

## IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA DE EDUCACIÓN EN LA PREVENCIÓN DEL VIH EN LA POBLACIÓN INDÍGENA MBYA GUARANÍ<sup>1</sup>

Carlos Miguel Ríos-González<sup>1,2</sup>, Pablo Aranda<sup>1</sup>.

1- Universidad María Auxiliadora, Carrera de Enfermería, Asunción (Paraguay).

2- Universidad Nacional de Caaguazú, Facultad de Ciencias Médicas, Coronel Oviedo, (Paraguay).

**Autor correspondiente:** Carlos Miguel Ríos González. Correo: carlosmiguel\_rios@live.com

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflicto de interés:** No se declaran conflictos de interés.

### RESUMEN

**Introducción:** Desde los primeros días de la epidemia del VIH, se identificó a los pueblos indígenas como un grupo de población que experimenta determinantes sociales y económicos, incluidos el colonialismo y el racismo, que aumentan la exposición al VIH.

**Objetivo:** Evaluar el impacto de una estrategia de educación sobre prevención del VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro.

**Materiales y métodos:** Estudio cuasi-experimental, modelo antes/después sobre prevención de VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro. La intervención educativa consistió en la estrategia Comunicación para el Cambio de Comportamiento con evaluaciones de conocimiento pre y post intervención. Para la comparación de los grupos se utilizó la prueba t para muestras pareadas y se consideró una  $p < 0,05$  como significativa.

**Resultados:** Participaron del estudio 41 sujetos, con una mediana de edad de 28 años (P25= 26 años y P75=39 años), 68,29% (28) no ha asistido a la escuela. La diferencia

de promedios entre el conocimiento pre-intervención y pos intervención de 35,07 ( $\pm 7,13$ ) puntos, siendo esta diferencia estadísticamente significativa **Conclusión:** Con las intervenciones comunitarias se ha aumentado significativamente el conocimiento sobre prevención del VIH de la población indígena respecto al conocimiento inicial.

**Palabras clave:** Educación sexual; Salud de Poblaciones Indígenas; Intervención educativa.

### ABSTRACT

**Introduction:** From the early days of the HIV epidemic, indigenous peoples were identified as a population group experiencing social and economic determinants, including colonialism and racism, which increase exposure to HIV.

**Objective:** Evaluate the impact of an education strategy on HIV prevention among indigenous people of the Guaraní linguistic family of Arroyo Guasu San Isidro.

**Materials and methods:** Quasi-experimental study, before/after model on HIV prevention in indigenous people of the Guaraní linguistic family of Arroyo Guasu

San Isidro. The knowledge was diagnosed, 4 educational interventions were carried out, and a diagnosis about the knowledge after the intervention. For the comparison of the groups,  $p < 0.05$  was considered significant.

**Results:** 41 subjects participated in the study, with a median age of 28 years (P25 = 26 years and P75 = 39 years), 68.29% (28) did not attend school. The difference in averages between pre-intervention and post-intervention knowledge of  $35.07 \pm 7.13$  points, this difference being statistically significant.

**Conclusion:** Community interventions have significantly increased knowledge about HIV prevention among the indigenous population with respect to initial knowledge

**Keywords:** Sex education; Health of Indigenous Peoples; Educative intervention.

## INTRODUCCIÓN

Desde el inicio de la epidemia del VIH, la población indígena se ha visto afectada, debido a la marginación, la vulnerabilidad y otros determinantes tanto sociales como económicos <sup>(1)</sup>. Además, se ha escrito relativamente poco acerca de qué impulsa las crecientes tasas de VIH entre los pueblos indígenas y, más de tres décadas después de la detección del VIH, está claro que el VIH se ha convertido en un problema de salud crítico para estas poblaciones históricamente oprimidas <sup>(2)</sup>. Los pueblos indígenas tienen conexiones desde hace mucho tiempo con sus tierras ancestrales, que datan de muchas generaciones y son anteriores a la colonización. Si bien existen diferencias culturales, lingüísticas y geográficas dentro y entre las poblaciones indígenas de todo el mundo, en gran medida, el colonialismo, el racismo, la exclusión social y la represión de la autodeterminación actúan como

