
Universidad de Puerto Rico, Puerto Rico

Compendio

Este trabajo tuvo el objetivo de examinar las políticas relacionadas al VIH/SIDA en Honduras, Ecuador, República Dominicana y Puerto Rico. Nos propusimos además, examinar el proceso y el resultado legislativo en cada país donde se proyecta el desarrollo de políticas de salud relacionadas a la epidemia. Nos provocó el efecto desastroso de la epidemia en las Américas y la necesidad de identificar una respuesta desde la psicología para fomentar y colaborar en el desarrollo de estas políticas en nuestros países. Examinamos la legislación sobre VIH/SIDA que se ha desarrollado en estos países bajo la lupa de la tradicional tensión entre los derechos individuales de las personas que viven con SIDA y el resto de la sociedad. Planteamos que el proceso de política pública en cada país representa no sólo el esfuerzo para detener la epidemia, sino además la visión de los valores sociales y la percepción de la enfermedad en nuestro hemisferio. Una comparación entre estos países sirvió para examinar las acciones o la ausencia de éstas en el resto de los Estados en las Américas, las limitaciones de dichos esfuerzos y los logros que se han alcanzado. Presentamos algunas recomendaciones para colaborar en el desarrollo de las políticas en nuestros países y recalcamos la importancia de examinar nuestra participación en el proceso político desde la psicología.

Abstract

The main objective of this research was to examine HIV/AIDS related policies in Honduras, Ecuador, Dominican Republic, and Puerto Rico. We aimed to examine the legislative process and outcome in each country regarding health policies related to the epidemic. This study was motivated by the disastrous effects of the epidemic in the Americas and by the

¹ Para comunicarse con los autores puede escribir a Universidad de Puerto Rico, Centro Universitario de Servicios Estudios Psicológicos (CUSEP), P.O. Box 23174, San Juan, P.R. 00931. Correo electrónico: nvaras@hotmail.com

need to foster psychology's involvement in the development of these policies in our countries. We examined HIV/AIDS related legislation through the looking glass of the traditional tensions between the individual rights of those living with HIV/AIDS and the rest of society. It is our understanding that these policies not only represent concrete efforts to stop the epidemic, but also existing perspectives regarding social values and the description of the disease in our hemisphere. A comparison between these countries allowed us to examine the actions or lack of them, taken by different States in the Americas, the limitations of these efforts, and their successes. We propose some recommendations to collaborate with development of these policies in our countries and emphasize the importance of examining psychologists' participation in the political process.

Palabras claves: VIH/SIDA; Política pública, Legislación comparada, Derechos humanos

Key words: HIV/AIDS; Public policy; Comparative legislation; Human rights

Entrado el año 2001 comenzamos la tercera década de la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Luego de más de veinte años y a pesar de grandes esfuerzos mundiales para la prevención y el tratamiento de esta enfermedad, los casos de infección por el VIH y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) continúan en ascenso a nivel mundial (OMS,2000).

De cara a la epidemia del VIH en nuestro hemisferio, el problema central ante las oficialidades de salud pública es cómo cambiar las conductas de riesgo asociadas a la infección. La misma privacidad de las conductas relacionadas a la transmisión impone dificultades prácticas; la necesidad e importancia de recabar la cooperación de los sectores de mayor riesgo imponiendo controles y asumiendo responsabilidad impone dificultades políticas, y, la importancia de la privacidad y los derechos civiles en nuestra sociedad impone limitaciones ideológicas a toda estrategia de salud pública que se diseñe para enfrentar la epidemia.

Casi durante las tres décadas de la epidemia del VIH/SIDA, las personas encargadas de dirigir los asuntos de salud pública se han debatido entre estas tres dificultades impuestas de frente a todo esfuerzo de prevención de epidemia. Por años las oficialidades de la salud se han movido entre estas tendencias en su desarrollo de la política pública sobre el SIDA en todos los países. Los esfuerzos de política pública han atravesado por una serie de etapas históricas e ideológicas en su intento por responder a cada una de las limitaciones mencionadas.

Desde los intentos de establecer cuarentena hasta los esfuerzos por identificar a las personas infectadas a través de pruebas obligatorias, una y otra vez la política pública ha enfrentado a los grupos de interés en el análisis de cuál posición deberá prevalecer. Las dos dimensiones - la libertad individual y el bienestar social - se encuentran regularmente en tensión frente a los reclamos de las políticas de salud pública.

Sin embargo, la realidad es que las políticas de salud no se dan en el vacío y es necesario tomar en consideración el contexto social e histórico en que existen. Hablar de las políticas de salud como ajenas a todo el proceso social y político de un país es una quimera (Bayer, 1989). No es simplemente la incertidumbre inevitable que confrontan las personas que toman decisiones y el hecho de que las decisiones finales tienen que tomar en cuenta el costo-beneficio de las políticas; más que nada la política es el cuerpo mismo de las políticas de salud. La negociación, confianza, cooperación y, a veces, la coerción han sido prácticas centrales de los modelos tradicionales de la salud pública (Bayer, 1989; Bayer, 1996). En ninguna otra situación se puede subrayar de forma más dramática la tensión entre la esfera privada y los intereses del colectivo que la presentada por la transmisión del VIH (Curran, Gostin & Clark, 1988).

Si bien son indiscutibles los argumentos a favor de la intervención del Estado para frenar la propagación del VIH, las normas sociales (Ortiz-Torres, 1999) y los intereses políticos dificultan extraordinariamente la aplicación de políticas adecuadas sobre SIDA (García San Inocencio, 2001). Esto ocurre sobre todo, durante las etapas iniciales de la epidemia, cuando las ventajas de la intervención del Estado son mayores pero aún no se ha hecho patente la gravedad en potencia del problema, el beneficio político ocurrirá varios años después, y es difícil de estimar.

Los gobiernos deben dejar claramente establecido que la mejor manera de proteger a la sociedad es ayudando a las personas cuyo comportamiento representa los mayores riesgos. Sin embargo, esta medida puede representar dificultades desde el punto de vista político entre algunos sectores de la población, que consideran que algunos de los intentos por parte del gobierno para detener la epidemia, equivalen a tolerar comportamientos que se consideran inmorales.

Tomando en cuenta que los recursos son escasos es importante considerar que la falta de información y acción oportuna se traduce en enormes gastos para el sector público. El desarrollo de políticas de prevención, oportunas y eficaces, representa una alternativa de bajo costo para el Estado. La justicia es la mejor política de prevención por parte del Estado. Ciertamente el gobierno influye en las normas sociales y promulga leyes que pueden beneficiar tanto los derechos de las personas afectadas directamente como los de aquellas que no lo están. Las medidas destinadas a proteger a las personas indefensas contra los prejuicios, la intolerancia y la explotación ayudarán al mismo tiempo a proteger del SIDA a toda la población.

IMPORTANCIA DE LA POLITICA PUBLICA EN
LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA

Mucho se ha hablado del VIH/SIDA y de sus múltiples impactos en diferentes poblaciones. Se han discutido desde sus aspectos biológicos y psicológicos hasta el impacto de la epidemia en la economía de diferentes países. El tema del VIH/SIDA no ha cesado de tener importancia aún cuando ya parece uno cotidiano. Sin embargo, existen áreas relacionadas al VIH/SIDA que aún necesitan explorarse a mayor profundidad. Entre estas encontramos el proceso de política pública y su impacto en la epidemia, en las personas afectadas y en las que estamos en riesgo de estarlo. Debido a la íntima relación entre las esferas de lo político y la salud (Aboud, 1998) y la asociación del VIH/SIDA con controversias de esta índole (Nord, 1997; Nussbaum, 1990), algunas personas pueden sentir la necesidad de distanciarse de los procesos de política pública. Además, las tensiones anteriormente expuestas pueden ser una de las razones por las cuales el estudio de la política pública en torno al VIH/SIDA no se ha explotado, aún cuando se reconoce que no ha existido otra enfermedad con mayores repercusiones legales en la historia de la medicina moderna (González & Pizarro, 1991).

Ofrecer una definición de lo que es política pública puede ser difícil por la gran cantidad de interpretaciones que existen. De forma sencilla y precisa, la política pública puede interpretarse como todo aquello que el estado haga o deje de hacer (Dye, 1987). Las acciones o inacciones del Estado frente a un problema social forman parte de la postura que toma el mismo frente a la situación que enfrenta. La mayoría de las acciones que toma el gobierno mediante recursos legislativos forman parte de la política pública oficial del Estado. Sin embargo, también las acciones que no toma o el proceso legislativo que no impulsa forma parte de esta política pública de una forma implícita. De esta manera se combinan su actividad e inactividad para formar la política pública.

El VIH/SIDA en las Américas necesita atención desde el punto de vista de la política pública. En gran medida, las visiones imperantes de lo que es la epidemia son una de las razones por las cuales no se ha articulado una política pública para el VIH/SIDA. Desde el principio la epidemia se entendió desde un corte biologicista, lo que fomentó que ciertos sectores profesionales se asociaran a la misma excluyendo las posibles aportaciones que se pueden hacer desde otras disciplinas. Así, las intervenciones médicas y epidemiológicas hicieron frente inicial a la epidemia. Sin embargo, la magnitud de los problemas que presenta el VIH/SIDA no puede ser contrarrestada con las intervenciones de unas pocas

disciplinas sino que necesita de un análisis multidisciplinario para entender y trabajar con las implicaciones de la enfermedad. Limitar esta epidemia a factores biológicos es una visión incompleta de la experiencia del VIH/SIDA (Gebbie, 1995). Es en éste escenario multidisciplinario donde el proceso político del Estado y la formulación de política pública toma mayor importancia como medio de trabajo frente al VIH/SIDA.

Si entendemos que la epidemia del VIH/SIDA necesita interpretarse desde un marco multidisciplinario, entonces podemos ver cómo diferentes enfoques sobre las implicaciones de la epidemia pueden unirse para un mejor entendimiento de la misma. Vivir con el VIH/SIDA posee implicaciones sociales que todavía estamos explorando. Las condiciones de trabajo (Brooks & Klasinski, 1999), el acceso a tratamiento con fármacos (Agency for Health Care Policy and Research, 1995), los seguros médicos (Quintana Lloréns, 1998), los servicios psicológicos (Montoya, Bell, Richard, Goodpastor & Carlson, 1998; Havens, Mellins & Ryan, 1997) y la vigilancia de los derechos humanos (Gray, Lyons, & Melton, 1995) son sólo algunos de los retos que la epidemia nos impone. Es por esto que se pretende que el Estado tome un rol activo en el manejo de dichos retos y a la vez se asegure de velar por que los derechos humanos se protejan.

Las múltiples formas en que la epidemia ha afectado a las personas infectadas y a la sociedad hacen necesario que las disciplinas del conocimiento que trabajan con la misma se abran al proceso de política pública del Estado. Sólo con la combinación de herramientas que nos brindan disciplinas desde las ciencias sociales y las ciencias naturales se podrán formular procesos de política pública coherentes y abarcadores que respeten las múltiples facetas de la epidemia del VIH/SIDA.

Tomando en consideración las dificultades inherentes en el proceso de política pública en torno al VIH/SIDA es de vital importancia entender algunos de los esfuerzos vigentes en torno al tema. De esta forma podemos aprender de aspectos positivos de cada uno y delimitar planes de acción a la luz de sus limitaciones. Por esto, este trabajo tuvo el objetivo de examinar las políticas relacionadas al VIH/SIDA en Honduras, Ecuador, República Dominicana y Puerto Rico. Uno de los autores trabajó como consultor en cada uno de estos países en varias ocasiones. Nos provocó su experiencia además del efecto desastroso de la epidemia en las Américas y la necesidad de identificar una respuesta desde la psicología para fomentar y colaborar en el desarrollo de estas políticas en nuestros países. Con estos objetivos y preocupaciones presentes, pasamos a describir la situación del VIH/SIDA y la política pública relacionada a la epidemia en cada uno de los países.

República Dominicana

La República Dominicana es una nación hispanoparlante localizada, junto a Haití, en la isla la Española en el Caribe. Tiene una población de 8 millones de habitantes con un 1.8% de crecimiento anual. En 1997 su ingreso per cápita fue \$1750 U.S. y el desempleo casi un 16% (OMS, 2000a). Los datos sobre el VIH/SIDA ofrecidos por la OMS son impactantes (2000). Para finales del 1999 se estimaron 130,000 personas con VIH/SIDA y 4,900 fallecieron. De los 4,776 casos de SIDA un 71% (3,403) reportó infección por contacto heterosexual, 8% (385) por contacto homosexual o bisexual y un 3% (167) por uso de drogas inyectables.

La política pública del VIH/SIDA del país se encuentra en la Ley 55-93 del 1999 (Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, 1994). En la ley se abordan temas relacionados a la epidemia como: el diagnóstico del virus, la prevención del VIH, derechos y deberes de las personas afectadas, y sanciones legales por violar la ley.

En relación al proceso de diagnóstico en la ley se propone el reporte de los casos, servicios de consejería durante el diagnóstico y se incluye la prohibición del uso de pruebas como criterio de empleabilidad. Con el propósito de prevención se dispone educación sexual en las escuelas, ofrecer información sobre el SIDA a diferentes sectores poblacionales y distribución de condones. Las personas seropositivas tienen derecho a no ser sujetas de discriminación, a no revelar su estatus serológico en el trabajo y a no ser sometidas a pruebas obligatorias en la cárcel excepto para uso de la corte. Además, tienen el deber de informar a sus parejas de su estatus. Finalmente en la ley se dispone que las personas positivas no pueden donar sangre, se describe el procedimiento apropiado en laboratorios e investigaciones sobre SIDA y se provee una exención contributiva a los medicamentos.

Ecuador

Ecuador es una nación suramericana localizada al noreste del continente que colinda con Colombia y Perú. Su población es de 12 millones con un 2% de crecimiento poblacional anual. El 59% vive en zonas urbanas y para 1997 su ingreso per cápita fue \$1,570 U.S. con un 9.2% de desempleo (OMS, 2000b). La OMS reportó que para 1999 existían 19,000 casos estimados de VIH o SIDA de los cuales 1,400 murieron. Hasta el 1996 la mayoría de los casos reportados se habían infectado por contacto homosexual o bisexual (58%, 284), seguido por un 34% (157) de contacto heterosexual.

En Ecuador en la Ley para la Prevención y Asistencia Integral del VIH/SIDA (Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión sexual y SIDA, 1994) se abordan temas como: la prevención, derechos y servicios a las personas afectadas y servicios. Como parte de la ley se creó el Instituto Nacional de SIDA (INS) que se encarga de: la prevención mediante comunicación masiva y en las escuelas (incluyendo en lenguas indígenas), el tratamiento gratuito de personas, el desarrollo e implementación de programas epidemiológicos, la vigilancia de laboratorios, el desarrollo y la administración de un Banco de Medicamentos, el desarrollo de un informe anual del impacto social de la epidemia y de facilitar la prueba de anticuerpos al VIH para la población.

En la ley se provee que todo caso debe reportarse a las autoridades de salud. También se estipula que no debe discriminarse contra personas afectadas y que todo/a profesional de la salud debe estar adiestrado en estándares de bioseguridad y tratar o referir a la persona. Las personas que se infecten por negligencia de estos/as profesionales pueden tomar acción legal y ser compensadas. El personal del gobierno y sus oficinas jurídicas tienen el deber de ofrecer asistencia legal a las personas positivas. Finalmente, se establece que desde el gobierno no se impondrán impuestos a medicamentos y que la transmisión intencional del virus será penalizada.

Honduras

Honduras es un país centroamericano que colinda con Nicaragua, Salvador y Guatemala. Posee una población de 6 millones (2.9% de crecimiento anual), de la cual un 44% vive en áreas urbanas y posee un ingreso per cápita de \$740 U.S. con un 3.2% de desempleo (OMS, 2000c). Para 1999 la OMS reportó 63,000 personas infectadas, de las cuales 4,200 murieron. Para 1997 el medio de transmisión más común fue el contacto heterosexual (57.6%, 3,062). La ley sobre VIH/SIDA se conoce como el Decreto No. 147-99 (La Gaceta, 1999) y atiende asuntos de prevención, tratamiento, control de la epidemia, investigación, responsabilidades estatales, derechos y deberes de las personas positivas.

La Comisión Nacional del SIDA (CONASIDA) se encarga de la implementación de la ley y de los programas relacionados al SIDA. En la ley se estipula un rol activo de las instituciones educativas en la prevención, mensajes en medios de comunicación, consejería telefónica y programas para empresas incluyendo turismo. Para el control epidemiológico se incluyen: pruebas a transfusiones de sangre, la prohibición de donación de fluidos u órganos por personas positivas y el registro de los casos. Además, se dispone que personas en

la industria sexual deben examinarse en un centro de salud, se exige la prueba para el matrimonio o convivencia y se otorga al personal del gobierno la autoridad de hacer pruebas serológicas sin consentimiento. También se mencionan reglas de bioseguridad en escenarios de salud, la creación de un registro de medicamentos y la exoneración de impuestos a medicamentos.

Las personas positivas tienen derecho a: acceso a atención médica, acceso a centros educativos sin solicitud de prueba de VIH, a no ser despedidas por su condición, a no ser restringidas por el/la proveedor/a de atención médica y a no informarle su seropositividad. Se establece que su condición no invalida su cobertura de seguros, servicios de consejería al hacer la prueba con consentimiento (excepto en procesos judiciales), la confidencialidad en el diagnóstico de las personas mayores, el cuidado de niños/as y adolescentes sin hogar, la promoción de albergues para personas positivas, la libre circulación en lugares públicos y la seguridad de que no se solicitará una prueba de VIH para obtener documentos públicos. Entre los deberes de las personas seropositivas se encuentran: practicar su sexualidad responsablemente, comunicar su estatus a parejas sexuales y a profesionales de salud, informarse sobre métodos anticonceptivos, la prohibición de adoptar hijos/as y la penalización de la transmisión del VIH de forma dolosa o culposa. Finalmente, la ley incluye varios artículos relacionados al cumplimiento de tratados internacionales y nacionales en relación a la investigación sobre el VIH/SIDA.

Puerto Rico

Puerto Rico es una de las Antillas del Caribe. Su población se ha estimado en casi cuatro millones de habitantes, de los cuales el 31% (1,176,526) necesitan algún tipo de ayuda gubernamental (Torres, 1998). La Oficina de Vigilancia del SIDA (2000) del Departamento de Salud de Puerto Rico informa la existencia de 25,184 casos de SIDA de los cuales 15,613 han muerto. El 77.5% (19,201) de estos casos son de hombres y el 22.5% (5,559) de mujeres. Los medios de infección más comunes son el uso de drogas inyectables (51%, 12,683), el contacto heterosexual (23%, 5,654) y el contacto homosexual (17%, 4,143).

En Puerto Rico no existe una sola ley que recoja la postura estatal sobre el VIH/SIDA. Por el contrario, existen 35 esfuerzos gubernamentales en forma de leyes, resoluciones, reglamentos de departamentos particulares y proyectos no aprobados. Un análisis del propósito de cada esfuerzo refleja cuatro tendencias claras: controlar de la epidemia (46%, 16 esfuerzos), vigilar del manejo de fondos del VIH/SIDA (26%, 9 esfuerzos), asegurar los derechos de las personas positivas (17%, 6 esfuerzos) y criminalizar el VIH/SIDA (11%, 4 esfuerzos) (Varas-Díaz & Toro-Alfonso, sometido).

Con el propósito de controlar la epidemia existen tres leyes en las que se estipula hacer la prueba de anticuerpos al VIH a víctimas de violación (Ley 123, 1998), a todo convicto de violación con notificación a la víctima (Ley 129, 1988) y a convictos de otras modalidades de violación (Ley 31, 1993). También existe un reglamento del Departamento de Salud en el que se establece la realización de pruebas con registro de información demográfica bajo estricto anonimato (Reglamento 87, 1998). Finalmente, existen 12 proyectos¹ de la Cámara y el Senado que pretendieron de manera infructuosa prohibir el matrimonio entre personas positivas (C. R. 121, 1989; S. 959, 1990; C. R. 451, 1997), requerir la prueba como requisito para el matrimonio (C. R. 332, 1989; S. 245, 1989; C. R. 816, 1997; C. R. 224, 1997), hacerle la prueba a acusados de violación (C. R. 1022, 1990), solicitar la dirección residencial de las personas seropositivas (C. R. 1697, 1992; C. R. 468, 1993), solicitar la prueba para reclutamiento en el empleo (C. R. 970, 1993), y requerir la prueba a boxeadores (C. R. 120, 1997). Para la vigilancia del manejo de fondos tanto en la Cámara de Representantes como el Senado han desarrollado resoluciones² para investigar el uso de dichos fondos (C. R. Res. 838, 1997; C. R. Res. 1229, 1997; C. R. Res. 1627, 1997; C. R. Res. 1554, 1997; C. R. Res. 1969, 1997; C. R. Res. 1970, 1997; C. R. Res. 3765, 1998; S. Res. 1613, 1998; S. Res. 1762, 1998).

Con el propósito de defender los derechos de las personas afectadas, en una Orden Administrativa del Departamento de Salud se establecieron normas para la prevención del VIH en procesos invasivos y para permitirle a un/a profesional de la salud VIH positivo/a que permanezca en su empleo sin revelar su estatus (Orden Administrativa 74, 1993), una ley en la que se prohíbe la discriminación en algunas áreas hacia las personas positivas (Ley 52, 1995), una Resolución de la Cámara de Representantes para investigar las condiciones de los ensayos clínicos de la vacuna del VIH en el país (C. R. Res. 3925, 1998) y dos proyectos no aprobados de la Cámara de Representantes y el Senado para crear una carta de derechos para personas positivas (C. R. 649, 1997; S. 1093, 1998). Durante el mes de septiembre del 2000 se aprobó una ley que contiene una carta de derechos para personas positivas en Puerto Rico (Ley 349 de 2 de Septiembre de 2000) en la que se asegura el derecho de las personas positivas a: acceso a servicios de

¹En la legislatura de Puerto Rico primero se presenta un "proyecto de ley" para su discusión y posterior aprobación. Dichos proyectos pueden ser aprobados o descartados por la Cámara de Representantes o el Senado, de ser aprobados se convierten en una ley.

