



Números publicados

Búsqueda documentos

Modelo de acompañamiento para la implementación efectiva de programas para prevenir el VIH/SIDA

María Antonieta *Olvera Blanco*,¹ Raquel Alicia *Benavides Torres*,¹ Rosa María Cruz Castruita,¹ Fuensanta *López Rosales*,² Dora Julia *Onofre Rodríguez*,¹ María Aracely *Márquez Vega*¹

(1) Facultad de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud. Monterrey, México. (2) Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey, México. Centro de Investigación y Desarrollo en Ciencias de la Salud. Monterrey, México

Correspondencia: Av. Carlos Canseco s/n, con Ave. Gonzalitos, Col. Mitras Centro, 64460, Monterrey, México

Manuscrito recibido el 26.5.2012
Manuscrito aceptado el 1.10.2012

Evidentia 2013 ene-mar; 10(41)

Resumen

El presente artículo explica el proceso de la implementación efectiva para programas de prevención de VIH/SIDA a través del acompañamiento, se utilizó el método de derivación de teoría propuesto por Fawcett. La teoría de rango medio propuesta contempla 1) factores comunitarios: cambios en la comunidad, tipo de estructura familiar, ocupación de los adolescentes, prevalencia de infecciones de transmisión sexual y aspectos de financiamiento, 2) características del facilitador: características sociodemográficas, autoeficacia, experiencia previa, conocimiento sobre prevención de VIH/SIDA y beneficios percibidos del programa, 3) sistema de entrega: visión, ambiente de trabajo y estructura del centro de salud, experiencia del facilitador y entrenamiento, 4) sistema de apoyo: acciones que el guía proporciona al facilitador para la prevención del VIH/SIDA; e 5) implementación efectiva: variable resultado del acompañamiento del guía durante el proceso de implementación.

Abstract (Partnership model for effective implementation of programs to prevent HIV/AIDS)

This research explains the process of effective implementation of programs to prevent HIV/AIDS through partnership, using the method of derivation of middle range theory proposed by Fawcett. The middle range theory proposed in this paper contains the following, 1) community factors: community changes, type of family structure, adolescent's occupation, prevalence of sexually transmitted infections, and financial aspects, 2) characteristics of the facilitator: socio-demographic characteristics, self-efficacy, previous experience, knowledge of HIV/AIDS, and perceived program benefits, 3) delivery systems: vision, work environment, and structure of the health center, facilitator experience and training, 4) support system: actions that the guide provides to the facilitator for the prevention of HIV/AIDS, and 5) effective implementation: outcome variable of partnership of the guide provider during the process of implementation.

Palabras clave: Implementación/ Prevención/ VIH/ Adolescentes/ Comunidad.

Key-words: Implementation/ Prevention/ HIV/ Adolescents/ Community.

Introducción

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es provocado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), mismo que continua siendo un serio problema de salud pública. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas en VIH/SIDA¹ estimó un incremento del 27% por esta infección del año 1999 al 2009. En América Latina y el Caribe tienen una epidemia más reciente, existen alrededor de 2.1 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, siendo el grupo de 15 a 24 años, el más vulnerable.^{2,3} De acuerdo con los reportes del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, México ocupó el segundo lugar en el número de casos de VIH/SIDA en el año 2009, de los cuales el 48.6 % se infectó en la adolescencia y el 90% de los casos fue por contacto sexual.^{4,5} Se puede afirmar, que las infecciones por VIH/SIDA son un riesgo latente para los adolescentes y un significativo problema para este grupo poblacional.

Los adolescentes son vulnerables al VIH/SIDA al encontrarse en un período de transición entre la infancia a la edad adulta, tienden a experimentar formas peligrosas de comportamiento, a menudo sin percibir el peligro.⁶ Entre los factores que ponen a los adolescentes en mayor riesgo de infección al VIH/SIDA circunscriben actividad sexual a temprana edad,⁷ las relaciones sexuales sin protección,⁸⁻¹¹ experimentación bajo los efectos de alguna droga,⁸ compartir agujas para uso de drogas o tatuajes¹² y multiplicidad de parejas sexuales;^{8,9} estas situaciones de riesgo replantean el entendimiento sobre cuestiones fundamentales para continuar abordando a la población adolescente e implementar programas sobre conocimiento, prevención y transmisión del VIH/SIDA en las comunidades.