determinantes de la construcción de la salud indígena <sup>(3)</sup>. La última década ha visto un considerable énfasis y reconocimiento de los determinantes sociales de la salud: las condiciones económicas y sociales que influyen en las diferencias en el estado de salud. Estos incluyen exclusión social, experiencias en la vida temprana, educación, estrés, apoyo social, factores de empleo, vivienda, adicciones, alimentos y transporte <sup>(4)</sup>. El trabajo de Marmot y sus colegas en esta área ha puesto de manifiesto las grandes diferencias individuales y grupales en los resultados de salud generados por las disparidades entre estos diversos factores determinantes <sup>(5)</sup>. En algunos países, la investigación ahora indica claramente un vínculo entre las distintas inequidades sociales experimentadas por los pueblos indígenas y las tasas más altas de VIH que los pueblos no indígenas. Del mismo modo, las disparidades en el momento de los diagnósticos y los resultados del tratamiento entre los pueblos indígenas y no indígenas en el mismo país plantean desafíos significativos para los servicios de salud y las agencias gubernamentales a medida que entramos en la cuarta década de la epidemia del VIH <sup>(6)</sup>. Como en otros países latinoamericanos, en Paraguay la población indígena ha sido marginada desde tiempos de la colonización, y el VIH en esta población no se encuentra ajena a lo presentado por la literatura. De acuerdo con el Programa Nacional de Control de SIDA-ITS (PRONASIDA) en el año 2011, la prevalencia de VIH en indígenas de 3 ejes fue de 0.4% (IC 95% 0.1 – 1.0), a su vez en este estudio se encontró un conocimiento global menor al 40%<sup>7</sup>, mientras tanto que un estudio cursado en el 2016, en 8 departamentos encontraron una prevalencia de 0.25% (IC 95% 0.11 – 0.52) <sup>(7)</sup>. Por ello, el objetivo de esta investigación fue evaluar

el impacto de una estrategia de educación sobre prevención del VIH en indígenas de la familia lingüística Guaraní de Arroyo Guasu San Isidro.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuasi-experimental, modelo antes/después, de corte longitudinal, prospectivo sobre la prevención del VIH en la comunidad indígena de Arroyo Guasu San Isidro del pueblo Mbya Guaraní, del Distrito de Coronel Oviedo. Se incluyeron residentes de la Comunidad indígena de Arroyo Guasu San Isidro del pueblo Mbya Guaraní, del Distrito de Coronel Oviedo con edad igual o mayor a 18 años de ambos sexos, que hayan accedido a participar en el estudio firmando un consentimiento informado. Se excluyeron sujetos con limitaciones neurológicas que no puedan ser autónomos en sus respuestas. El protocolo de investigación aprobado al comité de ética institucional de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Caaguazú (Ref.: 26/07/17).

Se puede indicar que los principios de: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, consignados en la normatividad vigente fueron preservados en el desarrollo de la investigación, se solicitó la firma de consentimiento informado a los participantes previa a la explicación de los objetivos perseguidos por el estudio. Las variables cuantitativas fueron analizadas y expresadas mediante las medidas de tendencia central (Media, Mediana), Medidas de dispersión (Desvío estándar, Percentiles). Para verificar la normalidad de la distribución de la variable dependiente se utilizará el test de normalidad de Shapiro-Wilk en base a lo cual se optó por una prueba paramétrica. Las variables cualitativas fueron presentadas mediante proporciones

en tablas de frecuencias y gráficos. Para evaluar la eficacia de la intervención se utilizó la prueba t para muestras pareadas, y el Análisis de la Varianza de un Factor (ANOVA). Se utilizó la prueba de Chi cuadrado ( $\chi^2$ ) y la Prueba F de Fisher, para la significancia estadística, asimismo para la comparación de los grupos se considerará una  $p < 0,05$  como significativa. Para el almacenamiento de los datos se utilizó una planilla electrónica de Microsoft Office Excel 2013 © y para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico Stata 14.0 ©, con el cual se analizaron las variables de acuerdo con sus características.