²La Cámara de Representantes y el Senado de Puerto Rico pueden aprobar "resoluciones" separadas o en conjunto que van dirigidas a iniciar investigaciones relacionadas a procesos de política pública, manejo fraudulento de fondos públicos u otros asuntos.

salud, un hogar sustituto de no tener familia, respeto a sus derechos individuales limitando los mismos sólo cuando sea necesario para su salud, recibir información relacionada al SIDA, que no se le solicite información que atente contra su intimidad, que no se establezcan registros de contacto sexuales, que no sea aislada, participar en todos los aspectos de la vida social, recibir sangre y órganos, que no se haga referencia de su seropositividad sin su consentimiento, no ser sometida a pruebas compulsorias, comunicarle su estatus serológico a quien desee y continuar ejerciendo su vida civil, profesional, sexual y afectiva.

Finalmente, existen esfuerzos que consideramos están relacionados a la criminalización de las personas que viven con VIH/SIDA. Todos son proyectos de la Cámara de Representantes que nunca fueron aprobados y que tenían los siguientes propósitos: penalizar la transmisión intencional del VIH (C. R. 1960, 1991), aislar a pacientes de SIDA en los hospitales (C. R. 477, 1993) y hacer la prueba de anticuerpos al VIH a personas convictas y notificar a su cónyuge (C. R. 1629, 1994; C. R. 118, 1997).

PARTICULARIDADES DE LAS POLITICAS PUBLICAS EXPUESTAS

A la luz de las descripciones anteriores resaltan algunas diferencias y similitudes entre las políticas públicas de estos países. Entender los patrones de ideas que se reflejan en todas las leyes y las particularidades de cada cual es un esfuerzo de vital importancia. Primero, las ideas compartidas evidencian posturas que han acompañado a los esfuerzos de control de la epidemia y a las actitudes que rodean los mismos. Por otro lado, las particularidades de cada país reflejan posicionamientos individuales que en ocasiones se toman debido a necesidades específicas de la región. Veamos algunas de las ideas compartidas en estos esfuerzos.

Prevención de la Epidemia

Una característica de todas las políticas descritas en este trabajo es un énfasis marcado por el deseo de prevención y control de la epidemia. Ya sea a través del establecimiento de este propósito como motivación de su ley o de proyectos individuales con esta finalidad, combatir las proporciones epidémicas del VIH/SIDA es una idea compartida por todos los países. Este hecho es importante ya que a través de estas políticas el Estado acepta y asume un rol protagónico en la lucha contra el VIH/SIDA. Aunque en su implementación cada cual encuentre dificultades o limitaciones, la aceptación de la prevención como una prioridad de salud es un logro de estas políticas públicas.

Discriminación contra Personas Seropositivas

La eliminación de la discriminación hacia las personas seropositivas es otra de las preocupaciones compartidas que se refleja en estas políticas públicas. En los casos de República Dominicana, Ecuador y Puerto Rico se prohíbe la discriminación de forma explícita. En el caso de Honduras, aunque no se prohíbe de la misma manera, se menciona que las instituciones educativas deben orientar a sus estudiantes hacia la no discriminación. Aunque en este último caso no se ~~evidencie una postura firme ante el fenómeno, su mención evidencia~~ el reconocimiento del problema en todos los países. La inclusión del tema de la discriminación en estas políticas es un logro importante. El reconocimiento de que la epidemia del VIH/SIDA es tanto un fenómeno biológico como de estigma (Herek, 1988; 1999) hace importante que las políticas institucionales reconozcan los efectos detrimentales y busquen disminuir el estigma prohibiendo la discriminación hacia personas seropositivas.

Importación de Medicamentos

La postura de los Estados en República Dominicana, Ecuador y Honduras es la misma en cuanto a medicamentos relacionados al VIH/SIDA se refiere. En cada uno de estos países el gobierno ha eximido de impuestos la entrada de medicamentos al país lo cual a su vez facilita, en alguna medida, el acceso de la población a los mismos. Estas gestiones, que parecen ser puramente administrativas, son de importancia en momentos en que los costos de los tratamientos antivirales son altos.

Privacidad de las Personas Seropositivas

Una de las preocupaciones más evidentes en una epidemia como el VIH/SIDA es la privacidad de las personas afectadas. Uno de los aspectos centrales de esta preocupación es el derecho a no revelar el estatus serológico a otras personas. Este derecho se asegura en las políticas de República Dominicana, Puerto Rico y Honduras. Este logro no aparece en la Ley de Ecuador la cual no se hace mención de este tipo de derecho. Esta situación se debe corregir.

Pruebas Serológicas

En la misma línea de la privacidad de las personas afectadas se encuentra el proceso de llevar a cabo pruebas serológicas para determinar el estatus de las personas. Una de las preocupaciones y amenazas mayores a la privacidad individual es el hacer pruebas de este tipo sin el consentimiento de las personas. En los casos de la República Dominicana, Puerto Rico y Honduras está prohibido

llevar a cabo este tipo de prueba sin consentimiento. Sin embargo, se reconoce que en situaciones especiales desde el gobierno se pueden ordenar las mismas. Por ejemplo, en el caso de Honduras se establece que se pueden hacer pruebas sin consentimiento a sectores poblacionales que se identifiquen como de riesgo. En el caso de Ecuador no se hace mención alguna de la prohibición de este tipo de prueba, lo que deja la puerta abierta a las mismas.

La posibilidad de pruebas serológicas sin consentimiento puede generar efectos detrimentales en las personas afectadas ya que su privacidad está amenazada. Aunque se ha pretendido justificar este tipo de invasión personal mediante los posibles beneficios para la sociedad en general, son mayores los efectos detrimentales a la persona afectada que el beneficio real al resto de la sociedad. Las diferencias en las políticas sobre las pruebas serológicas hace evidente el contraste entre las leyes revisadas.

Empleo y VIH/SIDA

Otra de las preocupaciones relacionadas a las pruebas serológicas es la utilización de sus resultados para despedir a las personas de sus empleos. Las posturas ante este fenómeno varían según cada país. En los casos de Puerto Rico y República Dominicana se prohíbe el requisito de la prueba para uso en el reclutamiento de personas para un empleo. En el caso de Honduras, aunque no se menciona el uso de la prueba para el reclutamiento en el empleo, se prohíbe el uso de sus resultados para despedir a una persona. Por último, el caso más preocupante es el de Ecuador, ya que en la política de ese país no se menciona este fenómeno.

Transmisión Intencional del VIH

La penalización de la transmisión intencional del VIH a otras personas es un fenómeno que puede encontrarse en todos los esfuerzos de ley. En el caso de República Dominicana, Ecuador y Honduras son parte formal de la ley, mientras que en Puerto Rico se ha incorporado en un proyecto pero nunca se ha aprobado. Aún así, las actitudes que rodean estas políticas, aprobadas o no, comparten la idea de que debe penalizarse la transmisión intencional. En el caso de la República Dominicana se le considera como intento de homicidio. Esto es un aspecto negativo en estas políticas ya que promueven la idea de que las personas seropositivas andan buscando transmitir el virus de forma intencional. Además, puede fomentar el que las personas que viven con el VIH/SIDA no compartan sexualmente y hasta evitar que se sometan a pruebas para no conocer su estatus serológico.

Otra de las particularidades que comparten las políticas de los países que presentamos es la tensión entre los derechos individuales y el bien común. Como mencionamos en la introducción a este trabajo, esta tensión ha generado un debate intenso en el proceso de desarrollo e implementación de políticas públicas dirigidas a controlar la epidemia. Incluimos en la Tabla 1 una comparación entre las instancias en las cuales se vela por los derechos individuales y el bien colectivo a la luz de cada país.

A pesar de que en las políticas públicas de estos países se comparten algunas preocupaciones, es importante exponer sus diferencias ya que pueden reflejar tanto preocupaciones particulares de cada país ante su situación epidémica, como posturas peligrosas debido a la posible violación de los derechos individuales. Entre estas particularidades encontramos: el ofrecer asistencia legal gratuita a personas que viven con VIH/SIDA en el Ecuador, el financiamiento por parte del Estado de mensajes de prevención en los medios de comunicación masiva en el Ecuador y Honduras, la mención específica de las personas que laboran en la empresa sexual y la existencia de una ley especial para proteger los derechos de las personas infectadas en Puerto Rico. Estos son ejemplos de esfuerzos importantes en cada uno de estos países ya que pueden contribuir a la prevención de la epidemia y al manejo de sus consecuencias, por lo tanto influyen en el bienestar de las personas afectadas. Por otro lado, debe preocuparnos la prohibición del matrimonio entre personas seropositivas y la adopción de niños/as por personas seropositivas en Honduras ya que evidencia restricciones a los derechos civiles a la misma vez que hace poco por la prevención del VIH/SIDA a nivel poblacional.

El análisis de las políticas públicas que hemos presentado sería un esfuerzo infructuoso si no se concretan los hallazgos en recomendaciones para mejorar las políticas existentes y generar nuevos esfuerzos de este tipo. A continuación presentamos algunas observaciones finales y recomendaciones sobre este particular.

OBSERVACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES

Las similitudes y particularidades de las políticas públicas en torno al VIH/SIDA en estos países reflejan un patrón de importancia que mencionamos en nuestra introducción. Este es el de la tensión entre los derechos individuales y los de la sociedad en general. De las políticas anteriores se desprende la idea de que los derechos de las personas afectadas son importantes, siempre y cuando

Tabla 1
Contribución de la Legislación Vigente a la Tensión entre los Derechos Humanos y las Necesidades Sociales

País	Legislación	
	Énfasis en derechos individuales	Énfasis en necesidades sociales
República Dominicana	<ul style="list-style-type: none"> • Prohíbe las pruebas para el empleo • No discriminación • No revelar estatus serológico • No pruebas obligatorias en la cárcel 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de casos • Informar-estatus-serológico a sus parejas • No pueden donar sangre • Pruebas obligatorias por la corte
Ecuador	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento gratuito • No discriminación • Derecho a acción legal si se infectan por negligencia • Derecho a la asistencia legal 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de casos • Estándares de bio-seguridad • Transmisión intencional penalizada
Honduras	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a atención médica • Acceso a centros educativos sin solicitud de prueba serológica • No pueden ser despedidos/as del empleo por su condición • No informar su seropositividad • La condición no invalida la cobertura de seguros • Pruebas serológicas voluntarias • Libre circulación de personas seropositivas en lugares públicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de casos • No pueden donar sangre u organos • Prueba para el matrimonio • Pruebas obligatorias por el personal gubernamental • Estándares de bioseguridad • Personas en la industria sexual deben ser examinadas en centros de salud • Practicar la sexualidad responsablemente • Informar estatus a parejas y profesionales de la salud • No pueden adoptar hijos/as • Penalización de transmisión intencional
Puerto Rico	<ul style="list-style-type: none"> • Profesional de la salud VIH+ puede permanecer en el empleo • No discriminación en contrataciones y servicios • Acceso a servicios de salud • Respeto a derechos individuales • Derecho a la intimidad • No se pueden establecer registros de contactos sexuales • Derecho a participar en todos los aspectos de la vida social • Derecho no ser sometido/a a pruebas obligatoria • Derecho a comunicar su estatus serológico a quién desee • Derecho a ejercer su vida civil, profesional, sexual y afectiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de casos • Prueba obligatoria a personas convictas de violación y otros delitos sexuales • Estándares de bio-seguridad

no interfieran con el bienestar de la sociedad o la posibilidad de su infección. Es por esto que se prohíbe el discrimen contra las personas afectadas, se asegura su privacidad y se vela por algunos otros derechos, pero siempre se dejan puertas abiertas hacia la posible penalización de la transmisión y hasta para el sometimiento a pruebas serológicas compulsorias en casos excepcionales. Aquí queda evidenciada la postura de que las personas seropositivas deben ser protegidas siempre y cuando esta protección no amenaze la seguridad del resto de la sociedad. Esta noción se remonta a la idea de que las personas seropositivas son amenazas constantes a la estabilidad social sin reconocer que el VIH/SIDA es un problema de todos/as. Este tipo de tensión debe reconocerse como una dificultad para el desarrollo e implementación de políticas efectivas y debe atenderse como tal. Los derechos de las personas afectadas deben defenderse con la misma vehemencia que se defienden los de todas las personas en la sociedad. En este respecto, la aprobación de la Carta de Derechos de las Personas que Viven con VIH/SIDA en Puerto Rico puede servir como un ejemplo para otras políticas estatales.

Otra de las recomendaciones que surge a partir del análisis de las políticas y de la identificada tensión entre los individuos y la sociedad es el involucramiento de la sociedad civil y de las organizaciones no gubernamentales en las políticas relacionadas al VIH/SIDA. Por un lado, es vigente la necesidad de que todos los sectores sociales participen en el desarrollo de las mismas para que el producto final pueda ser uno justo y completo. De la misma manera es importante que las políticas existentes delimiten de forma clara las contribuciones necesarias por parte de la sociedad civil a la epidemia del VIH/SIDA. Por ejemplo, en Honduras se menciona el rol de las instituciones educativas en la prevención y se incorporan sectores civiles en el manejo de la epidemia por parte de CONASIDA. En la política de Ecuador se menciona que el Instituto Nacional de SIDA colaborará con agencias que trabajan en prevención, en la República Dominicana se menciona que las organizaciones no-gubernamentales deben involucrarse en los esfuerzos preventivos y en Puerto Rico el Departamento de Salud financia y se reúne con agencias no-gubernamentales que ofrecen servicios de prevención a personas seropositivas. Sin embargo, la interacción entre las esferas gubernamentales y civiles no se establece claramente en las políticas de cada país. Es necesario encontrar diferentes formas de involucrar a todos los sectores civiles en esfuerzos relacionados al VIH/SIDA.

Una última recomendación, tal vez la más importante para propósitos de esta edición especial sobre VIH/SIDA de la Revista Interamericana de Psicología, es la involucración de la psicología en el desarrollo de políticas públicas sobre

VIH/SIDA. La psicología, en sus múltiples manifestaciones y especialidades, es una disciplina con el potencial de ser un agente catalítico en el desarrollo de políticas públicas (Strickland, 1996). Una de las aportaciones más importantes que puede hacer la psicología es la documentación de las necesidades de la población a través de hallazgos de investigaciones (Majchrzak, 1984) y de un largo historial de servicios dirigidos a las personas afectadas por la epidemia. La psicología como disciplina de servicio e investigación debe comprometerse de forma plena con el desarrollo de políticas justas que beneficien a la sociedad en general sin violentar los derechos de las personas individuales.

En este trabajo hemos explorado las políticas relacionadas al VIH/SIDA en algunos países de América Latina, expuesto sus limitaciones y beneficios e invitado a la psicología a tomar un rol activo en este tipo de trabajo. Un mejor entendimiento de las posturas estatales frente al VIH/SIDA nos ofrece una perspectiva sobre el transcurso de esta epidemia y los futuros caminos que quedan por recorrer. Al finalizar quedan nuevos retos frente a esfuerzos iniciales como éste de entender las políticas existentes, para poder influenciar las políticas futuras.

Referencias

About, F. E. (1998). *Health psychology in the global perspective*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Agency for Health Care Policy and Research (1995). Racial differences found in access to medications for HIV-related illnesses. *Research Activities*. Washington, D C: Autor.

Bayer, R. (1989). *Private acts, social consequences: AIDS and the politics of public health*. New York, NY: The Free Press.

Bayer, R. (1996). SIDA, salud pública y libertades civiles: Consenso y conflicto en torno a las medidas sanitarias. En M. Platts (Ed.), *SIDA: Aproximaciones éticas* (págs. 35-66). México, DF: Fondo de Cultura Económica.

Brooks, R.A., & Klasinski, L.E. (1999). Assisting persons living with HIV/AIDS to return to work: Pragmatic steps for AIDS service organizations. *AIDS Education and Prevention, 11* (3), 212-223.

C. R. 118, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 120, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 121, 11ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1989). San Juan, Puerto Rico.

VIH/SIDA Y POLITICA PUBLICA

C. R. 224, 12da Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 332, 11ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1989). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 451, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 468, 12da Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1993). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 477, 12da Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1993). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 649, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 816, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 970, 12da Asamblea Legislativa, 2da Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1993). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 1022, 11ra Asamblea Legislativa, 3ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1990). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 1629, 12da Asamblea Legislativa, 6ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1994). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 1697, 11ra Asamblea Legislativa, 7ma Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1992). San Juan, Puerto Rico.

C. R. 1960, 11ra Asamblea Legislativa, 5ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1991). San Juan, Puerto Rico.

C. R. Res. 838, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. Res. 1229, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. Res. 1554, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. Res. 1627, 13ra Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. Res. 1969, 13ra Asamblea Legislativa, 2da Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

C. R. Res. 1970, 13ra Asamblea Legislativa, 2da Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1997). San Juan, Puerto Rico.

VARAS DIAZ, TORO-ALFONSO

C. R. Res. 3765, 13ra Asamblea Legislativa, 4ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1998). San Juan, Puerto Rico.

C. R. Res. 3925, 13ra Asamblea Legislativa, 4ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1998). San Juan, Puerto Rico.

Curran, W., Gostin, L., & Clark, M. (1988). *AIDS: Legal and regulatory policy*. Frederick, MD: University Publishing Group.

Dye, T.R. (1987). *Understanding public policy*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

Gebbie, K.M. (1995). AIDS-related service and research, evolving federal policy, and psychological practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25 (3), 227-228.

González, H., & Pizarro, J. (1991). El síndrome de inmunodeficiencia adquirida: Una perspectiva legal. En I. Cunningham, C. Ramos Bellido, & R. Ortíz Colón (Eds.), *El SIDA en Puerto Rico: Acercamientos multidisciplinarios* (257-283). Río Piedras, PR: Universidad de Puerto Rico.

Gray, J.N., Lyons, P.M., & Melton, G.B. (1995). *Ethical and legal issues in AIDS research*. Baltimore, Maryland: The John Hopkins University Press.

Havens, J.F., Mellins, C.A., & Ryan, S. (1997). Mental health treatment for children and families affected with HIV/AIDS. In L. Wicks (Ed.), *Psychotherapy and AIDS: The human dimension* (101-114). Washington, D.C.: Taylor & Francis.

Herek, G. (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to AIDS. *American Psychologists*, 43 (11), 886-891.

Herek, G. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientists*, 42 (7), 1106-1116.

Ley 31, 12da Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1993). San Juan, Puerto Rico.

Ley 52, 12da Asamblea Legislativa, 5ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1995). San Juan, Puerto Rico.

Ley 123, 10ma Asamblea Legislativa, 4ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1988). San Juan, Puerto Rico.

Ley 129, 10ma Asamblea Legislativa, 4ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1988). San Juan, Puerto Rico.

Ley 349, 13ra Asamblea Legislativa, 7ma sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (2000). San Juan, Puerto Rico.

Majchrzak, A. (1984). *Methods for policy analysis*. Thousands Oaks, CA: Sage.

Montoya, I.D., Bell, D.C., Richard, A.J., Goodpastor, W.A., & Carlson, J. (1998).

Barriers to social services for HIV-infected urban migrators. *AIDS Education and Prevention*, 10 (4), 366-379.

Nord, D. (1997). *Multiple AIDS-related loss: A handbook for understanding and surviving a perpetual fall*. Washington, DC: Taylor and Francis.

Nussbaum, B. (1990). *Good intentions: How big business and the medical establishment are corrupting the fight against AIDS*. New York, NY: Atlantic Monthly Press.

Oficina de Vigilancia de SIDA. (2000, Noviembre). Casos de SIDA. Departamento de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico. San Juan, P.R.

OMS (2000a). *Dominican Republic: Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections* [En red]. Disponible: www.who.org.

OMS (2000b). *Ecuador: Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections* [En red]. Disponible: www.who.org.

OMS (2000c). *Honduras: Epidemiological fact sheet on HIV/AIDS and sexually transmitted infections* [En red]. Disponible: www.who.org.

Orden Administrativa 74. (1993). Departamento de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico; San Juan, Puerto Rico.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000). *La epidemia de SIDA: Situación en diciembre de 2000* [En red]. Disponible: www.onusida.org

Ortiz-Torres, B. (1999). Sexualidad, normas sociales y prevención del VIH/SIDA: Retos para la psicología de comunidad. En M. Montero (Ed.), *La Psicología al fin de siglo: Conferencias magistrales del XVII Congreso Interamericano de Psicología* (261-278). Caracas, Venezuela: SIP.

La Gaceta. (1999, 13 de noviembre). *Poder legislativo: Decreto No.147-99*, 1-7.

Programa de Control de las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (1994). *Ley 55-93 sobre el SIDA*. Santo Domingo, R.D.: Impresora Gonza-Lhito.

Quintana Lloréns, L.I. (1998). El trato de los seguros médicos en Puerto Rico a los pacientes con VIH/SIDA. *Revista del Colegio de Abogados de Puerto Rico*, 59 (1), 43-84.

Reglamento 87. (1998). Departamento de Salud, Estado Libre Asociado de Puerto Rico. San Juan, Puerto Rico: Autor.

S. 245, 11ma Asamblea Legislativa, 1ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1989). San Juan, Puerto Rico

S. 959, 11ma Asamblea Legislativa, 4ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1990). San Juan, Puerto Rico

S. 1093, 13ra Asamblea Legislativa, 3ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1998). San Juan, Puerto Rico

VARAS DIAZ, TORO-ALFONSO

S. Res. 1613, 13ra Asamblea Legislativa, 3ra Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1998). San Juan, Puerto Rico

S. Res. 1762, 13ra Asamblea Legislativa, 4ta Sesión, Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1998). San Juan, Puerto Rico

Strickland, T. (1996). Moving psychology towards (self) recognition as a public resource: The views of a congressman psychologist. In R.P. Lorion, I. Iscoe, P. H. DeLeon, & G.R. VandenBos (Eds.). *Psychology and public policy: Balancing public service and professional need* (369-389). Washington, DC: American Psychological Association.