Para disminuir el número de casos de VIH/SIDA, investigadores y profesionales de salud han desarrollado intervenciones para reducir conductas de riesgo entre los adolescentes. Estas intervenciones han abordado aspectos sobre prevención del VIH/SIDA, uso del condón e incremento del conocimiento relacionado a esta infección.¹³⁻¹⁷ Existe evidencia que al término de las investigaciones los profesionales de salud no continúan con el sostenimiento de los programas. Preexisten varias causas que afectan a este hecho como falta de apoyo por parte del investigador, término y falta de fidelidad de la intervención;¹⁸⁻²¹ poco se sabe sobre los factores que afectan el mantenimiento de las intervenciones en la práctica clínica enfocadas hacia la prevención de VIH/SIDA en los adolescentes.

Durlak y DuPre²² consideran a proveedores, comunidades, sistemas de entrega y apoyo para la prevención como efectivos para lograr la implementación, ofrecen un marco para acercar la evidencia científica a la práctica. Existe evidencia que algunas investigaciones solo han considerado algunos aspectos mencionados anteriormente o se quedan a nivel teórico sin poder observar como se pueden comportar estos sistemas para implementar efectivamente programas de salud²⁰⁻²⁵ y ser fortalecidos por medio de un programa de acompañamiento. De acuerdo a lo anterior surge el siguiente propósito: describir un modelo de acompañamiento para la implementación de programas para la prevención del VIH/SIDA.

Para la derivación de la teoría se utilizó el método establecido por Fawcett²⁶ por medio de cinco pasos: 1) identificación de los constructos de interés para la teoría de rango medio, 2) clasificación de los conceptos de la teoría de rango medio, 3) identificación y clasificación de las proposiciones de la teoría de rango medio propuesta, 4) ordenamiento jerárquico de las proposiciones y 5) construcción del diagrama [*Figura 1*]. En la estructura de la edificación del diagrama, los constructos de la teoría se encuentran en el nivel más abstracto de la estructura. La teoría que se ha generado está en el nivel intermedio y los métodos de investigación empíricos utilizados para recopilar y analizar los datos se encuentran en el nivel más concreto.²⁶

Estrategias para la selección de la teoría

Según Fawcett,²⁶ una teoría de rango medio debe poseer una base empírica. Por lo tanto, se inicia con revisión de la literatura sobre un tema de interés,²⁷ en este caso, sobre implementación efectiva, que aspectos involucra este proceso y cuáles modelos tratan sobre este tópico. De acuerdo con la revisión de la literatura, se seleccionó el modelo de Durlak y DuPre²² donde consideran a cuatro factores (proveedores, comunidades, sistema de entrega para la prevención y sistema de apoyo para la prevención) para la implementación efectiva. El análisis de este modelo aportó valiosa información respecto a la variedad de

factores que aquejan el proceso de implementación;^{22,28-30} un eslabón importante en la conexión entre el sistema de apoyo y de entrega es el acompañamiento, para fortalecer el modelo y tener mayor probabilidad de éxito en la implementación efectiva de los programas de prevención de VIH/SIDA, por lo tanto se analizó la teoría de comunidad como compañero de Anderson y McFarlane,³¹ el cual tiene su origen en el modelo de Neuman.³² A continuación se explica primero el modelo de implementación efectiva de Durlak y DuPre, posteriormente los constructos utilizados del modelo de comunidad como compañero de Anderson y McFarlane.

Durlak y DuPre,²² consideran las características de los proveedores, que se relacionan con la implementación, como son las percepciones sobre las necesidades, beneficios, actitudes, experiencias, autoeficacia y habilidades para emplear la metodología propuesta en la implementación de programas.²² La percepción de la necesidad de innovación se refiere a la pertinencia de la innovación de acuerdo a las necesidades locales; la percepción de los beneficios de innovación trata el grado donde la innovación logrará los efectos deseados a nivel local; considerando además las actitudes que se tienen hacia los programas; experiencia en la aplicación de programas preventivos; auto-eficacia que los proveedores perciben para poder realizar lo esperado y habilidades necesarias para realizar la implementación.