## RESULTADOS

De la totalidad de la población participante de la investigación el 51,22% <sup>(21)</sup> fue del sexo masculino. La edad mínima de los participantes fue de 18 años y la máxima de 58 años, la mediana de edad fue de 28 años y estuvo comprendida entre 26 y 39 años, el 68,29% <sup>(28)</sup> no ha asistido a la escuela. El puntaje mínimo obtenido en la evaluación sobre el conocimiento sobre prevención de VIH fue de 30 puntos y el máximo de 44 puntos, con una mediana de puntaje de 38 puntos y estuvo comprendida entre 36 y 41 puntos (Tabla 1).



**TABLA 3.** Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a puntajes en el diagnóstico del conocimiento sobre prevención del VIH post intervención educativa y el grupo etario. n=41

Media de la fila	18 a 19 años	20 a 24 años	25 a 29 años	30 a 34 años	35 a 39 años
Media de la columna					
20 a 24 años	-4,16667 0,036				
25 a 29 años	-12,8718 0,244	-8,70513 0,104			
30 a 34 años	-11,3333 0,216	-7,16667 0,934	1,53846 1,000		
35 a 39 años	-12,0833 1,000	-7,91667 0,807	0,788462 1,000	-0,75 1,000	
40 a más años	-12,9333 0,044	-8,76667 0,136	-0,061538 1,000	-1,6 1,000	-0,85 1,000

Se puede apreciar un aumento estadísticamente significativo en los conocimientos sobre la prevención del VIH posterior a la intervención educativa.

**TABLA 4.** Distribución de la población indígena Arroyo Guasu San Isidro de acuerdo a diferencia en el opiniones y actitudes pre y post intervención según modelo GAM. n=41

	Pre intervención		Post intervención		Valor p
	Frec.	%	Frec.	%	
<b>Opiniones y actitudes</b>					
Favorable	0	0	17	60,71	<b>0.000</b>
Desfavorable	28	100	11	39,29	

Se puede apreciar un aumento estadísticamente significativo en las opiniones y actitudes sobre la prevención del VIH posterior a la intervención educativa (Tabla 4).

## DISCUSIÓN

Garantizar el acceso a la atención primaria de salud es ampliamente aceptado como clave para mejorar los resultados de salud <sup>(7)</sup>. En el caso de las poblaciones indígenas que viven con altas tasas de enfermedades infectocontagiosas, el acceso a estos servicios es aún más crucial <sup>(8)</sup>. A pesar de esto, a los pueblos indígenas a menudo se les impide acceder a este tipo de servicios

debido a una serie de barreras que incluyen el alto costo de la atención médica, experiencias de discriminación y racismo y comunicación deficiente con profesionales de la salud <sup>(4-9)</sup>. La evidencia sugiere que el acceso a la atención primaria de salud puede mejorarse cuando los servicios se adaptan a las necesidades de las propias comunidades indígenas, o son propiedad de ellas y son administradas por ellas <sup>(9-10)</sup>.

Muy pocos países tienen datos confiables de vigilancia nacional para indicar el verdadero nivel de infección por VIH entre los pueblos indígenas. Solo algunos programas de vigilancia registran el origen étnico de los examinados e, incluso cuando se identifican los niveles de infección en grupos étnicos específicos, existe información limitada sobre los patrones específicos de riesgo de VIH y la forma en que el VIH afecta a esas comunidades. Al igual que con todos los datos sobre la incidencia y prevalencia del VIH, se debe tener precaución al sacar conclusiones sobre el nivel de riesgo de VIH basado únicamente en los resultados de las pruebas de VIH realizadas en segmentos seleccionados de la población <sup>(5-12)</sup>. Lo anterior es particularmente cierto cuando se trata de determinar los niveles de infección por VIH en grupos marginados, como es el caso de muchas poblaciones indígenas <sup>(6,7)</sup>. Cuando las personas están geográficamente aisladas, por ejemplo, o tienen menos acceso al sistema de atención de la salud, muchos programas de detección del VIH pueden pasarles por alto. Además, cuando el estigma y la discriminación están asociados con el estatus indígena, existe un desincentivo para que los pueblos indígenas revelen su estado si se les solicita. Los tabúes sociales y culturales también pueden desalentar a los pueblos indígenas de divulgar formas de comportamiento que los colocan en riesgo de infección por VIH, si esos comportamientos se consideran inaceptables en sus comunidades <sup>(9, 11,12)</sup>. Así como ha habido poca recolección de datos consistentes sobre el VIH en las poblaciones indígenas, también se ha implementado un número relativamente pequeño de políticas y programas específicos para abordar la propagación y el impacto del VIH en las comunidades indígenas. Estudios