Torres, B. (1998, 8 de junio). Muchos y amargos los rostros de la pobreza. *El Nuevo Día*, 45.

Varas-Díaz, N. & Toro-Alfonso, J. (sometido). *A review of HIV/AIDS related policies in Puerto Rico: Implications for psychology and the prevention of the epidemic*. Manuscrito sometido para publicación. Universidad de Puerto Rico.

La Prevención del VIH/SIDA y el Desarrollo de la Salud Integral en las Cárceles

Jacobo Schifter Sikora¹

*Instituto Latinoamericano de Prevención y
Educación en Salud (ILPES)
San José, Costa Rica*

Compendio

Los niveles de violencia y de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA en las poblaciones de personas privadas de libertad son alarmantes. La poca autonomía y la falta de intervenciones apropiadas hacen de la situación una que amenaza los derechos humanos de las personas institucionalizadas. En este trabajo presento datos sobre la prevalencia de la violencia y las ITS y SIDA en las instituciones carcelarias en las Américas. Identifico modelos para manejar las adicciones, la delincuencia, reincidencia y la reinserción social; esto como modelo de intervención para la promoción de la salud. Presento el modelo holístico como alternativa frente al modelo biomédico y su impacto en la salud integral en sistemas penitenciarios y la experiencia en Costa Rica con la implantación de los diferentes componentes de este modelo. Concluyo con recomendaciones específicas.

Abstract

The levels of violence and sexually transmitted diseases (STD) and HIV/AIDS in incarcerated populations are dramatic. The lack of personal autonomy and appropriate interventions presents a threatening situation for human rights for this population. In this paper I present data on the prevalence of violence, STD's, and HIV/AIDS in prisons in the Americas. I identify models to address addiction, delinquency, reincidence and social reinsertion as contributing to a prevention intervention model for health promotion. I also present the holistic model as an alternative to the biomedical model and its impact on comprehensive health in penitentiary institutions. I present the experience in Costa Rica with the implementation of this model including its different components and specific recommendations.

Palabras clave: Prevención de ITS y VIH; Poblaciones privadas de libertad; Modelo holístico

Key words: HIV and STD Prevention; Incarcerated populations; Holistic model

¹ Toda comunicación para solicitar información puede hacerse al autor, quien es el Director Ejecutivo del ILPES, San José, Costa Rica. Correo electrónico: ilpes@sol.racsa.co.cr

Las poblaciones institucionalizadas, como la privada de libertad, tienen muy poca o ninguna capacidad de decisión y autonomía para enfrentar los problemas del diario vivir en cuanto a salud se refiere. Estas se encuentran bajo condiciones impuestas a las que no pueden huir y dependen de las políticas del sistema para resolver sus necesidades. Si bien es cierto que el Estado invierte gran cantidad de recursos en esfuerzos para garantizarle a estas personas condiciones adecuadas de vida (Ej. nutrición, atención profesional, educación, entre otras); la realidad es que existe una cantidad ilimitada de factores que pueden incidir de manera negativa en su salud integral.

Es de conocimiento general que la violencia intracarcelaria, los altos índices de adicción y, en estrecha relación con los anteriores, el riesgo de contagio al VIH/SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son elementos intrínsecos a la vida en prisión, que amenazan constantemente la calidad de vida de los reclusos y reclusas. Recordemos que los tratados de derechos humanos exigen que las condiciones de vida dentro de estos centros respeten la integridad de las personas; cualquier situación que atente contra su integridad física y mental debe ser preocupación del Estado.

Un ingrediente que complica las condiciones de hacinamiento y violencia, son los problemas de adicción. Según el Instituto Latinoamericano de Naciones Unidas para Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente (ILANUD) (Chacón, 1999) los problemas de adicción son un factor decisivo en la comisión de homicidios, delitos contra la propiedad y violencia intrafamiliar que puede ser motivo de detención y que, además, continúan a lo interno de la prisión. Según las estadísticas recopiladas en centros de detención en Costa Rica, aunque se ha logrado una disminución en el consumo de *crack* y cocaína, hasta 1996 más del 50% de la población era usuaria activa de drogas (Bejarano, Sáenz & Ugalde, 1996).

No es difícil concluir que en estas condiciones otras problemáticas de salud encuentren su caldo de cultivo propicio, como es el caso del VIH/SIDA y las ITS. De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre SIDA (ONUSIDA, 1997), la prevalencia de la enfermedad en las prisiones de diversas partes del mundo es considerablemente alta e incluso más elevada que la que existe fuera de prisión. Lo mismo puede decirse de otras ITS y de padecimientos asociados (tuberculosis y hepatitis viral).

Según este informe, varios factores hacen de las prisiones un espacio que facilita la transmisión del VIH: uso de drogas intravenosas, intercambios sexuales sin protección (con consentimiento o no). En abril de 1996, este organismo especializado señaló que a menudo no hay suficientes recursos para

prestar asistencia sanitaria básica en las cárceles y mucho menos para programas sobre el SIDA. Sin embargo, indican que la situación afecta el derecho a la salud, a la seguridad de las personas, y que hay que corregirla en interés de la salud, los derechos y la dignidad de los reclusos y reclusas; en interés de la salud y la seguridad del personal de las cárceles; y en interés de las comunidades de las que proceden y a las que regresan los reclusos y reclusas.

Por su parte, la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC), proyecto promovido por el Banco Mundial, convocó a ~~finales de 1997 un concurso sobre estudios de caso realizados en la región que~~ analizaran la situación del SIDA en las prisiones y los programas de prevención y atención implantados en su interior. Este estudio confirmó que uno de los grupos considerados con probabilidad incrementada para contraer el virus son las personas reclusas en centros de privación de libertad. Por ejemplo, en los Estados Unidos de Norteamérica la prevalencia de infección por VIH en personas internas es mayor a la notificada en la población general y varias encuestas señalan que el 2.3% de las personas internas en las cárceles estatales y el 1% de las cárceles federales son seropositivas. Datos de otros países de la región guardan proporciones similares (Izazola & Izazola, 1998).

En definitiva, deben tomarse en cuenta las recomendaciones emanadas del Noveno Congreso Mundial de Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, celebrado en el año 1995 en El Cairo, que señalaban que se deben realizar estudios que permitan conocer esta realidad para tener la posibilidad de identificar aquellas medidas terapéuticas y preventivas que ofrezcan alternativas a las instancias responsables para mejorar la calidad de vida de sus prisioneros/as.

Es por eso que al hablar de política penitenciaria es humanamente obligatorio tocar el tema de la calidad de vida, y, dentro de éste, el de la salud integral de las personas privadas de libertad. Las experiencias que analizaré a continuación se han desarrollado en Costa Rica, Centroamérica y algunos países de Sudamérica y el Caribe con el auspicio de la Embajada Real de los Países Bajos y con el apoyo de los Ministerios de Justicia y Gobernación de los respectivos países.

JUSTIFICACION

La razón de ser de todo Estado de derecho es garantizar el bienestar de su ciudadanía. Por esto, el tema de la calidad de vida y la salud integral es una preocupación constante que atraviesa todas las esferas de la función pública. Sin embargo, esta preocupación es aún mayor cuando se piensa en aquellos grupos

que, por diversas razones, dependen directamente de la estructura estatal para hacerle frente a sus necesidades en esta materia.

Los Gobiernos están en la obligación moral de hacer frente a estas demandas sociales, ya que su competitividad depende, de manera estrecha, de la calidad de vida de sus habitantes, en decir, del nivel de salud de la ciudadanía, en cualquier estatus social en el que se encuentre. Una de las tareas fundamentales a las que deben abocarse quienes establecen las políticas carcelarias es el abordaje de los problemas de salud integral dentro de los sistemas de detención y tratamiento de privados/as de libertad.

Como ya mencioné, aunque el tratamiento de problemas eminentemente sanitarios (ej. difusión y control de enfermedades comunes, como la gripe y el cólera, etc.) es una necesidad urgente, no debe ser la única preocupación. Deben atenderse otra índole de problemas como la violencia y los problemas de adicción, condiciones que inciden directamente en la salud de los privados/as de libertad. A su vez, estos factores se vuelven determinantes que inciden en la propagación de problemas sanitarios mayores, como el VIH/SIDA y las ITS. Un análisis responsable de las condiciones de salud en los sistemas penitenciarios nos lleva necesariamente a incluir el tema de la sobrepoblación como causa preponderante generadora de la mayoría de los conflictos carcelarios.

Hay que tomar en cuenta que un gran porcentaje de la población privada de libertad proviene de áreas marginales cuyas condiciones están enmarcadas en una cultura caracterizada, entre otras cosas, por pobreza extrema, violencia, adicciones, desempleo e inasistencia sanitaria. A esta población se le vuelve a marginar cuando se enfrenta a un sistema clásico donde impera una vigilancia constante, donde se le obliga a vivir coercitivamente, en condiciones de sobrepoblación, promiscuidad, ocio, enfermedad, falta de alimentos, medicamentos y atenciones mínimas. Se crea entonces un ciclo destructivo, destacándose la violencia como una de las técnicas de supervivencia características de la marginalidad. Esta se transfiere al ambiente intracarcelario donde se recicla y adapta a las necesidades impuestas y reafirmadas por el sistema carcelario.

La realidad nos dice que una gran parte de los principales problemas que aquejan a nuestros sistemas penitenciarios son producto de las condiciones de sobrepoblación y hacinamiento, características en ellos pero susceptibles al control. A continuación detallo algunos de los problemas que hemos identificado en nuestra experiencia.

La problemática de las drogas, con todas sus repercusiones, es un factor que afecta a toda la población penal al igual que a funcionarios y funcionarias que laboran en los sistemas penitenciarios. Esta problemática está fuertemente arraigada a la identidad cultural de la población privada de libertad, aprendida y reafirmada por producciones psíquicas bajo experiencias con vehículos embriagantes. El consumo de sustancias y la industria que este genera dentro de la subcultura intracarcelaria, aparejado a la sobrepoblación, hacinamiento, deficientes programas en salud, corrupción, legislación inadecuada, guerras y epidemias, han creado un ambiente que puede generar una crisis de proporciones devastadoras.

El abuso, adicción y tráfico de vehículos embriagantes están vinculados directa e indirectamente al creciente aumento de homicidios, suicidios, violaciones, automutilaciones, guerras de pandillas, castigos por deudas, prostitución y deterioro general en la calidad de vida de las personas privadas de libertad, afectando también a los cuerpos de seguridad y a funcionarios y funcionarias.

El uso indiscriminado de benzodiazepinas, estimulantes, opiáceos, cannabis, inhalantes y etanol han sido causantes directos de masacres y revueltas. El reciente éxito expansivo, de proporciones epidémicas, de la cocaína en su forma de *crack* facilitado por su supuesto bajo costo y alto potencial adictivo, ha catalizado los fenómenos antes mencionados convirtiendo algunos reclusorios en Norte, Sur, Centroamérica y el Caribe en verdaderos submundos, en los cuales las personas internas están limitadas a nada más que un intento cotidiano por sobrevivir en las más extremas condiciones.

Por otro lado, los funcionarios y funcionarias están reducidos a la impotencia, las poblaciones penales van en aumento y las compañías constructoras de cárceles se convierten en consorcios multimillonarios. Los sistemas adictivos cerrados imponen las reglas en el juego de poder y estas a su vez están determinadas por la acción química específica de las drogas y reforzadas a través de la marginalidad y la subcultura intracarcelaria.

Violencia Intracarcelaria

La privación de libertad es en sí un acto de violencia que perpetúa los factores agresivos de la marginalidad, multiplicándolos en el contexto intracarcelario. La violencia en la cárcel es uno de los grandes problemas que enfrenta el sistema.

Una investigación sobre las cárceles en América Latina, realizada por la agencia de noticias Reuters, ofreció un trágico retrato del conflicto en que viven prisioneros/as y gobiernos, por igual, en todos los países de la región. Estadísticas de Venezuela, con las cuales las autoridades confirmaron en 1996 un promedio de cuatro muertos por semana en sus penales, son apenas un asomo de la gravedad de la crisis. "La situación en las prisiones de América Latina está lejos de responder a las normas del Derecho Internacional", señaló recientemente una especialista de Supervisión de los Derechos Humanos (HRW) (ONUSIDA, 1997).

El problema carcelario no es nuevo en el continente. En varios informes de la filial Américas de la HRW se han denunciado los casos más destacados: la matanza de 111 prisioneros en Sao Paulo en octubre de 1992, la masacre de más de cien reclusos en la prisión venezolana de Sabanetas en 1994, y casos similares en Perú y El Salvador, desde mediados de la década de 1980. La violencia y el sistema carcelario están relacionados, de forma intrínseca, no solamente porque la privación a la libertad significa violentar uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sino porque la mayoría de las personas encarceladas pertenece a una cultura cuya cotidianeidad incluye la violencia.

Por ejemplo, los estudios realizados en Costa Rica en la década de 1980, sobre el consumo de drogas en las cárceles, arrojan índices muy altos en cuanto al porcentaje de personas privadas de libertad víctimas de violencia o abuso en su infancia (Bejarano, Sáenz & Ugalde, 1996). Según las personas expertas en estos campos, se ha evidenciado una fuerte tendencia a la reproducción de los patrones de violencia o abuso cuando estos traumas no se superan. Estos patrones se exacerban en la coyuntura de la adicción y son letales en el contexto intracarcelario.

Las medidas que van desde la vigilancia a la integración en el medio carcelario implican la clausura de lo individual mediante actitudes inducidas hacia el control, y generan un ambiente hostil en el cual la violencia y la sensación de peligro están latentes. La violencia se evidencia en diferentes ámbitos, los cuales están estrechamente relacionados con los procesos adictivos: el consumo de drogas y alcohol, las deudas por juegos de azar y la prostitución. Ejemplos de esto son la autoagresión y el suicidio, y la agresión verbal y física, el homicidio y violación entre los reclusos. Por otro lado, existe la interacción violenta, tanto verbal como física, entre privados/as de libertad y vigilantes. Finalmente, se han manifestado situaciones violentas en las visitas conyugales y otras en relación al contacto con el mundo exterior.

Dentro de la subcultura intracarcelaria, existe un vínculo directo entre la jerarquía de poder y la sexualidad. Esta estructura ha sido completamente impactada por la contundencia del VIH/SIDA: lo que antes era visto como parte intrínseca de esta subcultura (en muchos casos deliberadamente invisibilizada) a la sombra del SIDA se ha dimensionado como uno de los problemas de salud más importantes en algunos sistemas penitenciarios.

Si analizamos la situación actual del VIH/SIDA nos encontramos ante un problema de salud pública de dimensiones epidémicas. Un total de 18.8 millones de personas han muerto desde que comenzó la epidemia en 1981. ONUSIDA afirmó que 5.6 millones de personas se han infectado por VIH este año, llevando a un total mundial de 34.3 millones de personas contagiadas, encontrándose el 90% de las personas infectadas en países no desarrollados (ONUSIDA, 1997).

La ignorancia, la pobreza, los procesos adictivos y la disminución de la edad de iniciación sexual son factores que influyen en la perpetuación de la enfermedad. En el caso de la prisión, si además se consideran algunas de las características de la mayoría de los reclusorios, como una alta concentración de población alojada en infraestructuras inadecuadas, las adicciones y la desinformación, nos encontramos ante la urgente necesidad de sistematizar y ejecutar acciones de prevención integral que incluyan a la población privada de libertad y a los funcionarios y funcionarias de los sistemas penitenciarios.

La incidencia del SIDA en las prisiones y su diseminación, es crítica en algunos sistemas penitenciarios. El diagnóstico de internos e internas seropositivos va en aumento y esto es un reflejo de las políticas y prácticas adoptadas por la administración penitenciaria.

Algunos factores culturales que conforman la identidad de esta población (Ej. tatuajes, uso de drogas intravenosas, violaciones enmarcadas en procesos adictivos) hacen de este grupo un blanco idóneo de enfermedades infectocontagiosas, haciendo imperativo que las autoridades sanitarias responsables desarrollen sistemas adecuados para enfrentar la situación.

Según la ONUSIDA (1997) incumbe a las autoridades penitenciarias la responsabilidad de informar a todos los internos e internas del riesgo de infección por VIH y de las consecuencias de los comportamientos de alto riesgo, a través de talleres, . La OMS recomienda que las personas privadas de libertad no sufran prácticas discriminatorias en relación con el SIDA o la infección por VIH (Ej. pruebas obligatorias, segregación o aislamiento), salvo cuando sean necesarias para su propio bienestar.

Seroprevalencia para el VIH/SIDA en Prisiones de América

Existen pocas fuentes integradas de las cuales es posible obtener un panorama general del impacto, en términos estadísticos de seroprevalencia, que el VIH/SIDA ha tenido en la población privada de libertad. Algunos datos, sin embargo, nos permiten generar una idea clara de la magnitud de este problema en los sistemas penitenciarios.

La aseveración más importante que queremos destacar es el elevado nivel de seroprevalencia que las condiciones intracarcelarias promueven. En estudios realizados en los Estados Unidos se ha encontrado que ese nivel llega a ser seis o siete veces más alto en la población de las prisiones estatales y federales que entre la población en general; en 1994, en aquel país se reportaron 5.2 casos de VIH/SIDA por cada mil personas privadas de libertad.

La epidemia del SIDA apareció en un período en el que los Estados Unidos experimentaba un tremendo crecimiento en la población carcelaria. A finales de 1996, por ejemplo, 5.5 millones de personas estaban en alguno de los diferentes niveles de atención carcelaria, lo que representa un 2.8 % de todas las personas residentes adultas del país.

En ese contexto, recordemos la particularidad de las prácticas sexuales al interior de las cárceles, para comprender el impacto del VIH/SIDA allí. En Estados Unidos se informa que más del 30% de las personas privadas de libertad aceptó haber tenido prácticas homosexuales en prisión. De manera similar, SIDALAC reportó que una encuesta efectuada en Río de Janeiro (Brasil) en 1993, indicó que al menos un 73% de los hombres privados de libertad habían tenido contacto sexual con otros hombres en prisión (Izazola & Izazola, 1998).

En Estados Unidos se ha destacado, también, la asociación que existe entre la exposición pasada a la tuberculosis y la infección del VIH entre personas privadas de libertad. Los casos de tuberculosis relacionados con el VIH parecen resultar de la reactivación de la tuberculosis latente debido a la inmunosupresión causada por el VIH. En el medio carcelario, los usuarios y usuarias de drogas intravenosas sufren de ambas infecciones (VIH y tuberculosis).

Por otra parte, en Canadá, ONUSIDA estimaba (en junio de 1999) 16,628 casos de SIDA diagnosticados en la población en general, de los cuales 16,438 ocurrían en personas adultas; entre usuarios/as de drogas inyectables se reportó un 29.1% de seropositividad. Para 1995, en aquel país las prisiones federales reportaron 139 casos de personas privadas de libertad que vivían con el VIH, y al menos 1% de la población carcelaria tenía SIDA. Ese mismo año, un estudio

demonstró que 71% de las personas encuestadas había usado drogas intravenosas, y que 89% había compartido agujas al menos una vez (OMS, 2000).

En América Latina la situación es igualmente alarmante. ONUSIDA reportó en 1996, 1.6 millones de casos de infección con el VIH en la población en general. Una distribución por áreas indicaba que el 51.4% pertenecía a la región centroamericana, 44.4% al Cono Sur, 16.7% a México, 11.8% al área Andina, 2.9% a Brasil y 2.2% al Caribe.

Para 1997, el 26% de los casos de SIDA reportados en el hemisferio provenía de América Latina. Los estimados de ONUSIDA señalan que, para este año, habrá 382,378 casos de SIDA, concentrados en tres países: Brasil, México y Honduras. El avance de la epidemia, sin embargo, es alarmante también en Argentina, Venezuela, Colombia y Chile.

Mediante el uso de drogas inyectables se transmitía un 29% de casos en el Cono Sur: en Brasil la tasa variaba entre un 34.2% y un 23% según región, mientras que Argentina reportaba un 41% de seroprevalencia entre personas usuarias de drogas. En el Caribe, Puerto Rico reportaba la tasa más alta de seroprevalencia entre personas usuarias de drogas intravenosas: 30%.

Estudios hechos por SIDALAC (Izazola Licea, 1998) indicaban un 6.78% de seropositividad en la población privada de libertad en Argentina, con un nivel más alto entre personas adultas jóvenes entre los 18 y 21 años, aunque estudios recientes han elevado la cifra hasta 11 o 14% entre hombres. En El Salvador se han detectado al menos 21,980 personas como seropositivas en las cárceles, y hasta octubre de 1997 se reportaron 180 casos acumulados en las prisiones del Distrito Federal en México, que en 1991 había reportado un nivel de seroprevalencia de 0.80% en las prisiones federales; en Brasil se ha reportado hasta un 20% de seroprevalencia entre las personas privadas de libertad.

En el caso de Costa Rica, desde el año 1995 a la fecha se han diagnosticado 110 casos de pacientes del VIH/SIDA dentro del sistema penitenciario, de los cuales han fallecido 16 personas. Actualmente existen 94 casos de personas con SIDA de un total de 6,123 privados/as de libertad, lo que representa un 1.5 % del total de la población.