Además, los autores involucran el sistema de entrega para la prevención, expresada como la implementación de la innovación con fidelidad en escenarios de la práctica, donde incluyen: 1) factores de la organización general, 2) prácticas y procesos de la organización específica y 3) consideraciones específicas del personal.²² 1) Los factores de la organización general, precisan la variedad de características de la organización para la implementación exitosa, las cuales incluye liderazgo, visión, metas del programa, comités, tamaño, estructura, clima, habilidades para planear, implementar y evaluar. El clima positivo de trabajo, puede ser evaluado mediante un muestreo de opiniones de los diferentes trabajadores referente a moral, confianza y métodos para la resolución en desacuerdos; normas de organización respecto al cambio, se detalla la reputación colectiva y las normas en manos de una organización en relación al deseo de probar nuevos enfoques en lugar de mantener el estado actual; integración del nuevo programa describe el grado que una organización puede incorporar una innovación en sus prácticas y rutinas existentes; la visión comparada se refiere a la medida en que los miembros de la organización están unidos en relación con el valor y el propósito de la innovación. 2) Las prácticas y procesos de la organización específica, involucra compartir la toma de decisiones, medida en las partes interesadas (proveedores, administradores, investigadores y miembros de la comunidad) colaboran en la determinación de qué y cómo se llevará a cabo la implementación; coordinación con otros organismos indicando la cooperación y colaboración entre los organismos locales que puedan aportar diferentes perspectivas, habilidades y recursos para influir en la implementación del programa; la comunicación tiene mecanismos eficaces para fomentar la comunicación frecuente y abierta; la formulación de tareas como los procedimientos que mejoran la planificación estratégica y contienen funciones y responsabilidades claras en relación al logro de tareas. 3) Consideraciones específicas del personal, señala la dotación de personal necesario con habilidades específicas y con disponibilidad. Esta característica considera el liderazgo como primordial para la fijación de prioridades, establecer consenso, incentivos y gestión del proceso general de implementación; el programa de campeón se refiere a la persona de confianza y respetada tanto por el personal como los administradores, que mantiene el apoyo a la innovación y negocia la solución de problemas desarrollados; apoyo gerencial, supervisión y gerencial describe a la medida de la alta gerencia y los supervisores inmediatos apoyan claramente y alientan a los proveedores durante la implementación.

Asimismo, los autores involucran el sistema de apoyo para la prevención, refiriéndose a los esfuerzos para apoyar el trabajo de aquellos que ponen en práctica la innovación, puede brindarse a través del entrenamiento y asistencia técnica.²² El entrenamiento asegura competencias, provee habilidades necesarias para llevar a cabo la intervención y mejora el sentido de auto-eficacia de los proveedores; la asistencia técnica implica la combinación de recursos que se ofrecen a los proveedores una vez iniciada la implementación y puede incluir reentrenamiento en ciertas habilidades, entrenamiento al nuevo equipo, apoyo emocional y mecanismos para promover la solución de problemas.

Por último, el resultado final de esta investigación es la implementación efectiva, se define como la interacción efectiva entre la innovación, proveedores, comunidades, sistema de entrega para la prevención y sistema de apoyo para la prevención para llevar a cabo la intervención conforme a lo planeado.²²

Otros aspectos a considerar para fortalecer la implementación efectiva del modelo de Durlak y DuPre,²² es la comunidad como compañero de Anderson y McFarlane.³¹ La comunidad como compañero, se define como la construcción de relaciones efectivas de acompañamiento a través de la participación comunitaria,³¹ este constructo fortalece a los sistemas de entrega para la prevención y sistema de apoyo para la prevención propuestos por Durlak y DuPre²² en su modelo de implementación efectiva. Asimismo, se consideran los factores de la comunidad como contexto de la comunidad como historia y demografía que

pueden afectar la implementación del programa. Describe la historia como el conocimiento a cerca de la comunidad; la demografía explica el tipo de gente y familias que viven en la comunidad.³¹ A continuación se presenta la derivación de los factores seleccionados que pueden interferir con la implementación efectiva.

Derivación de la teoría de rango medio

Los constructos del modelo fueron seleccionados del modelo para la implementación efectiva de Durlak y DuPre²² incluye: proveedores, sistema de entrega para la prevención y sistema de apoyo para la prevención. El constructo de comunidad como compañero y factores de la comunidad del modelo Anderson y McFarlane,³¹ fueron considerados dentro de la derivación de la teoría.

El considerar cierto perfil de una persona puede contribuir para facilitar el proceso de implementación del programa, nombrado como características del facilitador,^{22,29,30,33-38} para referirse a las cualidades únicas del facilitador tales como características sociodemográficas, autoeficacia, experiencia previa, conocimiento sobre prevención de VIH/SIDA y beneficios percibidos del programa. Dentro de las características demográficas se encuentran la edad definida como los años cumplidos del facilitador. El género como la característica biológica del facilitador, identificándolo como hombre o mujer. Escolaridad el grado más alto de estudios que haya cursado el facilitador. La experiencia previa señala la práctica que ha adquirido el facilitador en el trabajo con programas preventivos. Respecto al conocimiento, lo citamos como la suma de información que posee el facilitador respecto a la prevención del VIH/SIDA. Los beneficios percibidos es la importancia del programa para prevención del VIH/SIDA en los adolescentes. Las características del facilitador pueden influir en los factores comunitarios como en el sistema de entrega o el sistema de apoyo para la prevención del VIH/SIDA y afectar la implementación efectiva.