semejantes en la población indígena no se han conducido hasta la fecha, sin embargo, se ha visto su efectividad en estudios de adolescentes <sup>(9-13)</sup>. En esta investigación se puede apreciar que el conocimiento, las opiniones y actitudes iniciales fueron nulas, lo cual es posible fundamentar en que la mayor proporción de los sujetos que han participado de la intervención educativa no habían asistido nunca a una escuela. Con base en diagnóstico inicial y tomando como punto de partida inicial se ha optado por los carteles ilustrativos como estrategia de intervención educativa, la diferencia de promedios fue estadísticamente significativo. Posterior a las intervenciones comunitarias se ha visto un aumento considerable en el conocimiento sobre la prevención del VIH, asimismo otro aumento muy importante en las opiniones y actitudes. Es posible apreciar también la diferencia de promedios estadísticamente significativa existente entre el sexo masculino y femenino, sin embargo, esto no puede ser apreciado entre el grupo etario y la escolaridad. En algunos lugares, las organizaciones comunitarias y otras organizaciones no gubernamentales han tomado la iniciativa en la prevención y atención del VIH en comunidades indígenas, con mayor o menor grado de apoyo gubernamental <sup>(14-16)</sup>. Los modelos de prevención y atención del VIH que han demostrado ser exitosos en comunidades no indígenas necesitan modificaciones importantes para que sean relevantes y exitosos entre los pueblos indígenas. El Foro está bien posicionado para trabajar en asociación con los organismos de las Naciones Unidas, los donantes y los órganos regionales y nacionales de coordinación del VIH para garantizar que las políticas y los programas se adapten a las necesidades de los pueblos indígenas en particular <sup>(9,13-15)</sup>. Debido a que muchos

de los factores que hacen que las comunidades indígenas sean particularmente vulnerables al VIH no se relacionan con el estado de salud sino con su estatus social, económico y político subordinado dentro de las sociedades más amplias en las que viven, cualquier política sobre VIH en comunidades indígenas debe ser vista en ese contexto. Es poco probable que los esfuerzos para alentar las pruebas voluntarias del VIH y el reconocimiento de los riesgos del VIH, por ejemplo, tengan éxito si no se toman medidas al mismo tiempo para proteger a las poblaciones indígenas ya estigmatizadas de una mayor discriminación. La atención y el tratamiento para las personas indígenas con VIH no se pueden brindar de manera efectiva donde la atención médica general ya es inasequible o inaccesible. Algunos pueblos indígenas que enfrentan mayores riesgos de VIH porque no tienen ningún medio de apoyo excepto el trabajo sexual, o que son vulnerables a la trata de personas, no pueden hacer nada frente a esos riesgos a menos que reciban asistencia para lograr una mayor autosuficiencia económica <sup>(16-17)</sup>. Abordar los determinantes sociales y económicos más amplios de la vulnerabilidad al VIH es una gran tarea. Los desequilibrios profundamente arraigados de ese tipo no se pueden remediar fácil o rápidamente, en todo caso. No obstante, al formular políticas de VIH para las comunidades vulnerables como los pueblos indígenas, es importante reconocer las realidades sociales y económicas de las vidas de esas personas. Los servicios de alivio de la pobreza, alfabetización y abogacía pueden ayudar a abordar los riesgos del VIH tanto como los programas específicos de educación de salud pública. Un enfoque integrado que sitúe la política de VIH en este contexto más amplio es importante para evitar la trampa de ver el VIH como un