Sexualidad Carcelaria

Más de diez años de investigación en cárceles de Costa Rica y Centroamérica, y una exhaustiva indagación bibliográfica sobre el tema (Schifter, 1997), han permitido desarrollar un modelo de trabajo efectivo en este campo. En 1989, en el marco de la lucha contra el VIH/SIDA, la Organización Mundial de la Salud

(OMS) auspició un estudio sobre los conocimientos y prácticas sexuales de hombres que tienen sexo con hombres en nueve países, incluyendo Costa Rica, en vista de que este grupo había sido uno de los más afectados por la epidemia. Esta investigación incluía un apartado sobre la situación penitenciaria, que incluyó tanto a personas privadas de libertad como personal administrativo. Además, estos conocimientos se complementan con la sistematización de casi diez años de talleres de prevención para privados de libertad en Costa Rica.

El objetivo inicial era conocer parte de la cultura sexual que se vive en los penales y analizar el tipo de relaciones que se dan y los factores que ponen a las personas a riesgo de contraer el VIH. Esto parte de la postura de que cualquier estrategia de prevención debe respetar los elementos culturales propios de la vida en prisión. La práctica sexual carcelaria, alejada del discurso oficial, se construye por los sectores más desposeídos de la sociedad y surge de manera paralela a la dominante.

El sistema castiga el crimen con el encierro y el hacinamiento; ahí, las personas reclusas se encuentran más juntas que en ninguna otra situación de su vida, ni siquiera con sus familias de origen. Esta cercanía física y emocional conduce al incremento de las relaciones entre individuos del mismo sexo, por la erotización continua de los vínculos y del ambiente. De los datos de cuestionarios administrados a privados de libertad se desprende que un 72% de los reclusos considera que la homosexualidad "existe en alto grado" (Madrigal, 1993). Como señala Hart (1973), la reclusión produce un "estrés" conducente a cambios radicales en la conducta sexual; no sólo se dan las relaciones homosexuales sino que aumenta la libido. Además, el sexo puede considerarse como uno de los pocos placeres que encuentran en la cárcel. Por otra parte, la subcultura intracarcelaria es más tolerante con la homosexualidad.

La pregunta de cuán extendida es la práctica homosexual en la prisión es tan antigua como el sistema penitenciario mismo. Ellis (1936) informó que el porcentaje de hombres sexualmente perverso se aproxima al 80%, aunque reconoce que en sus "momentos pesimistas cree que todos lo son". En Costa Rica, como mencionamos anteriormente, más del 72% de los participantes admitió que existe la homosexualidad y un 50% reconoce que tiene una incidencia que va de regular hasta alta (Shifter, 1997).

Si además consideramos los casos de hombres mayores que seducen a jóvenes reclusos, los homosexuales encubiertos, los bisexuales que se relacionan con un homosexual encubierto o uno abierto de manera ocasional, los funcionarios que tienen relaciones sexuales con presos, visitas homosexuales masculinas, los presidiarios que, cuando cuentan con permiso para salir, establecen relaciones

homosexuales fuera de la cárcel, es posible conjeturar con fundamento que más del 70% de los prisioneros practica la homosexualidad. Esto lo confirman las experiencias desarrolladas.

Para poder entender mejor estas cifras debemos de analizar los dos modelos prevalecientes para entender la homosexualidad. Por una parte, en los sectores de clase, ser homosexual es visto más como una condición cuya génesis se debe a un supuesto desarrollo por etapas. Esta visión es acorde a la psicología moderna que propone teorías de normalidad y anormalidad. Se considera pues, que hay un "desvío" respecto a un supuesto desarrollo natural hacia la heterosexualidad. En contraste, para ciertos sectores marginales, como en el caso de la cárcel, la homosexualidad se ve como una inversión del género que no responde a un desarrollo psicológico; se ve la sexualidad más por el cuerpo que por otros factores. Las personas homosexuales son las que trocan lo masculino por lo femenino. En este sentido, un hombre es heterosexual siempre que sea masculino y una la mujer es heterosexual siempre que sea femenina. Debe señalarse que, a pesar de lo anterior, los reclusos también consideran la homosexualidad como anormal, debido a su homofobia, y para ellos los únicos homosexuales son los travestis; los hombres que entran en sodomía, pero que son activos y masculinos, no pertenecen a esta categoría (Schifter, 1997; 1989).

Una vez definido este contexto debemos considerar otro factor. Se ha demostrado que la prostitución es una práctica común en la cárcel; en aquellas en las que existen travestis son éstos la que más la practican, ya que para algunos de ellos la prostitución forma parte de su identidad cultural. Cuando en 1989 se le preguntó a un grupo de travestis de la cárcel el número de compañeros sexuales, los entrevistados reportaron un promedio de 51, durante los últimos 12 meses. Uno reconoció haber tenido relaciones con 365 compañeros distintos, lo que representaba el 27% de toda la población del centro penal. Como es de esperar, en prisión el pago por estos servicios varía desde pequeñas sumas de dinero hasta dosis de diferentes drogas; esto es especialmente cierto después de la aparición del *crack* en las cárceles. La alta capacidad adictiva de esta sustancia ha llevado a muchos hombres a prostituirse para conseguirla. Finalmente, también se ha logrado demostrar que las relaciones sexuales forzadas (violaciones), sí se dan en las cárceles. El que esta información se haya obtenido después del trabajo cercano y lograr empatía con la población, asegura su veracidad (Schifter, 1997).

Por si aún no es evidente, debemos destacar el objetivo de nuestra indagación: no se puede lograr una prevención efectiva cuando no conocemos la cultura sexual en la que vamos a trabajar; aún en los casos en que creemos conocerla,

nuestros modelos de referencia pueden ser muy distintos a los de la población meta. En el caso de las cárceles, queda demostrada la existencia de dos culturas paralelas que interactúan entre sí: la oficial, la de las autoridades – conocida por todas las personas– y la real, la de las personas privadas de libertad que he descrito, cada una de ellas con términos de referencia que mediatizan la comprensión de los fenómenos.

Delincuencia, Reincidencia y Reinserción Social

La experiencia de campo nos ha demostrado que en algunos casos el encarcelamiento o la posibilidad del mismo conforman parte del plan de vida de los grupos marginales, llegándose a idealizar un expediente delictivo. Esto se perpetua a través de generaciones.

El sistema penitenciario se excluye a menudo de las reflexiones en el campo de las políticas públicas, pese a la alta frecuencia de problemas al interior de los centros penales, de las quejas por abusos, cárceles inseguras, insuficientes, mal dotadas, con altos índices de hacinamiento, y los problemas que se acarrea en la convivencia de la población privada de libertad. Las cárceles, en lugar de cumplir un papel rehabilitador se convierten en centros de actividad criminal, abusos y corrupción.

Al hablar de la percepción y acciones que la sociedad tiene sobre el efecto de las cárceles en las personas privadas de libertad, se coincide en que la privación no ayuda a la reinserción social y acarrea un alto costo en términos del cumplimiento de los derechos humanos, de la reincidencia delictiva y del impacto económico para el país. Las condiciones socioeconómicas, la falta de oportunidades existentes en los sectores más desprotegidos, que caracterizan la realidad de la mayoría de las personas privadas de libertad, son algunas de las causas para perpetuar el mundo de la delincuencia, como parte de un patrón aprendido. Esto se percibe al egreso de un sistema penitenciario, cuando el exprivado/a de libertad que desea un cambio a partir de algún conocimiento adquirido intracarcelariamente, no posee –salvo algunos casos, como grupos religiosos o programas ofrecidos por organizaciones no gubernamentales (ONG)- una alternativa que le permita desvincularse del patrón antes mencionado.

Para lograr una aproximación a la problemática de la sobrepoblación y el hacinamiento, que se manifiesta en adicciones, violencia intracarcelaria, difusión de problemas sanitarios como el VIH/SIDA y las ITS, delincuencia y reincidencia, es necesaria la comprensión de la identidad cultural donde aquella se presenta. Entendemos como identidad cultural todos aquellos elementos que perfilan al individuo en su relación con el entorno en que se mueve, lo cual incluye sus actitudes, pensamientos, ideas y creencias, el desarrollo ético, estético, religioso o mágico, y las formas de interacción social.

Para comprender las interacciones que se manifiestan como criminalidad hay que entenderlas dentro de una cultura que ha sido marginada, es decir, entender el concepto de la supervivencia en el contexto de una cultura mayor predominante. La identidad marginal está fundamentada en la supervivencia en condiciones extremas, que a su vez genera actitudes criminales, cuya comprensión requiere de la contextualización dentro esta cultura. Esto es fundamental para aquellas personas que interactúan con poblaciones marginales e intracarcelarias, porque el mundo de la desposesión y la marginalidad va a reflejarse, multiplicada, dentro de una subcultura intracarcelaria.

Entender esa identidad se convierte en un puente de comprensión que genera empatía, elemento fundamental para lograr resultados que lleguen a mejorar la calidad de vida dentro de las posibilidades que la subcultura intracarcelaria permite. Limitar el trabajo preventivo integral al contexto netamente intracarcelario, reduce la visión global de la prevención dentro de la marginalidad. Es por eso que proponemos un abordaje de prevención integral que se desarrolla en tres momentos: (a) la marginalidad precarcelaria, (b) la subcultura carcelaria y (c) la marginalidad postcarcelaria (seguimiento postegreso).

Marginalidad Precarcelaria

La ausencia de alternativas de apoyo, el desempleo y el subempleo, la pobreza y la pobreza extrema, una nula o baja escolaridad, la desintegración familiar, entre otros, son factores de la marginalidad que perpetúan la criminalidad. Estos se reafirman dentro de los sistemas penitenciarios, ofreciendo poca o ninguna posibilidad de reinserción social al egreso, creándose un ciclo.

El concepto de marginalidad está cargado de una gran cuota de discriminación

y culpabilización. La mayoría de los enfoques son asistencialistas y proponen medidas de erradicación y "limpieza social" que, por sus características represoras y violentas, llegan a reproducir en las personas afectadas conductas agresivas. Al hablar de esta marginalidad precarcelaria no queremos insinuar que todos sus miembros van a ingresar al sistema penitenciario, sino que existen elementos de esta subcultura que vulnerabilizan a quienes están inmersos/as en ella y que les facilita incurrir en la criminalidad. El análisis de esta subcultura permite trabajar con estas personas para dotarlas de los instrumentos que permitan reducir el impacto de las prácticas de riesgo.

Mi experiencia de trabajo con diferentes grupos refleja la necesidad de aproximarse a esta población desde un encuadre que desmitifique los prejuicios construidos alrededor de ellos, sin asumir juicios de valor sobre sus costumbres y comportamientos, permitiendo una escucha desde la comprensión más que desde la censura. Es a partir de este encuadre que se pueden desarrollar actividades preventivas de acuerdo con las necesidades reales de la población, e ir retomando elementos de análisis que permitan trasladar conceptos teóricos y metodológicos que nutran la prevención a lo interno de las cárceles para así trasladar la conciencia de la salud al interior del sistema penitenciario (Shifter, 1997).

Dentro de las experiencias concretas de trabajo, y tomando en cuenta el concepto de marginalidad que incluye una gran parte de la población con características particulares que de una u otra forma se encuentran en condiciones de criminalidad, hemos detectado algunos grupos principalmente afectados con los cuales hemos desarrollado las siguientes actividades de prevención:

Trabajadoras/es sexuales: Desarrollamos actividades de salud integral con el objetivo de mejorar sus condiciones de vida. En los esfuerzos por mejorar la autoestima y atender la adicción a drogas de estas mujeres, aportamos un elemento de análisis de su vida y actividades que hemos encontrado disminuye la tendencia a arriesgar su vida y libertad incurriendo en actividades delictivas, que en sus casos se caracterizan por los robos y tráfico de drogas.

Jóvenes en riesgo social: Las personas menores de edad que deambulan en las calles, caracterizadas por falta de una familia ya sea en lo real o en lo simbólico, rechazo del núcleo familiar por la no adaptación a las normas establecidas, la alta incidencia a las drogas y la explotación sexual, se convierten en una población con alta vulnerabilidad a delitos comunes. Tomando en cuenta estas características, hemos dirigido los esfuerzos a brindarles un espacio que les resulte atractivo y a la vez les brinde la posibilidad de un hogar sustituto donde

reciben orientación, capacitación y apoyo emocional, desde una perspectiva no tradicional.

Población en delincuencia activa: Grupos que recurren a la delincuencia (delitos contra la propiedad, la vida, tráfico menor, delitos contra la vida), y que de una u otra forma han evadido la justicia civil y penal, reciben la posibilidad de capacitarse en el campo de la salud integral a través de un modelo que involucra reflexiones sobre elementos de su personalidad y vida que atentan ~~contra su calidad de vida como las adicciones, depresión, violencia y sexualidad~~ entre otras.

Dejando claro que el objetivo de nuestra intervención no es, por las limitaciones del enfoque, la eliminación de la incidencia delictiva en la población, el modelo compensa algunas de las claras deficiencias en materia de prevención de la salud, manejo de los problemas de adicción, violencia y falta de oportunidades sociales, que de no ser atendidas, tienen serias repercusiones en las condiciones de vida de estas gentes. Algunas veces, los esfuerzos de prevención llegan demasiado tarde, sin embargo, es necesario destacar que la simple toma de conciencia en los individuos en cuanto a su condición como seres humanos, con potencialidades y virtudes, ha provocado cambios de actitud prosociales. Finalmente, esta preparación previa favorece que, en aquellos casos en que se da el ingreso a la prisión, existan mecanismos de protección en materia de salud integral.

Dentro de esta área de acción, se han desarrollado experiencias exitosas orientadas a la prevención de la violencia, el consumo de drogas y el contagio del VIH/SIDA y las ITS, dentro de la cuales podemos mencionar la creación de una Casa Club en San José. Como hemos mencionado, la experiencia alcanzada a lo interno de la prisión nos ha demostrado la existencia de un sector social que, por sus condiciones de marginalidad y hábitos delincuenciales, son "usuarios" potenciales de los sistemas penitenciarios. Jóvenes en prostitución, asaltantes comunes, entre otros, forman parte de la clientela de esta Casa Club en San José, en la cual día a día, reciben un mensaje formativo mientras se toman una taza de café (tal vez la única del día), se bañan o solamente descansan. La razón principal para que este grupo haya adoptado el Club como parte de su diario vivir es la filosofía no punitiva ni moralista que posee el centro. En este sentido, estamos claros que el papel de detectar o detener población criminal es responsabilidad de las autoridades. Además, si bien es cierto que no se critica su forma de vida, constantemente se plantean diversas actividades alternativas de supervivencia: aprender un oficio, estudiar, trabajar, entre las cuales la persona puede elegir si así lo desea. Esta labor se realiza en coordinación con diversas organizaciones y entidades gubernamentales y no gubernamentales.

Subcultura Intracarcelaria

En la mayoría de los casos, la subcultura intracarcelaria está conformada por condiciones provenientes de la marginalidad, recicladas por el sistema panóptico y acentuadas por el hacinamiento y la sobrepoblación. El sistema panóptico se fundamenta en una constante vigilancia, control y ejercicio de poder a partir de una figura jerárquica, en el cual cada individuo está constantemente localizado, examinado y distribuido.

Las técnicas de supervivencia extracarcelarias utilizadas en la marginalidad se convierten en parte de una cotidianeidad ritualizada donde todo posee un significado especial, un simbolismo particular, una ética y una estética. Sobrevivir es la regla del juego. Dentro de esta dinámica se evidencia el deterioro en la calidad de vida (violencia y adicciones) por lo cual una acción que conlleve a su mejoramiento es absolutamente necesaria. En la coyuntura de la pandemia del SIDA, es vital.

En las cárceles conviven dos culturas paralelas que interactúan entre sí: la de los funcionarios y funcionarias, y la de las personas privadas de libertad. En vista de que cada una de ellas asigna un significado distinto a términos en común, hay dificultades para establecer el diálogo. Por esta razón, las actividades de prevención deben incluir a todo el penal. Uno de los aspectos positivos de los esfuerzos del Ministerio de Justicia de Costa Rica ha sido precisamente mejorar los conocimientos sobre prevención en todos sus funcionarios y funcionarias, desde la policía de ingreso, pasando por los/as conserjes, hasta los directores y directoras de los centros penales.

El Modelo Holístico frente al Modelo Biomédico

Las intervenciones con la subcultura intracarcelaria están basadas en un modelo holístico. Para entenderlo es necesario primero compararlo con el abordaje tradicional: el modelo biomédico. El modelo holístico, adoptado por el Ministerio de Justicia de Costa Rica se ha sido reconocido como una de las alternativas más eficientes: prevenir por medio de la educación y la participación de la población meta. Como he indicado anteriormente, la prevención no se puede hacer ni a la fuerza (tamizaje obligatorio) ni tampoco sin conocer la realidad de las poblaciones. En este punto surge el acierto del modelo seguido en Costa Rica. La consigna ha sido detener la epidemia por medio de la participación de las personas privadas de libertad en la prevención del contagio

y de los factores relacionados, como el consumo de drogas y la violencia.

Antes de continuar, debemos de ahondar en la comprensión del modelo biomédico. No existe un solo modelo de este tipo, sino muchas versiones, las cuales tienen entre sí las siguientes características:

- El instrumento principal para combatir una epidemia es la información. Si la gente está bien informada de cómo se transmite y previene el agente infeccioso, tomará las medidas higiénicas para controlarlo (Capra, 1983).
- La información debe suministrarse con claridad, lenguaje científico y de manera magistral con el fin de evitar malas interpretaciones o confusiones en el público.
- Los expertos y expertas en salud combaten las epidemias, principalmente médicos/as, quienes se han adiestrado adecuadamente para combatirlos. Se supone que los “expertos y expertas” serán respetados en las comunidades y que sus consejos se seguirán (Lolas, 1990).
- El actor principal en la prevención es el Estado, ya que una de sus funciones es garantizar la salud pública.

Estas consideraciones presentan dificultades cuando se trata de ajustarlas a la realidad. Veamos.

- Muchos estudios cuestionan el papel de la información como vehículo único de prevención. En epidemias como el SIDA, la gente conoce bien cómo se transmite y se previene pero no lleva a la práctica de forma automática estos conocimientos. Una serie de actitudes y emociones interfieren para que el conocimiento no sea fundamental. El uso del condón, como hemos visto en la población penal, muchas veces está influido por el consumo de alcohol o las drogas (Coates, Temoshok, & Mandel, 1984). Si la persona está intoxicada no lo usará, independientemente de cuánto sepa sobre la prevención.
- Las personas no son pantallas en blanco a las cuales se dirige la información. Las actitudes influyen en si los mensajes se reciben o se reprimen. La audiencia generalmente rechaza la información científica aburrida. Cuando no se usa la creatividad para que la gente preste atención al mensaje, aparece la saturación (Baum, 1994).
- Los “expertos y expertas” en salud suelen pertenecer a las clases medias y altas; su impacto se reduce en los sectores populares cuyos integrantes suelen desconfiar de sus intereses.
- El Estado, en la mayoría de los países, es generalmente un ente burocrático con poca flexibilidad y credibilidad para ganarse la confianza de la gente.

Teniendo en cuenta estas premisas, analicemos ahora la labor de nuestra estrategia de prevención del VIH/SIDA, la violencia y la adicción: el modelo holístico. Este también tiene muchas variaciones y orígenes. En los Estados Unidos se le asocia al nacimiento, en los años 60, de la medicina alternativa y los estudios sobre el papel de las emociones en la salud. El *boom* holístico se inició con los trabajos en temas como la bioretroalimentación, el papel de la actitud emocional en la curación del cáncer y las investigaciones sobre nutrición, dieta y salud (Bakal, 1979). Estas corrientes comparten la premisa de que la persona puede tanto producir como curar la enfermedad y que ésta es producto de desbalances en la vida; la manera de prevenir y curar, entonces, recae en el sujeto. Se desconfía de la medicina alopática con su énfasis en curaciones por cirugía y medicinas químicas (Anderson, & Armstead, 1995).

Para que un modelo de prevención se considere holístico debe seguir algunos de los siguientes criterios:

- Las emociones juegan un papel tan importante como la razón, si la persona no está convencida emocionalmente de la necesidad de prevenir para su bien, o no cuenta con ayuda para hacerlo, no podrá realizar los cambios necesarios.
- La prevención no puede realizarse de manera magistral, la persona debe ser partícipe para su propio bienestar. Esto significa que el público meta debe estar involucrado en la campaña y no ser un simple espectador pasivo.
- Para que la persona sienta que el problema es suyo debe de mirar a otras personas con sus propios recursos e ideología, involucrarse en la lucha. Los "expertos y expertas" suelen quitarle el poder a los individuos al presentarse como dueños de la verdad.
- La comunidad y el individuo son los vehículos principales de la prevención. Es en este nivel en que se encuentra el conocimiento de las condiciones locales y los obstáculos principales.

El modelo holístico de prevención del SIDA en la cárcel tiene los siguientes principios:

- Respeto a las relaciones de las personas privadas de libertad
- Metodología partícipe
- Empoderamiento, e
- Independencia administrativa

La Implantación del Modelo Holístico de la Salud Integral en Sistemas Penitenciarios

Como ya he indicado, el éxito en una intervención en salud preventiva está fundamentado en el conocimiento y respeto de la identidad cultural de la población meta con la cual deseamos trabajar. Esto, aparejado al enfoque holístico, que ofrece la posibilidad de la expresión de sentimientos e interacción de pares en un contexto grupal liderado por un facilitador perteneciente a la misma población, ha demostrado ser el modelo idóneo en la construcción de un programa de salud integral preventiva dentro del sistema penitenciario costarricense.

En la segunda etapa del modelo desarrollado por el ILPES ofrecíamos la oportunidad a aquellas personas internas interesadas en replicar la experiencia. Esto ameritó el desarrollo de un segundo módulo de capacitación que ofrecía técnicas de facilitación. Los cofactores que conllevan a un posible contagio tales como las adicciones y la violencia se abordaron a través del desarrollo (basados en investigación y experimentación previa) de otros talleres que, a su vez, se replicaban tanto por los privados de libertad como por los funcionarios del ministerio. La capacitación de estos últimos se llevó a cabo en la Escuela de Capacitación del Ministerio de Justicia y Gracia. En la actualidad más de 2,000 internos y unos 100 funcionarios han participado en el proceso.