Respecto a los factores comunitarios,^{23-25,29,33-35,37,39-42} es prioritario realizar el análisis de la comunidad para determinar factores que favorecen o influyen en la implementación del programa. En este estudio factores comunitarios se define como los problemas del medio ambiente comunitario que pueden afectar la implementación del programa para prevención del VIH/SIDA, como cambios en la comunidad, el tipo de estructura familiar, ocupación de los adolescentes, prevalencia de infecciones de transmisión sexual y aspectos de financiamiento. Necesitamos conocer la historia del lugar donde se implementará el programa, el tipo de familia donde habita el adolescente y de que manera ocupa el tiempo los adolescentes. Además, es importante conocer qué aspectos financieros se poseen para la implementación del programa, entendiéndose como recursos (materiales, personal, económicos, instalaciones) necesarios para la implementación del programa. Estos factores comunitarios influyen en los sistemas de entrega^{19-21,23-25,28,29,33-37,40,41,43,44} y de apoyo^{20,21,23-25,28-30,33-37,40,41,43} para la prevención del VIH/SIDA.

Los programas para la prevención de enfermedades son útiles para trasladar a escenarios de la práctica, por cual, el sistema de entrega para la prevención del VIH/SIDA es el proceso de entrega del programa en las instituciones de salud según el protocolo establecido en el cual el facilitador lleva a cabo módulos y actividades acordes al currículo. Lo anterior requiere considerar la visión, ambiente de trabajo y estructura del centro de salud. Así mismo, es necesario que el personal que participe tenga experiencia en trabajo con adolescentes, manejo en temas de sexualidad y reciba un programa de entrenamiento. Dentro de este sistema de entrega para la prevención del VIH/SIDA se consideran los factores de la organización general, el cual implica los aspectos que pueden afectar la implementación del programa en los centros de salud tales como el ambiente comunitario y laboral, aceptación del programa, reclutamiento de facilitadores y adolescentes, compromisos con el programa; es preferente conocer la visión del centro de salud para direccionar la importancia del programa; valorar el ambiente laboral de los trabajadores del centro de salud para determinar la posibilidad de implementar el programa; contar con estructura física y funcional del centro de salud para llevar a cabo el programa.

El facilitador deberá conocer las prácticas y procesos de la organización específica, básicamente son actividades que realizan los facilitadores del programa antes (lugar, entrenamiento, dotación de recursos), durante (reclutamiento, retención de participantes, impartición de sesiones) y después (continuar con el programa en la institución) de la implementación; es trascendental compartir la toma de decisiones, acuerdos entre facilitadores, investigadores, instituciones y adolescentes para implementar el programa; además contar con un sistema efectivo de comunicación, medio que mantendrán la información entre el guía, el facilitador y el centro de salud referente a la implementación del programa. Asimismo la transmisión de los contenidos del currículo del facilitador hacia los adolescentes. El contar con cierto perfil para implementar el programa han sido incluido en las consideraciones específicas del personal, el facilitador debe poseer cualidades para implementar el programa, tales como: experiencia en trabajo con adolescentes, manejo en temas de sexualidad y que reciban un programa de entrenamiento. El liderazgo, es fundamental para establecer acuerdos sobre la implementación del programa entre el guía y el centro de salud;

contar con el apoyo gerencial, supervisión y gerencial, autorización de la Institución de Salud para la realización del programa en los centros de salud y reclutar a los facilitadores para recibir el programa de entrenamiento para después implementar el programa para prevención del VIH/SIDA.

Después de haber cubiertos los factores de la organización general de manera positiva y que reflejen disponibilidad para la implementación, continúa el sistema de apoyo para la prevención del VIH/SIDA, el cual indica las acciones que el guía proporciona al facilitador para simplificar la implementación de programas por medio de un programa de acompañamiento. Contando con los recursos necesarios, se prepara a los facilitadores de manera efectiva para sus nuevas tareas para la implementación del programa dando pauta al entrenamiento, proceso para adquirir conocimientos para la prevención del VIH/SIDA y habilidades para implementar el programa. El entrenamiento incluye estrategias creativas de enseñanza como juegos de rol, música, juegos, actividades prácticas y técnicas como el uso correcto del condón y retroalimentación sobre el desempeño que adquirió el facilitador durante el entrenamiento. Otro elemento aunado a este sistema, es asistencia técnica medios que se provee al facilitador una vez iniciado la implementación del programa, como reentrenamiento en donde refiera reforzamiento, comunicación, materiales didácticos, ayuda para mantener la motivación y el compromiso de los facilitadores además mejorar sus habilidades en los niveles donde sea necesario y apoyar en la toma de decisiones.