problema político independiente <sup>(18)</sup>. Ningún esfuerzo para diseminar información sobre VIH y programas de prevención relacionados con el sexo, la sexualidad o las relaciones familiares dentro de una comunidad tendrá éxito a menos que los miembros individuales de esa comunidad decidan por sí mismos que la información y la prevención del VIH son necesarias. Esto enfatiza el hecho de que el principio del consentimiento libre e informado de los pueblos indígenas a las intervenciones que los afectan no es solo una retórica. Más bien, es fundamental para el éxito de las políticas y programas de VIH para los pueblos indígenas. Con esta investigación se puede evaluar el impacto a corto plazo, sin embargo, se pudo evaluar el impacto a largo plazo, lo sería interesante plantear en futuras investigaciones con miras a evaluar el impacto de la estrategia educativa sobre los resultados biológicos. Las limitaciones del estudio se centran la cantidad de los sujetos sometidos a intervención, limitando de esta manera a la validez externa. Puede existir un sesgo de selección y medición. Un número no despreciable de sujetos no fueron incluidos en el análisis, puesto que no se cumplía con los criterios de inclusión. A modo de conclusión se puede indicar que: las intervenciones educativas mejoran significativamente el conocimiento, las opiniones y las prácticas sobre la prevención de VIH. Se pudo apreciar la eficacia de la educación no formal por el cambio positivo en conocimiento sobre la prevención de VIH. La población de estudio fue de igual proporción entre el sexo masculino y femenino, la mediana de edad fue de 27 años, siendo en su mayoría casados los participantes de la intervención. La mayoría de los participantes no han ido a la escuela. La diferencia de promedios entre el conocimiento pre-intervención y posterior a la intervención fue considerablemente

amplio. El diseño de la estrategia educativa adaptada y validada culturalmente ha aumentado el conocimiento significativamente sobre prevención de VIH en la población de estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Public Health Agency of Canada. HIV/AIDS Epi updates. Ottawa: Health Canada; 2010.
2. Shea B, Aspin C, Ward J, Archibald C, Dickson N, McDonald A, et al. HIV diagnoses in indigenous peoples: comparison of Australia, Canada and New Zealand. *Int Health*. 2011; 3(3):193-8
3. Minority Rights Group International. State of the world's minorities and Indigenous peoples 2013: focus on health. London: Minority Rights Group; 2013.
4. Marmot M. Dignity and inequality. *Lancet*. 2004; 364(9439):1019-21.
5. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TA, Taylor S, Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661-9.
6. Reading J, Halseth R. Pathways to improving well-being for indigenous peoples: how living conditions decide health. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health; 2013.
7. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). Estudio de prevalencia de Sífilis/VIH y conocimiento, prácticas y actitudes de la población indígena en 3 ejes geográficos del Paraguay. [Consultado 14 de mayo de 2017].
8. Mikhailovich K, Arabena K. Evaluating an indigenous sexual health peer education project. *Health Promot J Austr*. 2005 Dec; 16(3):189-93.
9. Maier E. Educación para la prevención del VIH-SIDA para inmigrantes indígenas en Baja California. *Región y sociedad*. 2007; 19(40):3-37
10. World Health Organization (WHO). HIV/AIDS. [Consultado 14 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/en/>
11. Franco-Giraldo Á. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Facultad Nacional de Salud Pública*. 2015;33(3): 414-424.
12. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud para todos en el siglo XXI. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
13. Organización Panamericana de la Salud (OMS). Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. 2008.
14. Amon J, Brown T, Hogle J, MacNeil J, Magnani R, Mills S. Encuestas de Vigilancia del Comportamiento EVC. Directrices para encuestas del comportamiento repetidas en poblaciones en riesgo al VIH. *Family Health International*. 2000.
15. Grad FP. The Preamble of the Constitution of the World Health Organization. *Bull World Health Organ*. 2002; 80(12):981-4.
16. World Health Organisation. The World Health Report 2008: Primary health care now more than ever. Geneva: WHO; 2008
17. Aspin C, Brown N, Jowsey T, Yen L, Leeder S. Strategic approaches to enhanced health service delivery for Aboriginal and Torres Strait Islander people with chronic illness: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2012 Jun 8; 12():143.
18. Ponce P, Núñez Noriega G. "Pueblos indígenas y VIH-Sida." *Desacatos*. 2011; 35: 7-10