La reincidencia y necesidad de reinserción social de parte de la población penal, al igual que la urgencia de prevención dentro de la población marginal extracarcilaria, creó la necesidad de extender el impacto de estos talleres. Esto se ha logrado a través de salas o casas clubes donde se atiende dicha población desde 1999. La proyección estimada de personas incorporadas a este trabajo nos indica que aproximadamente cinco mil se han beneficiado directa o indirectamente.

Estos esfuerzos a lo interno de la prisión están sistematizados en manuales de trabajo, los cuales facilitan su replicación en otros contextos. Cada manual posee una estrategia de monitoreo que permite determinar tanto el aprovechamiento de la información como la adopción de estos principios en la vida cotidiana del penal. El involucramiento de las autoridades y de los funcionarios y funcionarias de los centros permite un alto nivel de retroalimentación sobre los efectos directos de las acciones a lo interno del centro.

Finalmente, debemos tener claro que en la población privada de libertad, de

igual manera que en la mayoría de las que abordamos, el peligro es uno de los elementos de la vida cotidiana. El riesgo del contagio del virus viene a ser uno más de la lista, tal vez ni siquiera el peor o más inmediato. En estos casos una forma de prevención es reducirlo y no aspirar a erradicarlo del todo, tal vez debemos contentarnos con promover un 70% en lugar de un 100% de efectividad. Para tratar de lograr lo óptimo, quizá debemos perder lo mínimo posible. Sin embargo, aún en estas condiciones, no podemos atribuir a la casualidad que el sistema penitenciario costarricense haya logrado mantener uno de los niveles más bajos de seroprevalencia para el VIH, complementado además con los esfuerzos en materia de atención para los/as pacientes que ha mantenido el sistema.

Marginalidad Postcarcelaria (Seguimiento Postgreso)

Para las personas privadas de libertad, una vez que se alcanza el egreso del sistema penitenciario, existen dos posibles vertientes: permanecer en su actividad delictiva, y realizar un cambio en sus patrones de vida y dejar de delinquir. Ambas vertientes necesitan atención específica.

La primera está conformada por personas en las que la criminalidad, la prisión, la prostitución y las drogas conforman una clara faceta dentro de su desempeño, y en las cuales es posible detectar un alto grado de frustración y peligrosidad. Esta población posiblemente se revierta al sistema penitenciario y la intervención ha de estar dirigida a la capacitación en salud integral, de modo que puedan poseer los instrumentos necesarios para mejorar su calidad de vida en el sistema al cual eventualmente regresarán.

La segunda, complementará la capacitación antes mencionada más aquella que proporciona instrumentos que favorecen y potencian una reinserción social exitosa. En este sentido, la atención desprejuiciada para la persona liberada, la capacitación técnica, el apoyo socioafectivo, y, en los casos que lo requiera, un apoyo económico temporal, promueven la construcción de un proyecto de vida alternativo a la delincuencia, que potencia estrategias de protección ante los factores que, después de una valoración personal introspectiva, aumentan la posibilidad de volver a la prisión (problemas de adicción, alcoholismo, desintegración familiar), entre otros.

La prevención de la reincidencia de la persona liberada es, desde un punto de vista ético jurídico y desde una óptica económica y social, un elemento fundamental para el control de la criminalidad. Cuando no se ofrecen las condiciones externas de asistencia integral para estas personas, la mera aplicación de la pena privativa de libertad es ineficaz para lograr una exitosa reinserción social.

Además, el acompañamiento incluye la inserción en procesos intensivos de capacitación técnica para aprender un oficio a través del cual, en un mediano plazo, creen su principal fuente de ingreso. Por otra parte, día a día la persona comparte en un grupo de pares su vivencia en cuanto a la experiencia de estar en libertad, logrando desarrollar mecanismos cognitivos personales para la valoración de aquellas situaciones o elementos que le pueden llevar de nuevo a prisión. El refuerzo constante del avance y el análisis de los factores negativos enfrentados en la cotidianeidad, van favoreciendo el proceso de cambio y generando mayor aceptación en los grupos familiares y comunales antes dudosos del resultado. No menos importante, es el apoyo económico subsidiado que le permite a la persona concentrar sus esfuerzos en este proceso de construcción, garantizándole un ingreso que le permite su supervivencia y la de su grupo familiar, sin necesidad de tener que delinquir.

El panorama que hasta ahora hemos descrito hace del trabajo en prevención integral una necesidad urgente. Alcanzar a, y lidiar con las personas involucradas en esta identidad cultural de forma científica, creativa, compasiva y eficaz y mejorar su condición de vida es imperativo. Este es el reto al que nos enfrentamos tomando en consideración los derechos humanos de las personas privadas de libertad y sus necesidades de prevención de ITS y VIH; en síntesis su derecho a una salud integrada.

Referencias

Anderson, N., & Armstead, C. (1995) Toward understanding the association of socioeconomic status and health: A new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosomatic Medicine*, 57, 213-225.

Baum, A. (1994). Behavioral, biological, and environmental interactions in the disease process. En S. Blumenthal, K. Matthews, & S. Weiss (Eds.) *New research frontiers in behavioral medicine: Proceedings of the National Conference*.(62) Washington, DC: NIH Publications.

Bakal, D. (1979). *Psychology and medicine*. New York, N.Y: Springer.

Bejarano, J., Sáenz, M., & Ugalde, F. (1996). *Estudio sobre consumo de drogas en sitios centinela Costa Rica 1995*. 4ta. ronda. San José, Costa Rica: Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia, IAFA.

Capra, F. (1983). *The turning point: Science, society, and the rising culture*. New York, NY: Bantam Books.

Chacón, I. (1999) (Compiladora). *Proyecto de mejoramiento de la aplicación de los*

estándares internacionales de derechos humanos en los sistemas penitenciarios de los países del istmo centroamericano. San José, Costa Rica: ILANUD-Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

Coates, T.J., Temoshok, L., & Mandel, J. (1984). Psychosocial research is essential to understanding and treating AIDS. *American Psychologist*, 39, 1309-1314.

Ellis, H. (1936). *Studies in the psychology of sex* Vol. 2. New York, N.Y.:Random House.

Hart, G. (1973). *Sexual maladjustment and disease: An introduction to modern venerology*. Chicago, Ill.: Nelson-Hall.

Izazola, J., & Izazola, S. (1998) (Eds.) *Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*, México, D.F., México: Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina (SIDALAC) Fundación Mexicana para la Salud, Instituto Mexicano de Prevención del Delito e Investigación Penitenciaria.

Izazola Licea, J.A. (1998). *Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina*. México, D.F., México: SIDALAC.

Lolas, F. (1990). La integración de las ciencias del comportamiento y la biomedicina: Necesidad de una metateoría. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 109(1), 38-43.

Madrigal, J. (1993). *Impacto de la prevención de SIDA en privados de libertad costarricenses*. San José, Costa Rica: ILPES.

OMS. (2000). *Informe sobre situación mundial de personas privadas de libertad*, [En Red]. Disponible: www.who.org.

ONUSIDA. (1997). *Las Cárceles y el SIDA. Punto de vista de ONUSIDA*. Ginebra, Suiza: Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas.

Schifter, J. (1997). *Amor de machos: Lo que nuestra abuelita nunca nos contó sobre las cárceles*. San José, Costa Rica: ILPES.

Schifter, J. (1989). *La formación de una contracultura: Homosexualismo y SIDA en Costa Rica*. San José, Costa Rica: Ediciones Guayacán.

Evolution in HIV/AIDS Prevention Interventions and Strategies¹

Richard Parker²
State University of Rio de Janeiro, Brazil

Resumen

El hecho de que tomara veinte años para que una Conferencia Internacional de SIDA se celebrara en el continente africano, donde el impacto del SIDA ha producido los mayores estragos, provoca la necesidad de una amplia reflexión sobre la respuesta social hacia la epidemia. En este trabajo presento una revisión de la evolución de las estrategias e intervenciones de prevención que se han realizado para enfrentar el SIDA en el curso de dos décadas de la epidemia. Describo tres paradigmas diferentes que emergen de las intervenciones en salud pública que se han realizado en este periodo: (1) las intervenciones dirigidas al cambio comportamental, (2) las dirigidas al análisis social y cultural de los contextos y significados asociados al riesgo y finalmente (3) el análisis de los factores estructurales con raíces en sistemas políticos y económicos. Presento un análisis de cada paradigma y sus implicaciones para el desarrollo de las intervenciones futuras para detener la epidemia.

Abstract

The fact that it took twenty years to celebrate an International AIDS Conference in the African continent, where the bulk of the epidemic has been concentrated produce a profound reflection on the social response to the epidemic. In this paper I present a revision of the prevention strategies and interventions developed to face AIDS in the course of two decades of the epidemic. I described three different paradigms that emerged from public health interventions developed in this period: (1) those targeting behavioral change, (2) those developed for the analysis of social and cultural contexts and meanings, and finally, (3) those developed for the analysis of structural factors rooted in specific political and economic systems. I present an analysis of each paradigm and its implications for detaining the epidemic.

¹ Una versión de este trabajo se presentó en el Simposio "La Ciencia del VIH/SIDA: Evolución e Impacto" en la XIII Conferencia Internacional de SIDA celebrada del 9-14 de julio de 2000 en Durban, Sur Africa.

² El autor es también Profesor Asociado de Salud Pública en la Universidad de Columbia en Nueva York. Puede comunicarse con el autor al correo electrónico: rparker@ax.apc.org.

Palabras clave: Prevención de VIH/SIDA; Paradigmas de prevención; Evolución de intervenciones

Key words: HIV/AIDS prevention; Prevention paradigms; Evolution of interventions

When participants gathered at Durban at the 13th International Conference on AIDS, it was impossible not to reflect upon the importance of both time and space. On the one hand, was the fact that the international conference was finally being held South of the Equator, in a developing country, where the terrible reality of the epidemic is most clearly evident, and, in particular, in a country where the recent history of rapid social change and of the long-term struggle for justice and equality in the face of terrible odds perhaps provides an important metaphor for the road that lies ahead in the struggle against AIDS. On the other hand, we reflected on the historical moment, as we face not only the new millenium, but the third decade of an epidemic that in developing countries and impoverished communities the world over showed few signs of abating. That it took us fully 20 years to meet in a setting such as this, where the bulk of the HIV/AIDS epidemic has been concentrated, should itself give us reason for pause-and for reflection. That the meeting in Durban is probably the smallest international AIDS conference in recent years, precisely because many from the more well-to-do, developed countries were either unable or unwilling to make the journey, should remind us of the very real danger that the "exceptionalism" that characterized much of our response to AIDS in the 1980s and 90s may be giving way to the "banalization" of the epidemic in the twenty-first century (Kirp & Bayer, 1992). It is clearly time to take stock of where we have come, to reflect back critically on our successes and our failures over the course of the past two decades, in order to assess our current situation and to think more effectively about where we must go in the future.

SHIFTING PARADIGMS

The purpose of this paper is to, review the evolution of prevention interventions and strategies in response to AIDS over the course of the first two decades of the epidemic; with an eye to how a fuller understanding of this evolution might enable us to respond more effectively to the epidemic in the future. With this in mind, I would like to point to at least three different approaches (associated with very different theoretical paradigms, and carrying quite different implications for prevention interventions and public health

programs) that seem to have emerged in our attempts to analyze and respond to the social dimensions of the epidemic.

In the first of these approaches, present since the mid-1980s in the very earliest attempts to develop social and behavioral research initiatives in response to AIDS, attention focused above all on the study of behavioral patterns linked to HIV transmission, and sought to provide an empirical basis for the notion of behavioral interventions aimed at reducing the incidence of HIV infection. In the second approach, which began to emerge most clearly in the mid- to late-1980s, emphasis increasingly shifted from behavioral studies to the analysis of social and cultural contexts and meanings associated with increased risk for HIV infection, and sought to provide a broader sociological or anthropological framework for the development of prevention programs. Finally, in the third approach, which emerged over the course of the 1990s, increasing attention has focused on a broader range of what have been described as structural factors, rooted in specific political and economic systems, that have simultaneously shaped the spread of HIV infection and conditioned the ways in which both governments and communities have been able to respond to it, suggesting, yet again, a very different set of implications in prevention interventions and strategies (Parker, Barbosa, & Aggleton, 2000).

Behavioral Risk

When the spread of HIV infection and AIDS began to be seen in societies around the world in the early-1980s, its association with a range of sexual and drug-using practices quickly drew attention to the almost complete lack of scientific knowledge on many of the specific behaviors that appeared to be responsible for HIV transmission. Much of the social and behavioral research activity which began to emerge in response to AIDS in this period, was thus focused on surveys of risk-related behavior, and of the knowledge, attitudes and practices that might be associated with the risk of HIV infection. Studies sought to collect quantifiable information of numbers of sexual partners, specific sexual acts, injecting practices, sexually transmitted diseases, and a range of similar issues understood to contribute to the spread of HIV and - on the basis of this documentation - to point the way for policies and intervention programs aimed at reducing the behavioral risk of infection (Carballo, Cleland, Carael, & Albrecht 1989; Chouinard & Albert 1989; Turner, Miller, & Moses 1989).

Particularly in the United States, there had been a long-standing focus in the field of public health on behavioral research on what were understood as the individualistic determinants of health behaviors, and on what is believed to be a

rational decision-making process associated with behavioral change in response to perceived health threats. This meant that many of the earliest research initiatives that emerged in response to the epidemic were designed in order to provide an empirical basis for behavioral interventions aimed at modifying those behaviors that were understood as posing the risk of infection¹. Based on theoretical models such as the Health Belief Model (Becker & Joseph, 1988), the Theory of Reasoned Action (Ajzen & Fishbein, 1980), and Social Learning Theory (Bandura, 1977), interventions aimed at producing behavioral change by (a) providing the members of target populations with adequate knowledge and information about the risk of HIV infection, and by (b) increasing their perception and awareness of risk in order to stimulate the rational decision-making process that would ultimately lead to significant risk reduction. By focusing on the links between behavior and individual psychology, it was assumed that broad-based prevention programs could be developed in order to persuade individuals to change their risk behaviors-individual behavioral changes that cumulatively would result in a measurable reduction of infection rates at the population level (Miller, Turner & Moses, 1990; Turner, et al, 1989).

While the development of this basic approach to AIDS behavioral research was probably most pronounced in the United States, similar initiatives were developed throughout the 1980s and early-1990s in many of the countries of Western Europe, in Canada, Australia, and, particularly under the auspices of bilateral or intergovernmental agencies, in a growing number of developing countries in Africa, Asia and Latin America (Aggleton, 1996; Carballo, et al, 1989; Cleland & Ferry, 1995). Increasingly, however, as behavioral research and behavioral interventions began to be developed in a growing range of diverse social and cultural settings around the world, their relative effectiveness increasingly came into question. The difficulties of translating or adapting research protocols for cross-cultural application quickly became apparent in the face of often radically different understandings of sexual expression and even drug use in different societies and cultures-and even in different subcultures

¹ In addition to this traditional focus on behavioral research in the field of public health, it is important to remember that the HIV/AIDS epidemic first emerged in the United States during the 1980s, at the height of the "Reagan revolution" in American politics. Within this context, research focused on individual psychology was surely more politically and ideologically acceptable than more sociological approaches. Much the same political climate was also present in Great Britain, where Prime Minister Thatcher looked suspiciously upon social science research generally, as well as in many of the countries in which social and behavioral research on HIV/AIDS was first initiated (see Kirp and Bayer, 1992).

within the same broader society (Aggleton, 1996; Parker, 1994). The efficacy of behavioral interventions based on information and reasoned persuasion as a stimulus for risk reduction became evident almost immediately-in study after study, the finding that information, in and of itself, is insufficient to produce risk-reducing behavioral change was repeated, and the relative limitations of individual psychology as the basis for intervention and prevention programs became apparent (Aggleton, 1996; Parker, 1994, 1996a, 1996b; Parker, et al, 2000).

On the contrary, by the late-1980s, on the basis of both research findings and practical experience in countries around the world, it had begun to become clear that a far more complex set of social and cultural factors inevitably mediate the structure of behavioral risk in every population group, and that the dynamics of individual psychology could never be expected to explain (or stimulate) behavioral change without taking these broader issues into account (Aggleton, 1996, Aggleton & Coates 1995; Parker, 1994, 1996a, 1996b; Sweat & Denison, 1995).

Cultural Meanings

By the late-1980s and early-1990s, then, a range of broader forces had begun to be understood as centrally important in seeking to develop a more adequate understanding of the social dimensions of the epidemic, and the limitations of traditional behavioral approaches had begun to become apparent, particularly with regard to the development of intervention activities. Increasingly, attention had begun to turn to the broader set of social and cultural meanings and representations that could be understood as shaping or constructing both sexual experience and drug use in different settings. An important shift of emphasis had thus begun to take place from a concern with the subjective experience of individual psychology to a new focus on the inter-subjective nature of cultural meanings related to sexuality and drug use-their shared, collective quality, not as the property of atomized or isolated individuals, but of social persons integrated within the context of distinct, and diverse, cultures (Aggleton, 1996; Kippax & Crawford, 1993; Parker, 1994, 1996a; Parker, et al, 2000; Parker, Herdt, & Carballo, 1991).

Within this emerging perspective, research attention has increasingly shifted from a concern with behavioral frequencies to the cultural analysis of inter-subjective symbols and meanings associated with sexuality and drug use in different social and cultural settings. The focus has thus moved from behavior, in and of itself, to the cultural contexts within which behavior takes place-and to

the cultural rules which organize it (Parker, et al, 1991). Special emphasis was given to analyzing the indigenous cultural categories and systems of classification that structure and define sexual experience and injecting practices in different contexts. It became increasingly apparent that many of the key categories and classifications (such as "homosexuality" or "prostitution") that had been used to describe HIV risk behavior in Western medicine and public health epidemiology were in fact far from universal or given in all cultural settings and far from static or unchanging in their meaning even when they do in fact exist (de Zaluondo, 1991; Gillies & Parker, 1994; Parker, 1994, 1996a; Parker, et al, 1991). By focusing on local categories and classifications, cultural analysis in response to HIV/AIDS thus sought to move from what, in anthropology or linguistics, might be described as an "outsider" perspective to what is described as an "insider" perspective—from the "experience-distant" concepts of science to the "experience-near" concepts that the members of specific cultures use to understand and interpret their own reality (Geertz, 1983; Parker 1989, 1991, 1994).

This shift of emphasis from the study of individual behaviors to research on cultural meanings has thus drawn important attention to the socially constructed *identities* and *communities* that structure sexual practice and injecting drug use within the flow of collective life (Aggleton, 1996; Kippax & Crawford, 1993; Parker, 1994). On the basis of such work, an important reformulation of the very notion of intervention began to take place. It became apparent that the very idea of a "behavioral" intervention may in fact be a misnomer, that prevention interventions almost never function at the level of behavior, but at the level of social or collective representations, and that AIDS-related knowledge and information is always necessarily interpreted within the context of pre-existing systems of meaning which mediate the ways in which such information will be incorporated into action (Kippax & Crawford, 1993; Parker, 1994, 1996a). Precisely because action is understood as socially constructed and collective in nature, earlier notions of behavioral intervention began to give way to a model of "culturally appropriate" community-based interventions aimed at the transformation of norms and values and the constitution of new collective meanings in ways that might promote safer sexual and injecting practices (Aggleton, 1996; Kippax, Connell, Dowsett & Crawford, 1993; Parker, 1994, 1996a).

Structural Violence

The work that has emerged on the social and cultural contexts associated with

HIV infection and AIDS has provided important new insights on the factors shaping the epidemic, as well as on the possible approaches for responding to AIDS, particularly through a focus on more culturally-sensitive prevention programs and interventions. However, in the course of the 1990s it has also become increasingly evident that the underlying causes of AIDS are in fact far more complex than originally perceived-and that the social, cultural, political and economic transformations necessary to effectively respond to the epidemic will in fact be far more extensive than we might once have imagined. Indeed, as time has passed, it has become apparent that political and economic factors have played a central role in defining the shape and spread of the epidemic-and that these same factors have been responsible for many of the most complex barriers to effective AIDS prevention programs (Parker, Easton, & Klein, 2000). By the early to mid-1990s, just as social and cultural analysis had emerged as an important corrective to the perceived limitations of earlier behavioral approaches, a new focus on political and economic analysis of the structural factors associated with the increased risk of HIV infection, and with both the structural barriers and facilitators for risk reduction, had emerged as central to the evolving response to the epidemic (Parker, Barbosa, & Aggleton, 2000; Parker, Easton, & Klein, 2000).

Because this research on structural factors in relation to HIV/AIDS has emerged in a number of different institutional settings, as well as from a variety of different disciplinary traditions, the language that it has used and the conceptual tools that it has employed often vary. In spite of the differences in terminology and at times of emphasis in the research and analysis that has been carried out, however, this work has consistently focused on the interactive or synergistic effects of social factors such as poverty and economic exploitation, gender power, sexual oppression, racism and social exclusion more generally in creating what can be described as forms of "structural violence" which directly determine the social vulnerability of both groups and individuals (Farmer, Connors, & Simmons, 1996; Parker, et al, 2000; Singer, 1998). It has also typically linked this vulnerability to a consideration of the ways in which such structural violence is itself situated in historically constituted political and economic systems-systems in which diverse political processes and policies (whether related to economic development, housing, labor, migration or immigration, health, education and welfare) not only create the dynamic of the epidemic, but also provide what are potentially the most effective sources and sites for intervention in order to curb its impact (Parker, et al, 2000).