Para el logro de lo anteriormente mencionado, se requiere de un gran esfuerzo, se necesita crear coaliciones de participación entre el guía y el facilitador para conjuntar las fuerzas y conocimientos teórico-prácticos en apoyo a la implementación del programa. Este deberá ser un proceso activo donde se escuchen las opiniones entre el guía y el facilitador. Por tal motivo, se propone el acompañamiento, papel que el guía funge para fortalecer los sistemas de entrega y de apoyo para la prevención del VIH/SIDA durante el proceso de implementación del programa, influyendo en ambos sistemas para el logro de la implementación efectiva.^{19-25,28-30,33-37,39-45}

La implementación efectiva es el resultado del programa de acompañamiento exitoso para la implementación del programa donde participan factores comunitarios, características del facilitador, sistemas de entrega y de apoyo para la prevención del VIH/SIDA. En seguida se aprecia la construcción del diagrama de la creación de la derivación de la teoría de rango medio [*Figura 1*].

En base a los conceptos previamente derivados, se propone un Modelo de Acompañamiento para la Implementación Efectiva, mismo que ofrecerá fundamento teórico para la implementación de programas para prevención del VIH/SIDA [*Figura 2*].

Modelo de acompañamiento para la implementación efectiva

El estudio del acompañamiento como parte del proceso de la implementación efectiva no ha sido estudiado y prende fortalecer a los sistemas de entrega y apoyo para la prevención del VIH/SIDA por medio del guía quien fungirá como elemento clave para cubrir ambos sistemas y lograr la implementación del programa en los centros de salud y que cada vez más adolescentes conozcan maneras efectivas para prevenir el riesgo del VIH/SIDA. El modelo comprende diferentes conceptos tales como factores comunitarios, características del facilitador, sistemas de entrega y apoyo para la prevención del VIH/SIDA y el acompañamiento para lograr la implementación efectiva.

El modelo contiene pilares clave para lograr la implementación efectiva, como el sistema de entrega para la prevención del VIH/SIDA relacionadas con los factores de la organización general, prácticas y procesos de la organización específica y consideraciones específicas del personal, a su vez, el sistema de apoyo para la prevención del VIH/SIDA relacionadas con el entrenamiento y la asistencia técnica son fortalecidos por el acompañamiento y lograr efectos favorables en la implementación. También el éxito en la implementación de un programa depende de los factores que están presentes en este modelo como son factores comunitarios y características del facilitador, la línea continua indica que estas variables pueden interactuar con los sistemas de entrega y de apoyo para la prevención del VIH/SIDA que pueden interferir en la implementación efectiva estas relaciones se pueden apreciar en la *Figura 2*.

Con el modelo mencionado anteriormente se establecen las siguientes proposiciones: la primera proposición se refiere a los factores comunitarios, estos influyen en las características del facilitador, sistema de entrega para la prevención del VIH/SIDA, sistema de apoyo para la prevención del VIH/SIDA en la implementación efectiva. La segunda proposición corresponde a los factores comunitarios, los cuales influyen directamente en la implementación efectiva. La tercera proposición se refiere a las

características del facilitador, sistemas de entrega y apoyo para la prevención del VIH/SIDA influyen en la implementación efectiva. La cuarta proposición trata que el acompañamiento influye en los sistemas de entrega y apoyo para la prevención del VIH/SIDA respecto a la implementación efectiva.

Instrumentos

En esta sección se describen los doce instrumentos citados como indicadores empíricos mencionados dentro de la derivación de teoría.

- 1) Cédula de datos demográficos, se usará para recolectar la información respecto a las características del profesional antes de iniciar con el entrenamiento.
- 2) Guía de valoración para indagar sobre los factores comunitarios, contiene 22 ítems de respuesta abierta, es prioritario aplicar antes de iniciar con el programa.⁴⁶
- 3) Formato de fidelidad, se aplicará para el sistema de entrega para la prevención del VIH/SIDA, este instrumento consta de seis secciones cuya opción de respuesta es dicotómica y con apartado para observaciones, donde se monitorea las actividades desempeñadas por el facilitador durante el programa.⁴⁷
- 4) Mediciones de fidelidad en la implementación, el instrumento está compuesto por cuatro componentes que incluye: adherencia, dosis, capacidad de respuesta de los participantes y supervisión del programa, organizadas en 26 ítems con escala de respuesta dicotómicas, cerradas y abiertas, seccionadas para el guía, facilitador y adolescente, se contesta al finalizar el programa.³⁷ El sistema de apoyo para la prevención del VIH/SIDA, se propone la evaluación del entrenamiento (pre y pos test) y asistencia técnica antes de iniciar con el programa.
- 5) El pre-test posee tres secciones, la primera, comprende 10 ítems de información general con diferentes tipos de respuesta. La segunda, trata sobre conocimiento de embarazo, SIDA y ETS, estructurado por 24 ítems tricotómicos (verdadero/falso/no sé). La última sección, se refiere a la auto-eficacia del proceso de facilitación, consta de 15 reactivos tipo Likert, con cinco opciones de respuesta que van desde 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo).⁴⁸
- 6) El pos test, la primera parte contiene información sobre conocimiento de embarazo, SIDA y ETS, descrito anteriormente. La segunda parte, corresponde a la auto-eficacia del proceso de facilitación, de igual forma considerada en el pre-test. La tercera parte, pertenece a eficacia de resultado, conformado por 14 ítems tipo Likert que incluye 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). La cuarta parte, se refiere a las conductas, contiene 5 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert del 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo). La quinta parte, estudia la auto-eficacia, involucra 9 ítems, tipo Likert de cinco puntos del 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo), explora la capacidad percibida para implementar el programa con el uso del manual.⁴⁸
- 7) Asistencia técnica consta de 36 preguntas, las alternativas de respuesta son cinco aspectos del 1 al 5 (1 = muy de acuerdo, 5 = muy en desacuerdo). La primera sección, evalúa la satisfacción del cliente sobre los servicios; la segunda sección, corresponde a la experiencia de los encuestados sobre el marco de llegar a los resultados; la tercera sección, mide la accesibilidad del proveedor de asistencia técnica. En la cuarta sección, se refieren a la dificultad percibida de llevar a cabo actividades relacionadas para llegar a los resultados; y la quinta sección, indica la dificultad percibida en las tareas de evaluación en el futuro, las últimas secciones ofrecen opciones de respuesta como 1 (nada difícil) a 5 (muy difícil).⁴⁴
- 8) Acompañamiento identifica los puntos fuertes de la asociación y las debilidades en las áreas que se sabe que están relacionados con la sinergia respecto a liderazgo, eficiencia, dotación de recursos, administración y gestión. El instrumento contiene 38 ítems con diferentes tipos de respuesta.⁴⁹ Para la implementación efectiva se utilizará:
- 9) Pre test y 10) Pos test de conocimientos se refieren a los conocimientos sobre embarazo, SIDA y ETS para adolescentes; está conformado por 24 ítems de tricotómicos, se aplicará al inicio y al final del programa.⁵⁰

11) Evaluación del día, indaga sobre las actividades y desempeño del facilitador, el adolescente llenará este instrumento a la mitad del programa, este instrumento se compone de 20 ítems con diferentes tipos de respuestas.⁵¹

12) Evaluación del final del día, valora aspectos de las sesiones al finalizar el programa, este instrumento se aplica al facilitador, consta de 29 preguntas con escala de 1 (completamente en desacuerdo) al 5 (completamente de acuerdo).⁵¹

Consideraciones finales

El modelo de acompañamiento para la implementación efectiva, sirve como herramienta fundamental cuando se decide implementar algún programa para la prevención del VIH/SIDA, este modelo científico puede ser sometido a la práctica para lograr un mayor impacto en los programas de prevención de VIH/SIDA o en otro tipo de programas de salud. La derivación de la teoría de rango medio fue realizada con el fin de deducir el modelo de acompañamiento para la implementación efectiva a partir de dos modelos existentes (implementación efectiva y comunidad como compañero), guiado por los indicadores empíricos para su medición y las relaciones hipotéticas entre las variables, sería muy valioso que la derivación propuesta sea usada para la implementación entre investigadores y profesionales de salud.

La implementación no es un suceso estacionario, sino un proceso en constante movimiento, por ello es importante realizar mediciones en diferentes momentos de la misma para realizar adecuación durante su sostenimiento. Cada proceso de evaluación tiene su nivel de competencia que pudieran guiar, planificar y evaluar el acompañamiento para la implementación efectiva entre el investigador, guía y facilitador.