The implications of this understanding for prevention interventions and

strategies are far-reaching. In seeking to broaden the potential scope and impact of intervention strategies, a number of new approaches have thus drawn increasing attention. What have been described as "structural interventions" have increasingly come to the foreground—for example, changing the employment alternatives for sex workers, repealing laws which prohibit needle exchange, or improving the logistics of condom availability and distribution, with the ultimate goal of altering the structural conditions which may impede or facilitate the adoption of safer sexual and injecting practices (Sweat & Denison, 1995). Strategies aimed at "community mobilization" and at the stimulation of activism or advocacy have also drawn attention, with a growing number of intervention studies now focusing on the dynamics of community organizing in different settings (Parker, 1996b). There has been an attempt to re-conceptualize changes taking place at the community level not merely as the aggregated result of change on the part of individual community members, but as an independent and fundamentally collective force that quite literally shapes the changes which take place in the lives of individual subjects.

Finally, in some of the most innovative work currently being carried out, HIV/AIDS intervention research has increasingly drawn on theories of "social transformation" and "collective empowerment" in order to examine issues related to power and oppression. Work has also increasingly turned from the psychological theorists of reasoned decision-making to the work of community activists and popular educators in seeking the basis for a transforming educational process in which participants explore and question their own lives and realities. Through this exploration and questioning they begin to undergo a process of collective empowerment and transformation in order to respond to the forces which threaten and oppress them (Parker, 1996b).

Taken together, this recent work has called attention to the need for structural and environmental changes aimed at transforming the broader forces that structure HIV/AIDS vulnerability and at enabling the members of affected communities to more adequately respond to these forces. Perhaps most important, it has focused on the extent to which HIV/AIDS prevention must be understood as part of a broader process of social transformation aimed not merely at the reduction of risk but at the redress of the social and economic inequality and injustice that has almost universally been found linked to increased vulnerability in the face of HIV and AIDS (Parker, 1996b, 2000; Parker, et al, 2000).

The short history of social research and prevention interventions in the face of HIV/AIDS has thus been marked by a number of fundamental changes in focus over the course of the past two decades. These changes should not be understood, however, as a kind of linear development—a succession of phases, with one phase giving way or disappearing as another comes into view. On the contrary, it can more accurately be described as a broadening set of concentric circles in which more complex structures have gradually been incorporated within the scope of analysis (Parker, et al, 2000). As we gathered at the International Conference on AIDS in Durban, 20 years into the global HIV/AIDS pandemic yet meeting for the first time in a developing country that is currently experiencing the profound impact of AIDS, the importance of the growing range of alternative approaches could not be dismissed (even by the bureaucrats and technocrats who have taken over the AIDS industry and made it their business to administer the epidemic). It is now undeniable that it is precisely in the spaces of poverty and economic underdevelopment, racism and ethnic discrimination, gender inequality and sexual oppression that the epidemic continues to move forward and expand in large part unencumbered by formal public health and education programs. It is in the growing polarization between the very rich and the very poor, the increasing exclusion of whole population segments together with the perverse integration of others (in the criminal economies of international drug traffic, illegal arms sales and the like), and the ever-increasing and unrestrained forms of social inequality that seem to be such an integral part of current processes of globalization (together with associated neo-liberal economic policies), that the HIV/AIDS epidemic prospers and spreads (Parker, 2000).

This realization, in turn, should also force us to recognize that intervention, whether in public health or in any other sphere, and above all in relation to HIV and AIDS, is never simply a technical process, but always, on the contrary, a political act that, precisely because of the evolving shape of the epidemic, increasingly obliges us to confront the structures of inequality and oppression that shape the spread of HIV infection and mold the face of AIDS in every society. Precisely because of this, at the end of the day it is only by integrating our responses to HIV/AIDS into a much broader struggle for social and economic justice, for gender equity and sexual rights in short, for a world in which life is worth living because it is based on principles of solidarity and equality—that we can truly hope to turn back the spread of HIV infection and the tragic impact of AIDS as we enter into the third decade of the epidemic.

References

- Aggleton, P. (1996). Global priorities for HIV/AIDS intervention research. *The International Journal of STD & AIDS*, 7(suppl. 2),13-16.
- Aggleton, P., & Coates, T.J. (1995). Social, cultural and political aspects. *AIDS*, 9 (suppl A), S237-238.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Becker, M.H., & Joseph, J.K. (1988). AIDS and behavioral change to reduce risk: A review. *American Journal of Public Health*, 78, 394-410.
- Carballo, M., Cleland, J., Carael, M., & Albrecht, G. (1989). A cross-national study of patterns of sexual behavior. *The Journal of Sex Research*, 26,287-299.
- Chouinard, A., & Albert, J. (Eds.) (1989). *Human sexuality: Research perspectives in a world facing AIDS*. Ottawa, Canada: International Development Research Centre.
- Cleland, J., & Ferry, B. (Eds.) (1995). *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*. London, England: Taylor & Francis.
- de Zalduondo, B.O. (1991) Prostitution viewed cross-culturally: Toward recontextualizing sex work in AIDS intervention research. *The Journal of Sex Research*, 33, 223-248.
- Farmer, P., Connors, M., & Simmons, J. (Eds.) (1996). *Women, poverty and AIDS: Sex, drugs and structural violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press.
- Geertz, C. (1983). *Local knowledge*. New York, N.Y.: Basic Books.
- Gillies, P.A., & Parker, R.G. (1994). Cross-cultural perspectives on sexual behaviour and prostitution. *Health Transition Review*, 4 (Suppl), 257-271.
- Kippax, S., & Crawford, J. (1993). Flaws in the theory of reasoned action. In D.J. Terry, C. Gallois, & M.M. McCamish (Eds). *Theory of Reasoned Action: Its Applications to AIDS-preventive behaviour*. (253-269), London, England: Pergamon.
- Kippax, S., Connell, R.W., Dowsett, G.W., & Crawford, J. (1993). *Sustaining safe sex: Gay communities respond to AIDS*. London, England: Taylor & Francis.
- Kirp, D., & Bayer, R. (Eds.) (1992). *AIDS in the industrialized democracies*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Miller, H.G., Turner, C.F., & Moses, L.E. (Eds.) (1990). *AIDS: The second decade*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Parker, R.G. (1989). Bodies and pleasures: On the construction of erotic meanings in contemporary Brazil. *Anthropology and Humanism Quarterly*, 14, 58-64.

EVOLUTION AND IMPACT OF HIV

- Parker, R.G. (1991) *Bodies, pleasures and passions: Sexual culture in contemporary Brazil*. Boston, MA: Beacon Press.
- Parker, R.G. (1994). Sexual cultures, HIV transmission, and AIDS prevention. *AIDS*, 8 (suppl 1), S309-S314.
- Parker, R.G. (1996a). Behaviour in Latin American men: Implications for HIV/AIDS interventions. *The International Journal of STD & AIDS* 7(suppl. 2), 62-65.
- Parker, R. (1996b). Empowerment, community mobilization and social change in the face of AIDS. *AIDS* 10(suppl: 3), S27-S31.
- Parker, R. (2000). *Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política*. São Paulo, Brazil: Editora 34.
- Parker, R., Barbosa, R., & Aggleton P. (2000). Framing the sexual subject. In R.G. Parker, R.M. Barbosa, & P. Aggleton, (Eds.) *Framing the Sexual Subject: The Politics of Gender, Sexuality, and Power*. (pp. 1-25). Berkeley, Los Angeles and London: University of California Press.
- Parker, R.G., Easton, D., & Klein, C. (2000). Structural barriers and facilitators in HIV prevention: A review of international research. *AIDS*. 14(Suppl. 1), S22-S32.
- Parker, R.G., Herdt, G., & Carballo, M. (1991). Sexual culture, HIV transmission, and AIDS research. *The Journal of Sex Research*, 28, 77-98.
- Singer, M. (Ed.) (1998) *The political economy of AIDS*. New York, NY: Baywood Publishing Company, Inc.
- Sweat, M.D., & Denison, J.A. (1995). Reducing HIV incidence in developing countries with structural and environmental interventions. *AIDS* 9 (suppl A), S251-S257.
- Turner, C.F., Miller, H.G., & Moses, L. E. (Eds.) (1989). *AIDS: Sexual behavior and intravenous drug use*. Washington, D.C.: National Academy Press.

Looking Forward, Looking Back: A Qualitative Analysis of a Focus Group of HIV Positive Latinas^{1,2}

Edna Acosta-Pérez^{3,4}
University of Puerto Rico, Puerto Rico

Nilda Peragallo
University of Maryland, U.S.A.

Abstract

The AIDS epidemic continues to increase among women, especially minority women, in the United States. The objective of this study was to describe experiences of HIV positive Latinas and their perceptions of the community's HIV awareness and prevention needs. In this study we analyzed the results of one focus group whose participants were recruited during March of 1997 at a community-based organization. A demographic assessment was administered. The focus group included ten women ranging in ages from 29 to 44 years old. The women reported that cultural factors and knowledge deficits influence the perceptions and reactions to HIV/AIDS. They were also aware of the barriers encountered in their inner-city regarding HIV/AIDS prevention. There is a critical need to develop culturally tailored programs and interventions for low-income inner-city Latino families.

Compendio

La epidemia del SIDA continúa en aumento entre la población de mujeres, especialmente mujeres minoritarias en Estados Unidos. El objetivo principal de este estudio fue describir

¹ This study was developed and presented under the guidance of Dr. Nilda Peragallo at the CIC Summer Research Opportunity Program (SROP) at the University of Illinois at Chicago, College of Nursing. It was funded by the University of Illinois Great Cities Initiative Faculty Research Fund

² This article obtained an Honorable Mention from the Student Research Prize Committee of the Interamerican Society of Psychology.

³ The author wishes to express her gratitude to Dr. Irma Serrano-García for her revisions and recommendations to this paper. Dr. Serrano-García is my mentor at the University of Puerto Rico.

⁴ Correspondence concerning this article should be addressed to: Edna Acosta-Pérez at e_acosta@upr1.upr.clu.edu or ednaa21@hotmail.com.

las experiencias de las mujeres latinas seropositivas y su percepción del conocimiento y las necesidades de prevención de la comunidad ante el VIH/SIDA. En este estudio describimos los resultados de un grupo focal cuyas participantes fueron reclutadas durante el mes de marzo del año 1997 en una organización comunitaria. Se administró una evaluación demográfica que incluía una escala de aculturación. El grupo focal consistió de diez mujeres entre 29 y 44 años de edad. Las mujeres reportaron que los factores culturales y las deficiencias de conocimiento en relación con el VIH/SIDA influenciaron sus percepciones y reacciones hacia la enfermedad. Además, mencionaron estar concientes de las barreras que enfrenta la comunidad urbana con respecto a la prevención del VIH/SIDA. Los resultados indican que existe una necesidad crítica de desarrollar programas e intervenciones diseñadas culturalmente para familias latinas de bajos recursos económicos.

Key words: Focus group; HIV positive Latinas; HIV/AIDS prevention; Gender relations; Safer sex

Palabras claves: Grupo focal; Latinas VIH positivas; Prevención del VIH/SIDA; Relaciones de género; Sexo seguro

As of 1995, as many as 20 million people worldwide were infected with HIV (Rubenstein, Eisenberg, & Gostin, 1996). In the United States, the number of AIDS cases had reached over one-half million and AIDS was the leading cause of death for men and women between the ages of 25 and 44 (NIHCDS, 1997). Especially alarming was the increase in the number of AIDS cases within the Latino population in the United States which is disproportionately affected (Segal, 1993/1995). The rate of increase in this group is greater for women than for men.

An emerging source of concern is the elevated incidence of heterosexually acquired HIV infection among non-intravenous drug user Latinas (Peragallo, 1996). Behavioral, cultural and environmental factors have been suggested as sources for the higher risk of heterosexual transmission of the disease among this group (Peragallo, 1995). Examples of these factors include the practice of sexual behaviors, cultural norms such as *machismo* and *marianismo*, poverty, and lack of access to health service (O'Leary & Jemmott, 1995; Ortiz, Serrano-García & Torres, 2000; Peragallo, 1996).

CULTURAL FACTORS AND PARTNER ISSUES

Gender relations and gender differences are dimensions of sexuality that are culturally mediated. Gender roles are a significant part of Latino culture and beliefs. The concept of *machismo* - derived from *macho*, meaning male - in its most restricted sense connotes courage, fearlessness, pride, honor, aggressive behavior, sexual power, responsibility to the family, protection of family's interests, and leadership. In traditional Hispanic culture, *machismo* also encourages men to enjoy sexual freedom. Extramarital sexual relationships are viewed as a

sign of virility. Conversely, a belief in *marianismo* encourages premarital virginity and marital fidelity among women (Choi, Catania & Dolcini, 1994). This concept also implies that women should play a submissive, obedient, and subservient role to men.

Machismo, which exaggerates the importance of men in society, legitimizes their dominant role in sexual decisions. Thus, the preeminence of *machismo* increases Latinas' HIV risk (Peragallo, 1996) because it impairs the ability of Latinas to exert control over their own sexual behaviors. To this date no fully effective HIV/AIDS treatment or vaccine has been developed. Therefore, prevention is the only means available to avert further increases of the HIV/AIDS epidemic among Latino women. The purpose of this study was to explore the cultural, sexual, environmental, and social factors that place Latinas at heightened risk for HIV/AIDS and to determine issues and areas that should be considered in developing culturally specific interventions.

The original study included six focus groups (n=49). However for the purpose of this paper, the analysis will be examine data from the focus group integrated by HIV positive women.

METHOD

Participants

This research was part of a larger study. The main study included a convenience sample of 49 Latino women recruited by placing flyers in community health centers serving inner city Chicago Latinos/as. Interested women served as a source for further sampling using the snowball recruitment method. Women who chose to participate signed consent forms and accepted other procedures established by the University.

Of these women, eleven participated in the focus group reported in this paper. All were seropositive and from low income groups. Four of the participants were Mexican, five were Puerto Rican, and two were from Central America. Their ages ranged from 24 to 44 years. Most (70%) were unemployed.

Instruments

A short demographic assessment was administered at the beginning of the focus group sessions. A focus group guide was also developed which included information about the goals and procedures of a focus group and questions regarding: community concerns including violence, partner issues (communication and negotiation), HIV/AIDS, safer sex and attitudes about condoms, and pregnancy.

Procedure

Six focus groups, including the one we are reporting on, were conducted in March of 1997 at three sites where Latinas congregated for health care and other classes. Four groups were conducted in Spanish and two in English by trained bilingual facilitators. Participants were reimbursed \$25 at the end of the focus group session to cover transportation and childcare expenses. Sessions were tape recorded.

In the main study, in-depth interviews were conducted with a convenience sample of 30 Latinas. Eligibility was based on ethnicity (Latinas), and age (18-40 years). Women were reimbursed \$20 for participating in the interview. Data from this interviews is not included.

Analysis

Using the audiotape of the focus groups, a verbatim transcript was generated. Those that were in Spanish were translated into English. Two experts coded data. codes were entered into the computer and data were analyzed using Ethnographic software.

From the coding process an outline of the main topics and sub-topics related to HIV/AIDS, which concerned these HIV positive women emerged. The main themes were: (a) knowledge of HIV/AIDS transmission; (b) lack of knowledge of HIV/AIDS prevention and transmission; (c) denial of HIV in Latino communities; (d) cultural factors and partner issues; (e) drug use; (f) safer sex decisions; (g) parenting; (h) cultural and social discrimination; (i) rights of HIV positive people; and (j) HIV positive women's expectations and needs.

The following section summarizes results according to these main themes. Participants' verbatim expressions¹ are included in italics when they appear inserted in the text.

RESULTS

Knowledge of HIV/AIDS Transmission

Most participants agreed that Latinas with HIV are now more aware of the ways HIV is transmitted than at the beginning of the epidemic. Participants knew that they could get HIV from their husbands/partners or from a blood transfusion, and not just from intravenous drug users and prostitutes. One of the women mentioned that she learned that it is harder for women to infect men, than it is for men

¹The examples include quotes that were translated by the researchers.

to infect women. They also knew that anyone could be infected with HIV/AIDS.

Pregnancy was an area of concern. Some of the women recognized that HIV could potentially have adverse effects on babies. One woman stated that, "*the baby of an HIV positive woman will develop a defense system*", if the woman is in AZT treatment. Many acknowledged the importance of preventing pregnancy.

Participants pointed out that knowledge of HIV led them to understand all aspects of the disease. They also reported that they received encouragement from those who are knowledgeable about HIV. An example of the encouragement one HIV positive woman appreciated was "*the friends that hug you and keep hugging you after they find out you have AIDS*" because they know they could not become infected by casual contact.

Lack of Knowledge of HIV Transmission

Although there was a growing awareness of how HIV has spread, misconceptions still existed. For example, one woman reported that many Latinos/as still believed that HIV/AIDS only affects homosexuals, prostitutes or/and drug addicts. Another participant remarked, "*People from my community think that only indiscrete people that are on the street get HIV*". The women also observed that people in their community think they can be infected through casual contact.

The belief in transmission through casual contact, facilitates rejection of people with HIV/AIDS. One participant stated: "*When I got HIV, I would not let my children touch me and my things*". This participant's statement is an example of how the lack of knowledge of HIV transmission can damage relationships and cause suffering. One participant observed:

People think HIV can be seen from the outside and that is why people from the street has them and healthy looking people do not have HIV, so if you know who you sleep with you would not have HIV, but they do not know that sleeping with one person is sleeping with that other person's partner.

This lack of understanding allows people to reject and misjudge HIV positive people. Participants' believe that if their relatives and friends were informed about HIV, knew the way it is transmitted and prevented, they would treat them better.

The women mentioned that HIV is just one more problem they had to face. They believed that HIV lead to other problems, such as depression and loneliness. The women expressed the need for encouragement and understanding from their families and friends to keep them alive.

Denial of HIV/AIDS

Denial of HIV/AIDS in the Latino community is prevalent and participants considered it a barrier to prevention. They reported that most Latinos/as denied HIV/AIDS was a community problem. One said:

They [Latinos] are in denial. The families are in denial, and people who work in agencies do not want anything to do with us. What I see is that Latino would not treat you well.

Denying HIV as a community problem leads to the support of inappropriate attitudes toward HIV/AIDS among Latinos/as. Participants reported that Latino/a people did not treat them well. One participant mentioned:

People from my nationality judge me too harshly. They do not have compassion... a Latino will cast a disapproving look at you... If you tell them you have HIV, they say "see ya", and leave. They disappear this is true.

Another woman remarked:

My friends are starting to distancing themselves, starting to, when I did not even know that I had HIV, because they thought I had AIDS.

Cultural Factors and Partner Issues

Participants mentioned four issues they encountered in their relations with their partners which were associated to *machismo* and *marianismo*. These were communication, trust, condom use, and violence.

Communication

Women reported poor communication with their husbands or partners. They explained that their cultural values discouraged them from talking about intimate issues. They said that their mothers taught them to be timid and to avoid discussions about sex. One participant mentioned: "*Lots of Latino women stay at home, do not communicate and do what their husband say*".

Trust

Several women stated that they avoided topics such as condom use with their husband or partner because of lack of trust. One woman stated:

I never imagined that it (HIV) was going to happen to me. People would go to meeting at school to discuss prevention. I thought how is that (HIV) going to happen to me. I am not getting together with anyone else. I am at home, and I trusted my husband. I trusted my husband and I have AIDS.

Another participant commented that trust is an issue because of *machismo*. She argued:

... It is not only an issue of trust, but it also has to do with the issue of machismo. They [men] are not going to tell you if they have had bisexual relationships, if they have been with prostitutes, or if they are with other woman.

Condom Use

Only some of the women negotiated condom use. Several participants mentioned that Latinas are afraid to ask their husbands or partners to use a condom. They reported that men do not like condoms and always have an excuse for not using them. One of the women said that she was afraid to tell her husband/partner to use a condom because he would think that she was unfaithful or believed he was unfaithful. For some of the participants, requesting a condom could result in rejection and/or violent reactions from husbands or partners.

Violence

Some of the participants reported that they tried to negotiate condom use and safer sex practices. They informed that their partners would become violent and/or verbally abusive if they denied them a sexual encounter unless they used a condom. One of the women shared: "*My ex-husband would rip off my underwear and force me*". Another woman responded: "*If you do not want to, they force you and its not rape because they say you are their woman*".

Participants mentioned that to avoid this situation many women have sex with their husbands/partners without wanting to. In that case, a woman reported:

I used to live like that for a long time". "I used to do it [sex], and I did not feel anything, no sensation of orgasm. I felt I needed to do my wifely duty.

This woman also reported that having sex without pleasure and becoming HIV positive has created a traumatic situation that she has not been able to overcome. These women believed they were used by their husbands or partners for sexual pleasure.

Drug Use

Most participants reported that they had not used intravenous drugs. Many women reported, however that some of their husbands/partners had used drugs and some of them believed that is how they became infected.

Many of the women were worried about the prevalence of drug use in their

communities. When asked if drugs affect only young people, these women answered that illegal drug use affects the entire community. Nevertheless, the women believed drugs were especially problematic for younger community members. A participant mentioned: *"I know a lot of young people who are on drugs, heroine, and, it's like every year they are getting younger and younger, and it is just sad"*. Participants who are mothers reported being afraid for their children's safety. One of the women stated that:

I have two boys, and you know I am going to school to get my [degree], and get out of this neighborhood, just so my boys would not have to live through that and see that.

Becoming HIV infected through sexual intercourse with a drug user who did not care about HIV transmission, led these women to be concerned about the drug problem in their community. Participants' experiences were manifested in their decision to move away from the drug users' environment.

Safer Sex Decisions

After learning of their positive HIV test results, these women reported trying to change their sexual behaviors. "Safer sex" for most of them is a magic phrase symbolizing a new relationship. Most of the participants used condoms to prevent pregnancy and other sexually transmitted infections at the time the focus group was held.