Referencias

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2010. Geneva; 2010 Contract No.: WC 503.4.
2. Fondo de las Naciones Unidas (UNFAN). STIs: breaking the cycle of transmission. New York; 2004.
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). AIDS epidemic update: November 2009. Geneva: UNAIDS; 2009. WC 503.41.
4. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). El VIH/SIDA en México 2009. México, DF: CENSIDA; 2009.
5. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). Casos nuevos y acumulados de SIDA en jóvenes (15-29 años), por categoría de transmisión y sexo. México, DF: CENSIDA; 2010.
6. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV, Other STD, and Pregnancy Prevention Education in Public Secondary Schools - 45 States, 2008-2010. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2012; 61:222-228.
7. Ayala-Castellanos MM, Vizmanos-Lamotte B, Portillo-Dávalos RA. Salud sexual y reproductiva en adolescentes de escuela secundaria en Guadalajara, México. Ginecología y Obstetricia de México. 2011; 79(2):86-92.
8. Piña LJA. Predictores del comportamiento sexual con múltiples parejas en estudiantes de educación superior: un análisis por género. Acta Colombiana de Psicología. 2009; 12(1):53-65.
9. Robles MS, Piña LJA, Moreno RD. Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral y anal. Anales de Psicología. 2006; 22(002):200-204.
10. Jiménez GMI. Comunicación sexual en adolescentes y su implicación en la consistencia del uso del condón. Enseñanza e Investigación en Psicología. 2010; 15(1):107-129.
11. Peralta CE, Rodríguez ML. Relación del uso de condón con factores disposicionales y mediacionales en adolescentes. Psicología y Salud. 2007; 17:179-189.
12. Hosseini M, SeyedAlinaghi S, Kheirandish P, Esmaeli Javid G, Shirzad H, Karami N, et al. Prevalence and correlates of co-infection with human immunodeficiency virus and hepatitis C virus in male injection drug users in Iran. Arch Iran Med. 2010; 13(4):318-323.
13. Albarracin J, Albarracin D, Durantini M. Effects of HIV-prevention interventions for samples with higher and lower percents of Latinos and Latin Americans: a meta-analysis of change in condom use and knowledge. AIDS Behav. 2008; 12(4):521-543.
14. Gallegos E, Villarruel A, Loveland-Cherry C, Ronis D, Yan Zhou M. [Intervention to reduce adolescents sexual risk behaviors: a randomized controlled trial]. Salud Publica Mex. 2008; 50(1):59-66.
15. Huedo-Medina TB, Boynton MH, Warren MR, Lacroix JM, Carey MP, Johnson BT. Efficacy of HIV prevention interventions in Latin American and Caribbean nations, 1995-2008: a meta-analysis. AIDS Behav. 2010; 14(6):1237-1251.