Participants mentioned that the decision to use condoms was not easy for them. Some women had to convince their husbands or partners to use a condom. One of the women reported that she convinced her husband to use a condom by explaining that she could not use birth control pills and did not want to get pregnant. Women's remarks regarding safer sex decisions included the following:

It was difficult for me at first, when I was much younger, I had that fear, but know that I am older and HIV positive, and when I am starting a relationship I ask for condom, that is it.

I tell him when its time for sex to use a condom. And if he says he does not believe in it, I tell him I do not believe in not using it. And if he does not want to use one then forget about it. Point blank.

One of the things I learned to do was make it a game. Try to do it like a fantasy. Putting lubricant, whipped cream. Licking him,

so that they would be more willing to use it. Also, a woman putting it on will stimulate him.

Few women had positive experiences with condom use. Several women mentioned that they were still afraid to ask their husband/partner to use a condom. One of the women mentioned that her partner always argued that condoms did not fit, that they were too tight, and that he did not feel anything when he used condoms.

When discussing other ways of protecting themselves, one woman mentioned the female condom. The woman reported: "*Yesterday I was at the clinic, and I got a pamphlet on that [female condoms]*". Promptly another woman responded: "*The board of health gives them out. It's not totally safe, but a woman has a choice*".

Parenting and HIV/AIDS

Some of the women recognized the need to provide sexual education to their children. They reported teaching their children about sex and prevention against sexually transmitted diseases. Other women reported not having the courage to speak about these issues. These women believed that cultural values inhibit them from talking about sex. They also felt they lacked the skills and strength to talk to their children about sex. One participant remarked that:

In the same way, we are doing the same with our children. We aren't sitting them and telling them this is a condom, this is what AIDS is, and this is how to prevent it.

. . . If a kid comes to me for condoms, rather than him getting into problems and infections, I give him the condoms, at least I prevented. Many parents do not do this.

Latinas fear that if they talk about sex to their children, the children may interpret the conversation as allowing them to have sex. In terms of that situation, one of the women said:

Because by telling a kid what condom is, is not saying go have sex. What you are saying is that there are diseases out there, and if you have sex, this is what you can get, what you can expect if you do not use one. You pay the price. I have three sons, and I do not want any of them to come and tell me they are sick. It is already sufficient with me.

Most of these women realized, that because of their lack of knowledge children are progressively at high risk of HIV contagion. These women believe

Latina mothers should be told that: (a) their children are at risk; (b) they need to provide them with better education concerning sexuality and HIV/AIDS; (c) they need to overcome cultural values and beliefs that place Latinos/as at disadvantage; and (d) they need to support each other.

Cultural and Social Discrimination

HIV/AIDS has always been a socially stigmatized disease. Participants reported that they have encountered abandonment and discrimination by friends, family, and others in the community.

Participants believe that they have been discriminated against by health care providers for being Hispanic, poor, and HIV positive. The women described their treatment by health care providers as "misjudging" and "disrespecting". It is noteworthy that women shared that many of the health care providers who treat them poorly are Hispanic. One woman said:

They (Latinos) are very judgmental . . . do not have compassion. It is easier for an American to give you a hug, and tell you do not worry, you are going to be fine', than for a Latino to. Because a Latino will just cast a disapproving look at you.

They also reported that in their community there was inadequate dissemination of HIV/AIDS information. Some women mentioned that in their community there were limited prevention advertisements in Spanish and limited Spanish-speaking providers.

Rights of HIV/AIDS Positive People

Women voiced concerns about legal and confidentiality issues pertaining to HIV/AIDS. They reported that health care providers do not always protect their confidentiality. One of the participants said:

Even within agencies there are brutal people, even pharmacists. Although it is supposed to be confidential, they say it [your name] out loud so that everybody could hear it.

Another woman shared:

That is what happened to me once. As soon as I came through the doors, they say, here comes the lady with the AIDS.

The women were also uncertain as to whether it was legal for death certificates to reveal that a person died of HIV/AIDS, TB, or other sexually transmitted diseases.

People with AIDS are often isolated from friends and family members. Unfortunately, many HIV positive women think that society blames them for contracting HIV. Participants mentioned that being HIV positive changed their lives. They reported that HIV/AIDS carried other undesired problems or situations, such as denial, depression, and loneliness.

Some of the participants discussed denial. One woman reported: "*We go through a phase of denial; do not want to speak with anyone, we do not want to have anything to do with anyone*". Denial of HIV infection can lead to depression. Some of the women shared their experiences with depression. Most of the participants agreed that they used to stay in their houses without talking to anyone for long periods. One woman remarked:

Since 1990, I have been in treatment. I have been coming to this group since 1992, because for two years I enclosed myself off in my home. I thought well, since he [her husband] died I am next.

Many of the women reported being depressed and lonely. A participant commented that: "*Depression is also an illness . . . depression is our enemy . . . depression is one of the things that takes you away in the end.*"

Besides denial, depression, and loneliness, these women reported that it took time to believe in someone again and to believe that they were still alive. One of the women, surprisingly, found hope from a health care provider and she reported:

My doctor heard about this program and sent me here. Since then, it has being a guardian angel. It has helped me, I have improved, and help other women. Here I am with the desire to continue to live. Maybe one day they will find a new medicine to cure us and we all get better.

A couple of the women mentioned that they are hoping for a cure to HIV. Some hoped that they could help other HIV positive women and men.

DISCUSSION

As can be seen, the HIV/AIDS epidemic has created terrible situations particularly for women who are at higher risk of becoming HIV infected than their husbands or partners. Therefore, women need to protect themselves. For this to occur various intervention levels must be considered: society, the Latino community, and each individual woman.

All society's institutions (e.g. education, health, and religious organizations)

should be concerned about the HIV/AIDS pandemic. There should be more awareness of the difficulties HIV positive people face rather than rejection and criticism. Societal institutions have a responsibility to create a beneficial environment for every citizen, especially for those who need it most. Becoming HIV positive in a society that does not provide for its citizens' basic needs is extremely difficult for those infected.

One of the most important areas in need of change is the health care system. Persons with HIV related conditions need high-quality comprehensive health care. One of their main sources of hope and encouragement can be a health care provider. It is especially disappointing to find that people infected with HIV encounter discrimination even when seeking health care.

People with HIV disease face hostile societal reactions and discrimination in nearly every aspect of their lives (Hunter & Rubenstein, 1992). This is particularly so among poor women with AIDS. These often experience a profound sense of isolation and are desperate for support from family, friends, and community. The possibility that their social status will improve depends partly on the public health systems' effectiveness in countering their isolation.

Information about a person's health is sensitive, thus making confidentiality critically important to public health goals. If a person fears that a breach of confidentiality will lead to stigma, prejudice, and discrimination, s/he is less likely to seek treatment or to confide in health care providers. A health care provider is not allowed to disclose information about a patient's condition to anyone who is not directly involved in his/her treatment without the patient's permission (Rubenstein, Eisenberg, & Gostin, 1996). Moreover, it is important for health care providers to remember that the law protects HIV/AIDS patients. Consequently, health care providers should respect HIV positive people, treat them with dignity, and protect their confidentiality.

Another issue at the societal level that has a significant influence on the spread of HIV/AIDS is domestic violence. Domestic violence has increased substantially within the past three decades in the United States (Parkinson, 1996; Rothernberg & Paskey, 1995). Various women in the focus group reported that sexual negotiation in general, or requests for condom use in particular, lead to the risk of physical harm, verbal aggression, or financial abandonment. Among Latinos/as, the values of *machismo* and *marianismo* foster domestic violence toward women.

This study suggests that there is a need to look more closely at values, beliefs, and practices related to the role of women and men and to their sexuality, as well as to their implications for HIV risk behaviors and behavior change strategies.

This could lead to new strategies that influence the formation and change of gender and cultural norms at the societal level.

On the other hand, the Latino community must understand that HIV/AIDS transmission is not caused by homosexuality, prostitution, and/or intravenous drug use but by risky behaviors. The community should also become aware that HIV/AIDS is the leading cause of death among young Latinos/as. All Latino communities have a duty to defend and protect their own people. It is also their responsibility to fight rejection of those who are HIV positive. Rejection and stigmatization destroy the lives of those who are infected and of their loved ones.

Implications for Interventions and Health Care Programs

The development of interventions to reduce heterosexual transmission of HIV must continue. HIV/AIDS risk reduction interventions among Latinas should be tailored to their cultural values and gender roles. These interventions should also focus on the effects of community expectations of women and on power differentials in their relations with men.

Research regarding the exploration of new methods for the prevention of HIV that could be used and controlled by women, without requiring the cooperation of their husbands or partners is extremely needed. Although research suggests that consistent and effective use of male condoms is almost 100% effective in protecting against HIV and other sexually transmitted diseases (NIHCDS, 1997), male condoms also carry a variety of culture-based assumptions that lead individuals to associate them with uncleanness, prostitution, male dishonesty, and loss of pleasure (Vincent, 1995). For these reasons, male condoms remain laden with a negative legacy which makes it difficult for women to negotiate their use. Many women believe that the female condom is particularly valuable and useful for women whose husbands or partners are unwilling to use male condoms (Vincent, 1995). Funding for research on female controlled protection methods such as the female condom and microbicides, should become a priority.

Nevertheless, not all programs focusing on heterosexual transmission should address women exclusively. Policies that assign women the full responsibility for safer sex in heterosexual practices merely reinforce men's lack of responsibility for HIV prevention. Programs should also focus on heterosexual men.

There is also a need for the development of programs to help HIV positive individuals avoid risky sexual and drug abuse behaviors. Effective interventions with people who are HIV positive can enable them to practice safer sex and safer needle use and thus help contain the HIV epidemic.

Finally, we must send a message to women, especially Latinas who need to

protect themselves from this threat with courage and support from their peers. Latinas must become aware of the risk their sexual partners place them at. Therefore, women should make an effort to develop strategies for better communication with their husbands or partners, even if this means fighting against cultural beliefs, attitudes, or misconceptions. Consciousness raising about the impact of *machismo* and *marianismo* upon the behaviors that lead to HIV infection, should direct our struggle toward changing or improving these and/or other cultural notions. We need to impact this generation so that in the future others can develop cultural values and norms which contribute to their health.

HIV/AIDS prevention is a real need for all women. At present safer sex is the only way in which women can escape the AIDS epidemic. I believe, as do others, that safer sex is about power: *power* in terms of feeling valuable, worthwhile, and having high self-esteem; *power* in relationships that allows women to negotiate safer sex; financial *power* to support themselves and their children; and *power* gained from the support friends and communities provide.

References

Choi, K. H. , Catania, J. A., & Dolcini, M. M. (1994). Extramarital sex and HIV risk behavior among U.S. adults: Results from the National AIDS Behavioral Survey. *American Journal of Public Health, 84* (12), 2003-2010.

Hunter, N.D., & Rubenstein, W. B. (1992). *AIDS agenda. Emerging issues in civil rights.* New York, N.Y.:The New Press.

National Institutes of Health Consensus Development Statement [NIHCDS] (1997, February). *Interventions to prevent HIV risk behaviors.* http://odp.od.nih.gov/consensus/statements/cdc/104/104_stml.html, 1-17.

O'Leary, A., & Jemmott, L. (Eds.) (1995). *Women at risk: Issues in the primary prevention of AIDS.* New York, N.Y.: Plenum.

Ortiz-Torres, B., Serrano-García, I. & Torres-Burgos, N. (2000). Subverting culture: Promoting HIV/AIDS prevention among Puerto Rican and Dominican women. *American Journal of Community Psychology, 28* (6), 859-882.

Parkinson, Q. J. (1996). Screening for spousal or partner abuse in a community health setting. *Journal of the American Academic of Nurse Practitioners, 8* (4), 155-160.

Peragallo, N. (1995) *HIV risks reduction among Latinas: Project Sepa.* Grant Application, University of Illinois at Chicago, College of Nursing.

Peragallo, N. (1996). Latino women and AIDS risk. *Public Health Nursing, 13* (3), 217- 222.

Rothenberg, K.H., & Paskey, S. J., (1995). The risk of domestic violence and women

HIV+ LATINAS

with HIV infection: Implications for partner notification, public policy, and the law. *American Journal of Public Health*, 85 (11), 1560-1576.

Rubenstein, W. B., Eisenberg, R., & Gostin, L. O. (1996) *The rights of people who are HIV positive: An American civil liberty's union handbook*. Carbondale and Edwardsville, IL: Southern Illinois University Press.

Segal, M. (1993/1995). *Women & AIDS. FDA Consumer*. Publication No. 95-1211,1-5.

Vincent G. E. (1995). The new female condom: Attitudes and opinions of low-income Puerto Rican women at risk for HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 5 (2), 178-203.

La Psicología Social-Comunitaria y la Salud: Una Perspectiva Puertorriqueña

**Irma Serrano-García, Milagros Bravo, Wayne
Rosario-Collazo y José Juan Gorrín**
*San Juan, Puerto Rico: Publicaciones Puertorriqueñas
y Universidad de Puerto Rico*

Reseñado por:

Bárbara VanOss Marín
Universidad de California, San Francisco, U.S.A.

"El médico corriente trata la enfermedad
El buen médico trata al paciente
El mejor médico trata a la comunidad"
Proverbio chino anónimo

(Serrano-García & Rosario-Collazo, 1998, p. 129)

El libro *La psicología social-comunitaria y la salud: Una perspectiva puertorriqueña* de Serrano-García, Bravo, Rosario-Collazo y Gorrín se puede resumir de cierta forma en este proverbio chino. Las autoras y autores argumentan claramente la necesidad de crear un modelo biopsicosocial para reemplazar el modelo biomédico. Luego de presentar el modelo biopsicosocial en el primer capítulo, presentan varios ejemplos de la aplicación del mismo en los capítulos siguientes. Aunque utilizan muchos ejemplos puertorriqueños para apoyar sus argumentos, también presentan ejemplos de América Latina y de otras partes del mundo. A mi juicio, el modelo que presentan no es solamente puertorriqueño, sino latinoamericano y universal.

Aunque llevo muchos años familiarizándome con el modelo biopsicosocial, no he visto mejor presentación que la del primer capítulo de este libro. Serrano-García y Bravo presentan el desarrollo histórico, los fundamentos filosóficos y los éxitos y limitaciones del modelo biomédico, y luego presentan los mismos factores del modelo biopsicosocial. Las tablas en este capítulo, como en todo el libro, son bastante interesantes e informativas. En la primera tabla, aparecen varios conceptos y luego sus definiciones desde el punto de vista biomédico y el biopsicosocial. Por ejemplo, en el modelo biomédico, el rol del médico/a es

“diagnosticar y curar el organismo,” mientras en el modelo biopsicosocial, su rol es “prevenir, diagnosticar y curar a la persona en su contexto.” Aquí se nota claramente la diferencia entre los dos modelos y la superioridad del modelo biopsicosocial, previniendo enfermedad y tratando a la persona en su contexto. El modelo biopsicosocial reconoce la importancia de la cultura de la persona, de su contexto familiar, su capacidad de autocuración y su responsabilidad por su propia salud.

En los siguientes capítulos se discute el tema del estrés y el apoyo social, los servicios de salud y varias intervenciones en el campo de la salud. El capítulo sobre los servicios de salud presenta el marco histórico de la situación puertorriqueña y una fuerte crítica al sistema capitalista. En otra sección del mismo artículo Serrano-García y Gorrín presentan una tabla con una serie de sugerencias útiles para cambiar el ambiente hospitalario facilitando la recuperación de los/as pacientes. Estas incluyen colgar cortinas en los baños y permitirle al o a la paciente “personalizar” su ambiente con adornos y cuadros.

El capítulo sobre intervenciones resume varios estudios enfocados en distintos niveles de intervención, desde el individual hasta el comunitario. Las intervenciones varían desde el adiestramiento de una junta de directores/as de una organización para personas con impedimentos y talleres psicoeducativos sobre VIH/SIDA, hasta cambios en el currículo de una residencia de medicina familiar. No sólo se presentan las intervenciones, sino el proceso de analizar las necesidades, su trasfondo y resultados. La variedad de ejemplos ayuda al lector lectora a traducir o aplicar los métodos a otras situaciones relevantes.

El último capítulo presenta en detalle el proceso del Proyecto Entre Iguales para la Prevención del VIH/SIDA en personas jóvenes puertorriqueñas. El proyecto se basa en los principios del modelo biopsicosocial, planteando críticas de las relaciones de poder, y la educación liberadora para enseñar nuevas técnicas eróticas de bajo riesgo. Estas técnicas resultan fascinantes: “lamer el cuerpo de otra persona con cremas de sabores” y “masturbarse mientras la pareja baila desnuda.” Desafortunadamente, la mayoría de los jóvenes no practicaban estas técnicas eróticas, especialmente las mujeres y los varones más religiosos.

Los apéndices de este artículo libro también resultan útiles. Allí, se proveen varios instrumentos que se utilizaron para recolectar datos en el Proyecto Entre Iguales.

El libro contiene además, una sección separada de *actividades educativas* que se pueden usar en un curso sobre psicología social-comunitaria y salud. Incluye, por ejemplo, una actividad de aclaración de valores sobre VIH/SIDA y otra de análisis de un caso médico para aplicar la conceptualización de los factores psicosociales relacionados a la salud.

En resumen, el libro ofrece mucho, especialmente a los psicólogos y

psicólogas de la salud, comunitarios y sociales, pero también será muy útil en escuelas de medicina y de salud pública. Esta perspectiva que ve a la persona en su contexto, no como paciente, sino como ser activo, y capaz de prevenir enfermedades y tomar responsabilidad por su salud es revitalizante y ofrece esperanzas para el futuro. Aunque es una perspectiva con sabor puertorriqueño, las ideas serán de mucha utilidad en toda América Latina y el resto del mundo.

Referencias

- Serrano-García, I., & Rosario-Collazo, W. (1998) Intervenciones-investigaciones en Psicología Social-Comunitaria y Salud. En I. Serrano-García, M. Bravo Vick, W. Rosario-Collazo & J.J. Gorrín-Peralta (Eds.) *La Psicología Social-Comunitaria y la salud: una perspectiva puertorriqueña*. (111-143). San Juan, P.R.: UPR & Publicaciones Puertorriqueñas.

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES Y AUTORAS

Categorías de Artículos

Los manuscritos aceptados caen dentro de tres categorías:

Artículos (no más de 20 páginas incluyendo referencias, tablas y diagramas) que pueden incluir informes sobre estudios empíricos tanto cualitativos como cuantitativos, desarrollos teóricos, revisiones integrativas o críticas de la literatura y contribuciones metodológicas.

Informes breves (no más de 10 páginas, incluyendo referencias, tablas y diagramas) que pueden incluir experiencias profesionales novedosas, asuntos de política y adiestramiento relacionados con la profesión, o datos obtenidos en estudios preliminares, y

Reseñas de libros (usualmente por invitación) No pueden exceder 5 páginas y debe considerar los méritos del libro y su aportación a la psicología de las Américas.

Además de estos, la RIP publicará los trabajos que han sido destacados con el Premio Estudiantil de Investigación de la SIP (tanto de pre como de post-grado) y los Premios Interamericanos que no se publiquen en libros de los congresos. También publicará ediciones o secciones especiales. Las guías para someter este tipo de publicación pueden solicitarlas a la Editora, o buscarlas en el Volumen 33 #1.

Proceso de Edición y Decisión Editorial

Los manuscritos deben ser inéditos y no pueden haberse sometido a la consideración para publicación de ninguna otra revista profesional o académica. Tampoco pueden haberse publicado en su totalidad o parcialmente en ninguna otra revista.

El Editor o Editora de la RIP lo someterá a evaluación anónima de por lo menos tres (3) de las personas integrantes de la Junta Editorial. Los autores y autoras se esforzarán para que el texto no contenga claves o sugerencias que los/as identifique. Las personas de la Junta harán recomendaciones sobre la publicación del manuscrito al Editor o Editora. La decisión final de publicación la tomará el Editor o Editora y la comunicará al autor o autora junto con los cambios que sea necesario realizar, si alguno.

Estilo

En cuanto a estilo deben ceñirse estrictamente al Manual de Publicaciones de la *American Psychological Association* (4ta Edición, 1994).

1. El artículo debe estar acompañado por dos compendios (125 palabras) uno en el idioma del artículo y otro en uno de los cuatro idiomas oficiales de la SIP (español, inglés, francés, portugués).
2. La página de título debe incluir una nota al calce con información de cómo comunicarse con el autor o autora, si al lector o lectora así le interesa. Esta información al igual que el nombre de todos los autores o autoras no debe aparecer en ninguna otra página.
3. No fomentamos el uso de notas al calce.
4. Todos los trabajos citados en el texto deben aparecer en las referencias y viceversa.
5. La página de título debe incluir de 3-5 palabras claves que permitirán identificar el artículo en diversas bases de datos.

Redacción

En cuanto a redacción, la RIP fomenta el uso de un lenguaje inclusivo por género, raza, edad, origen nacional, orientación sexual, impedimento y otras características socio-demográficas.

La Editora sugiere el uso del término 'participantes' en sustitución del término 'sujetos' de la investigación. Además, requiere se especifique en los artículos el procedimiento utilizado para obtener consentimiento informado de las personas participantes. La descripción de las características socio-demográficas de las personas participantes debe ser lo más explícita posible.

La Editora invita a los autores y autoras a redactar sus artículos utilizando la primera persona singular, excepto en casos de dos o más autores o autoras. De esta manera se reduce la ambigüedad de las opiniones personales y se evade el uso excesivo del "nosotros".

La Editora sugiere que los autores y autoras utilicen preferentemente la voz activa en tiempo pasado.

En la medida de lo posible deben evitar el uso de regionalismos o tecnicismos.

En cuanto a presentación, el autor o autora debe enviar cuatro copias de los manuscritos en papel tamaño carta (22 x 28 cms) a doble espacio y por una sola cara a la Editora (Irma Serrano-García, P.O. Box 23174 UPR Station, San Juan, Puerto Rico 00931-3174) y una **versión electrónica en disquete 3 1/2"**. Esta debe estar en Word o Word Perfect para IBM o Macintosh.

Acusaremos la recepción de un artículo por correo regular de inmediato. Mantendremos al primer autor o autora informado del proceso de evaluación del artículo hasta el momento de tomar un decisión editorial. Para facilitar este trámite el autor o autora debe proveernos su dirección postal (tanto para correo regular como expreso), su número de teléfono y de faxes y de correo electrónico.

Si un trabajo es aceptado para publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio de la RIP aunque se atenderá cualquier petición razonable por parte del autor o autora para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. El autor o autora firmará un acuerdo a estos efectos.

Las opiniones y valoraciones expresadas por los autores y autoras en los artículos son de su responsabilidad exclusiva y no comprometen la opinión y política científica de la RIP ni de la SIP.

Si el artículo requiere revisión el autor o autora lo recibirá con las indicaciones pertinentes y se le devolverá el disquete que envió. Una vez aceptado para publicación, con las revisiones finales incorporadas, el autor o autora enviará una copia final en disquete 3 1/2". Esa copia debe contener exactamente la misma versión que sometió en papel. El disquete debe identificar el autor o autora principal, el título del artículo, la programación electrónica utilizada y la fecha. El autor o autora no podrá revisar galeras.

Después de la publicación el autor o autora principal recibirá 5 separatas gratis además de una adicional por cada co-autor o co-autora si los hubiese. Puede ordenar separatas adicionales, si lo desea, a un costo de \$2.00 cada una.

Categories of manuscripts

Accepted manuscripts fall into three categories:

Articles (no more than 20 pages including references, tables and diagrams) which can include research reports of qualitative or quantitative data, theoretical developments, integrative and critical literature reviews and methodological contributions.

Brief Reports (no more than 10 pages including references, tables and diagrams) which may include innovative professional experiences, policy issues, training, or data from preliminary or pilot studies, and

Book reviews (usually by invitation) No more than 5 pages. Should consider the book's merits and its contributions to psychology in the Americas.

The Journal will also publish articles which have received the Student Research Prize of the SIP (both at the undergraduate and graduate levels) and presentations of Interamerican Prize awardees which are not included in congress proceedings. It will also publish Special Issues and Special Sections. Guidelines for these should be requested from the Editor and were published in Volume 33 #1.

Editorial process and decision making

Manuscripts cannot be submitted to any other professional or academic journal simultaneously with the RIP. They must not have been published partially or in their entirety in any other publication.

Each manuscript will be submitted anonymously to three members of the Editorial Board. The author/s must make every effort to eliminate clues or suggestions from the manuscript that may identify them. Editorial board members will make suggestions regarding publication to the Editor. The Editor will be responsible for final decisions regarding publication and will communicate them to the authors, with whatever changes need to be made, if any.

Editorial style

The IJP will strictly follow the guidelines of the American Psychological Association Publication Manual (4th Edition, 1994).

1. Each article must include two abstracts (125 words) one in the language in which the article is written and another in one of the four official languages of SIP (Spanish, English, Portuguese, French).
2. The title page must include a footnote containing information about how the reader may communicate with the author/s. This information, as well as the author/s' name should not appear in any other page of the manuscript.
3. The use of footnotes is not encouraged.
4. All sources cited in the manuscript should be included in the reference list and vice-versa.
5. The title page should include 3-5 key words that will allow the article to be indexed in data bases.

Writing style

The IJP encourages the use of inclusive language in terms of gender, race, age, national origin, sexual orientation, disability and other sociodemographic characteristics.

The Editor suggests the use of the term 'research participants' instead of 'research subjects'. The procedures that were used to obtain informed consent from participants should be described. Their socio demographic characteristics should be presented as explicitly as possible.

The Editor invites manuscripts in first person singular except in the case of two or more authors. In this manner ambiguity regarding personal opinions is diminished and the excessive use of "we" is eliminated.

The Editor invites the use of the active voice in the past tense.

Regional and technical terms should be avoided.

Process for submissions

The author/s should send their manuscript in US letter size paper (22 x 28 cms) double-spaced and on one typeface to the Editor (Irma Serrano-García, P.O. Box 23174 UPR Station, San Juan, Puerto Rico 00931-3174). **The author should also include an electronic version in a 3 1/2" diskette with his/her first submission.** The electronic version must be in Word or Word Perfect for either Macintosh or IBM compatible hardware.

We will inform the author of the manuscript's receipt by air mail immediately. We will keep the first author informed of the evaluation process until a final decision is made. To facilitate this process the author should provide his/her mailing address (for regular and express mail), phone number, fax number and e-mail.

If an article is accepted for publication, copyright is transferred to the IJP although any reasonable request for reproduction of the authors' contributions elsewhere will be considered. The author/s will sign a Transfer of Copyright form.

Opinions and values endorsed by authors in their articles are their sole responsibility and do not represent the positions or scientific policies of the IJP or the SIP.

Once a manuscript has been accepted for publication, and all final revisions have been included, the author/s will send an electronic copy on a 3 1/2" diskette. This copy should include exactly the same version that has been submitted in hard copy. The electronic version must be in Word or Word Perfect for either Macintosh or IBM compatible hardware. The diskette should be identified with the author/s name, the title of the manuscript, the software used and the date of submission. The author/s will not read proofs.

After the manuscript is published the author will receive 5 complimentary reprints, and one additional one for each co-author, if there are any. S/he can order additional reprints at a cost of \$2.00 each.

Catégories des articles

Les manuscrits acceptés sont classés dans trois catégories:

Articles (pas plus de 20 pages comprenant des références, des tables et des diagrammes) qui peuvent inclure des rapports sur des études empiriques tant qualitatives que quantitatives, des développements théoriques, des révisions intégrées ou des critiques de la littérature et des contributions méthodologiques.

Rapports Brefs (pas plus de 10 pages comprenant des références, des tables et des diagrammes) qui peuvent inclure des expériences professionnelles inédites, des affaires de politique et d'entraînement liées à la profession, ou des données obtenues dans des études préliminaires, et

Comptes Rendus de livres (usuellement par invitation) Ils ne peuvent pas excéder 5 pages et ils doivent considérer les mérites du livre et sa contribution à la psychologie des Amériques.

Outre cela, la RIP publiera les travaux qui se sont distingués avec le Prix Étudiantin d'Investigation de la SIP (tant de pré que de post-grade) et les Prix Interaméricains. Elle publiera aussi les éditions ou les sections spéciales. Vous pouvez solliciter à l'Éditrice les guides pour soumettre ce genre de publication, ou vous pouvez les chercher dans le Volume 33 #1.

Procédure d'Édition et de Décision Éditoriale

Les manuscrits doivent être inédits et ne peuvent pas avoir été soumis à la considération pour publication d'aucune autre revue professionnelle ou académique. Ils ne peuvent, non plus, avoir été publiés complètement ou partiellement dans aucune autre revue.

L'Éditeur ou l'Éditrice de la RIP le soumettra à l'évaluation d'au moins trois (3) des personnes integrantes du Comité Éditorial. Les auteurs s'efforceront de ne pas laisser des clefs ou des suggestions qui les identifient dans le texte. Les personnes du comité feront des recommandations concernant la publication du manuscrit à l'Éditeur ou l'Éditrice qui prendra la décision finale de la publication et la communiquera à l'auteur joint aux changements nécessaires s'il y en a.

Quant au style les textes doivent s'en tenir strictement au Manuel de Publications de l'American Psychological Association (4ème Édition, 1994).

1. L'article doit être accompagné de deux abrégés (125 mots), l'un dans la langue de l'article et l'autre dans un des quatre langues officielles de la SIP (espagnol, anglais, français, portugais).
2. La page du titre doit inclure une note en bas de page avec des renseignements pour joindre l'auteur au cas où le lecteur ou la lectrice voudrait ainsi faire. Ces renseignements, de même que le nom des auteurs, ne doivent pas apparaître dans aucune autre page.
3. Nous n'encourageons pas l'utilisation des notes en bas de page.
4. Tous les travaux cités dans le texte doivent apparaître dans les références et vice versa.
4. La page du titre doit inclure entre 3 et 5 mots clefs qui permettront d'identifier l'article dès diverses bases de données.

Rédaction

Quant à la rédaction la RIP encourage l'utilisation d'un langage inclusif de genre, race, âge, origine nationale, orientation sexuelle, désavantage et d'autres caractéristiques sociodémographiques.

L'Éditrice suggère l'utilisation du terme "participants" au lieu de terme "sujets" de l'investigation. En outre, elle requiert qu'il soit spécifié dans les articles la procédure utilisée afin d'obtenir le consentement informé des personnes participantes. La description des caractéristiques sociodémographiques des personnes participantes doit être aussi explicite que possible.

L'Éditrice invite les auteurs à rédiger leurs articles en utilisant la première personne singulière, sauf lorsqu'il y a deux auteurs ou plus. De cette manière l'ambiguïté des opinions personnelles est réduite et l'usage excessive de "nous" est évadé.

L'Éditrice suggère aux auteurs d'utiliser de préférence la voix active au présent de l'indicatif.

Dans la mesure du possible évitez l'utilisation des régionalismes et des termes techniques.

Présentation et Démarche

Quant à la présentation, l'auteur doit envoyer quatre copies des manuscrits en papier à lettres (22 x 28 cms) à double interligne et d'une seule face à l'Éditrice (Irma Serrano-García, P.O. Box 23174 UPR Station, San Juan, Puerto Rico 00931-3174) et une version électronique sur disquette 3 pouces $1/2$. Cette version doit être faite en Word ou Word Perfect pour IBM ou Macintosh.

Nous enverrons l'accusé de réception d'un article reçu par retour du courrier immédiatement. Nous tiendrons l'auteur au courant du processus d'évaluation de l'article jusqu'au moment de prendre une décision éditoriale. Afin de faciliter cette démarche l'auteur.

Doit nous fournir en son adresse (autant pour la poste régulière que l'express), son numéro de téléphone et de télécopieur, et son courrier électronique.

Si un travail est accepté pour publication, les droits d'impression et de reproduction par tout moyen ou forme seront de l'Éditeur(trice) même s'il (elle) s'occupera de toute pétition raisonnable de la part de l'auteur pour obtenir la permission pour la reproduction de ses contributions. L'auteur signera un accord à cet effet.

Les opinions et estimations exprimées par les auteurs dans les articles sont la responsabilité d'eux-mêmes et elles ne compromettent pas l'opinion et la politique scientifique ni de la RIP ni de la SIP.

Si l'article requiert une révision l'auteur le recevra joint aux indications pertinentes et avec le disquette qui'il (elle) a envoyé. Une fois accepté pour publication, avec les révisions finales incorporées, l'auteur enverra une copie finale sur disquette 3 pouces $1/2$. Cette copie doit contenir exactement la même version qui a été soumise en papier. Le disquette doit identifier l'auteur principal, le titre de l'article, la programmation électronique utilisée et la date. L'auteur ne pourra pas réviser le manuscrit.

Après la publication l'auteur principal recevra 5 tirages à part gratuits en plus de une copie additionnelle par chaque coauteur s'il y en a. Vous pouvez commander des tirages à part additionnels, si vous le désirez, au prix de \$2.00 chacun.

INSTRUÇÕES AOS AUTORES E AUTORAS

Categorias dos artigos:

Os manuscritos aceitos caem dentro de três categorias:

Artigos: (máximo de vinte páginas, incluindo referências, tabelas e diagramas) que podem incluir informes sobre estudos empíricos tanto qualitativos como quantitativos, desenvolvimento histórico, revisões integrativas ou críticas da literatura e contribuições metodológicas.

Informes Curtos: (não mais de dez páginas, incluindo referências, tabelas e diagramas) que podem incluir experiências profissionais inéditas, assuntos de política e treinamento relacionados com a profissão ou dados obtidos em estudos preliminares e

Resenhas de livros (normalmente por convite). Não podem exceder cinco páginas e devem considerar os méritos do livro e sua colaboração á psicologia das Américas.

Além disto, a RIP publicará os trabalhos que tiverem sido destacados com o Prêmio Estudantil de Pesquisa da SIP (tanto a nível de bacharelato como pós graduado) e os prêmios Interamericanos que não se publiquem em los livros do Congresso. Publicará também edições ou sessões especiais. As guias para submeter este tipo de publicação podem ser pedidas a Editora.

Processo de Edição e Decisão Editorial

Os manuscritos devem ser inéditos e não podem ter sido submetidos a consideração de nenhuma outra revista profissional ou acadêmica. Além disso, não podem ter sido publicados em sua totalidade ou parcialmente em nenhuma outra revista.

O Editor ou Editora da RIP submeterá o manuscrito a um processo de avaliação anônimo de pelo menos três pessoas integrantes da Junta Editorial. Os autores e autoras se esforçarão para que o texto não tenha claves ou sugestões que os identifique. Essas pessoas farão recomendações sobre a publicação do manuscrito ao Editor ou Editora. A decisão final sobre a publicação estará a cargo do Editor ou Editora que se responsabilizará por comunicá-la ao autor ou a autora junto com as modificações que forem necessárias no caso de haver alguma.

O estilo deve seguir rigorosamente as instruções do Manual de Publicações da "American Psychological Association" (4a. edição, 1994).

- 1- O artigo deve estar acompanhado por duas sínteses (125 palavras), uma no idioma em que foi escrito o artigo outra em um dos quatro idiomas oficiais da SIP (espanhol, inglês, francês ou português).
- 2- A página de título deve incluir uma indicação de rodapé com a informação de como comunicarse com o autor ou autora no caso de que o leitor ou a leitora desejem fazê-lo. Esta informação não deve aparecer em nenhuma outra página. O mesmo se refere ao nome do autor ou da autora.
- 3- Não sugerimos o uso de anotações de rodapé.
- 4- Todos os trabalhos citados no texto devem aparecer nas referências e vice-versa.
- 5- A página de título deve incluir de três a cinco palavras que permitirão identificar o artigo em diversas bases de dados.

Redação

Quanto a redação, a RIP sugere o uso de uma linguagem clara que considere gênero, raça, idade, nacionalidade, orientação sexual, impedimento e outras características sociodemográficas.

A Editora sugere o uso do termo "participantes" em substituição da expressão "sujeitos" da pesquisa. Além disso, requiere que se especifiquem os procedimentos utilizados nos artigos com relação ao processo de conseguir consentimento informado das pessoas participantes. A descrição das características sociodemográficas das pessoas deve ser o mais clara possível.

A Editora convida os autores e as autoras a redatarem seus artigos utilizando a primeira pessoa do singular, exceto naqueles casos em que sejam dois ou mais autores ou autoras. Dessa maneira tratamos de reduzir a ambiguidade entre opiniões pessoais e também se evita o uso excessivo do pronome "nós".

A Editora sugere que os autores ou autoras utilizem de preferência a voz ativa em tempo passado.

Deve evitarse, na medida do possível, uso de regionalismos ou tecnicismos.

Apresentação e Procedimento:

Com relação a apresentação, o autor e a autora deve enviar quatro cópias de manuscritos em papel tamanho carta (22 x 28 cms) em espaço duplo utilizando sómen um lado do papel a Editora (Irma Serran García, P.O. Box 23174 UPR Station, S.J. Juan, Puerto Rico 00931-3174). **A versão eletrônica deve ser incluída neste primeiro envio.**

Acusaremos a recepção dum artigo por correio regular de imediato. Manteremos o autor ou a autora informado/a de processo e avaliação do artigo até o momento de tomar uma decisão editorial. Para facilitar esse processo o autor ou autora deve facilitar seu endereço postal (tanto para correio regular como para correio expresso), seu número de telefone e de fax e seu endereço eletrônico.

No caso do trabalho ser aceito para publicação, os direitos de autor e reprodução por qualquer forma e meio, serão do/a Editor/a da RIP, embora este/a se prontifique a atender qualquer pedido razoável por parte do autor ou autora para obter a licença de reprodução de suas contribuições.

As opiniões e julgamentos expressados pelos autores e autoras nos artigos são de sua exclusiva responsabilidade e não comprometem nem a opinião nem a política da RIP nem da SIP.

Uma vez aceito para publicação, com as revisões finais incorporadas, o autor ou a autora enviará uma cópia em disquetes 3 1/2". Essa cópia deve conter exatamente a mesma versão submetida em papel. A versão eletrônica deve estar em programa Word ou Word Perfect para IBM ou Macintosh. O autor ou a autora principal deve estar identificado, assim como o nome do artigo, a programação eletrônica utilizada e a data em que foi escrita. O autor ou a autora não poderá revisar o manuscrito.

O autor ou a autora principal receberá cinco separatas grátis além de uma adicional por cada co-autor se este for o caso. As separatas adicionais podem ser ordenadas a um preço de \$2.00, se assim o deseja o autor ou a autora.



Sociedad Interamericana de Psicología
Interamerican Society of Psychology
Sociedade Interamericana de Psicologia
Société Interaméricaine de Psychologie

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Quisiera recibir todos los beneficios de membresía en la SIP, los cuales incluyen la Revista Interamericana de Psicología, el boletín Psicológico Interamericano, el Directorio de Socios y valores reducidos en los Congresos.

Nuevo Renovación

Fecha _____
 Día Mes Año

Período:

Un (1) año

Cantidad (marque uno)

- _____ US \$60 (U.S./Canada/Europe)
- _____ US \$40 (Latin America/Caribbean)
- _____ US \$25 (estudiantes de todos los países; por favor indicar Institución/Programa: _____)

Período:

Dos (2) años

Cantidad (marque uno)

- _____ US \$115 (U.S./Canada/Europe)
- _____ US \$75 (Latin America/Caribbean)

Forma de pago (marque una)

Cheque (en dólares y sobre un banco de E.U.) Tarjeta de crédito

Por favor envíe esta forma completada junto con su pago (un cheque dirigido a la Sociedad Interamericana de Psicología, o llene abajo la información sobre la tarjeta de crédito) a:

Dra. Wanda Rodríguez Arocho, Secretaria General, SIP

P.O. Box 23345, San Juan, Puerto Rico 00931-3345

Tel. (787) 764-0000 ext. 4184; Fax (787) 764-2615; correo electrónico: wrodrig@rppac.upr.clu.edu

Tipo de tarjeta _____ Visa _____ Mastercard _____ Discover _____ American Express

Número _____

Fecha de expiración _____

Por favor complete la siguiente información:

Nombre: _____ Apellidos: _____

Cargo/puesto _____ Institución _____

Dirección Postal _____ Ciudad _____

Estado/Provincia _____ Código Postal _____

País _____

Teléfono(s) _____ Fax _____ Correo electrónico _____

Educación (Título o grado más alto) _____

Organizaciones Científicas o Profesionales a las que pertenece _____

Area(s) de especialización _____ Firma _____



Sociedad Interamericana de Psicología
Interamerican Society of Psychology
Sociedade Interamericana de Psicologia
Société Interaméricaine de Psychologie

MEMBERSHIP FORM

I would like to receive all the benefits of ISP membership, including the *Interamerican Journal of Psychology*, *The Interamerican Psychologist*, reduced Congress fees and discounts on ISP's publications.

New Member Renewal

Date _____
 Month Day Year

Period:

One (1) year

Amount (check one)

- _____ US \$60 (U.S./Canada/Europe)
- _____ US \$40 (Latin America/Caribbean)
- _____ US \$25 (students, all countries; please indicate Institution/Program: _____)

Period:

Two (2) years

Amount (mark one)

- _____ US \$115 (U.S./Canada/Europe)
- _____ US \$75 (Latin America/Caribbean)

Form of payment (check one)

Check (in U.S. dollars drawn on a U.S. bank) Credit card

Please mail completed form with payment (check payable to Interamerican Society of Psychology, or fill below the credit card information) to:

Dra. Wanda Rodríguez Arocho, General Secretary, SIP
 P.O. Box 23345, San Juan, Puerto Rico 00931-3345

Tel. (787) 764-0000 ext. 4184; Fax (787) 764-2615; E-mail: wrodrig@rrpac.upr.clu.edu

Type of card _____ Visa _____ Mastercard _____ Discover _____ American Express
 Number _____

Expiration Date _____

Please complete the following information:

Name: _____ Last Name: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State/Province _____

Zip/Postal Code: _____ Country: _____

Telephone (s) _____ Fax _____ E-Mail address: _____

Position _____

Institution _____

Academic Training (Highest degree) _____

Professional/Scientific Organizations to which you belong _____

Area (s) of specialization _____

Edición Especial - Special Issue

Toro-Alfonso (Editor Invitado/Invited Editor)

VIH/SIDA: Retos para la Investigación y la Acción

Díaz - Loving

Una visión integral de la lucha contra el VIH/SIDA

Kalichman, Difronzo, Kyomugrsha, Simpson & Presser

When briefer can be better: Single session approaches to HIV risk reduction interventions

Ayala & Díaz

Racism, poverty and other truths about sex: Race, class and HIV risk among Latino gay men

MoscOSO-Alvarez, Rosario & Rodríguez

Nuestra juventud adolescente: ¿Cuál es el riesgo de contraer VIH?

León

The development of HIV/AIDS policy and its implications for Latinas: Gender becomes destiny

Varas Díaz & Toro-Alfonso

Una revisión de las políticas en torno al VIH/SIDA en Puerto Rico, República Dominicana, Ecuador y Honduras: Tensiones, limitaciones y logros

Shifter Sikora

La prevención del VIH/SIDA y el desarrollo de la salud integral en las cárceles

Parker

Evolution in HIV/AIDS prevention, interventions and strategies

MENCIÓN HONORÍFICA - HONOR MENTION

Acosta-Pérez & Peragallo

Looking forward, looking back: A qualitative analysis of a focus group of HIV positive Latinas

RESEÑA - BOOK REVIEW

VanOss Marín

La Psicología Social-Comunitaria y la salud: Una perspectiva puertorriqueña.