16. Martinez-Donate AP, Hovell MF, Zellner J, Sipan CL, Blumberg EJ, Carrizosa C. Evaluation of two school-based HIV prevention interventions in the border city of Tijuana, Mexico. *J Sex Res.* 2004; 41(3):267-278.
17. Vergidis PI, Falagas ME. Meta-analyses on behavioral interventions to reduce the risk of transmission of HIV. *Infect Dis Clin North Am.* 2009; 23(2):309-314.
18. Benavides TRA. Programa para prevenir el VIH/SIDA en comunidades con adolescentes en situación de la calle en Monterrey y su área metropolitana. 2011.
19. Dusenbury L, Brannigan R, Falco M, Hansen WB. A review of research on fidelity of implementation: implications for drug abuse prevention in school settings. *Health Educ Res.* 2003; 18(2):237-256.
20. Fagan AA, Hanson K, Hawkins JD, Arthur MW. Bridging science to practice: achieving prevention program implementation fidelity in the community youth development study. *Am J Community Psychol.* 2008; 41(3-4):235-249.
21. Mueller TE, Castaneda CA, Sainer S, Martinez D, Herbst JH, Wilkes AL, et al. The implementation of a culturally based HIV sexual risk reduction program for Latino youth in a Denver area high school. *AIDS Educ Prev.* 2009; 21(5 Suppl):164-170.
22. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol.* 2008; 41(3-4):327-350.
23. Villarruel AM, Gal TL, Eakin BL, Wilkes A, Herbst JH. From research to practice: the importance of community collaboration in the translation process. *Res Theory Nurs Pract.* 2010; 24(1):25-34.
24. Wandersman A, Duffy J, Flaspohler P, Noonan R, Lubell K, Stillman L, et al. Bridging the gap between prevention research and practice: the interactive systems framework for dissemination and implementation. *Am J Community Psychol.* 2008; 41(3-4):171-181.
25. Saul J, Duffy J, Noonan R, Lubell K, Wandersman A, Flaspohler P, et al. Bridging science and practice in violence prevention: addressing ten key challenges. *Am J Community Psychol.* 2008; 41(3-4):197-205.
26. Fawcett J. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 2nd ed. Philadelphia: F. A. Davis Company; 2005.
27. Walker LO, Avant KC. Strategies for theory construction in nursing. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice Hall; 2005.
28. Fixsen DL, Naoom SF, Blase KA, Friedman RM, Wallace F. Implementation research: A synthesis of the literature. Tampa, Florida: University of South Florida; 2005. Disponible en: <http://ctndisseminacionlibrary.org/PDF/nirmonograph.pdf> [Consultado el 15.2.2012].
29. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004; 82(4):581-629.
30. Stith S, Pruitt I, Dees JE, Fronce M, Green N, Som A, et al. Implementing community-based prevention programming: a review of the literature. *J Prim Prev.* 2006; 27(6):599-617.
31. Anderson E, McFarlane J. Community as partner: Theory and practice in nursing. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.
32. Neuman B. The Neuman systems model. 3rd ed. Norwalk, CT: Appleton & Lange; 1995.
33. Livet M, Courser M, Wandersman A. The prevention delivery system: organizational context and use of comprehensive programming frameworks. *Am J Community Psychol.* 2008; 41(3-4):361-378.
34. Payne AA, Eckert R. The relative importance of provider, program, school, and community predictors of the implementation quality of school-based prevention programs. *Prev Sci.* 2010; 11(2):126-141.
35. Payne AA, Gottfredson DC, Gottfredson GD. School predictors of the intensity of implementation of school-based prevention programs: results from a national study. *Prev Sci.* 2006; 7(2):225-237.
36. Spoth R, Gyll M, Redmond C, Greenberg M, Feinberg M. Six-year sustainability of evidence-based intervention implementation quality by community-university partnerships: the PROSPER study. *Am J Community Psychol.* 2011; 48(3-4):412-425.
37. Fagan AA, Hanson K, Briney JS, David Hawkins J. Sustaining the Utilization and High Quality Implementation of Tested and Effective Prevention Programs Using the Communities That Care Prevention System. *Am J Community Psychol.* 2012; 49(3-4):365-377.
38. Gázquez PM, García-del Castillo JA, Ruíz AI. Importancia de la fidelidad en la implementación de programas escolares para prevenir el consumo de drogas. *Health and Addictions.* 2011; 11(1):51-69.
39. Lunn LM, Heflinger CA, Wang W, Greenbaum PE, Kutash K, Boothroyd RA, et al. Community characteristics and implementation factors associated with effective systems of care. *J Behav Health Serv Res.* 2011; 38(3):327-341.
40. Turner KM, Nicholson JM, Sanders MR. The role of practitioner self-efficacy, training, program and workplace factors on the implementation of an evidence-based parenting intervention in primary care. *J Prim Prev.* 2011; 32(2):95-112.
41. Villarruel AM, Zhou Y, Gallegos EC, Ronis DL. Examining long-term effects of Cuídate-a sexual risk reduction program in Mexican youth. *Rev Panam Salud Pública.* 2010; 27(5):345-351.
42. Kegeles SM, Rebchook G, Pollack L, Huebner D, Tebbetts S, Hamiga J, et al. An intervention to help community-based organizations implement an evidence-based HIV prevention intervention: the Empowerment Project technology exchange

system. *Am J Community Psychol.* 2012; 49(1-2):182-198.

43. Chinman M, Hunter SB, Ebener P, Paddock SM, Stillman L, Imm P, et al. The getting to outcomes demonstration and evaluation: an illustration of the prevention support system. *Am J Community Psychol.* 2008; 41(3-4):206-224.

44. Hunter SB, Chinman M, Ebener P, Imm P, Wandersman A, Ryan GW. Technical assistance as a prevention capacity-building tool: a demonstration using the getting to outcomes framework. *Health Educ Behav.* 2009; 36(5):810-828.

45. Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci.* 2009; 4:67.

46. Anderson E, McFarlane J. *Community Factors*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott; 2000.

47. Benavides TRA, Villarruel AM. Implementación de un programa basado en la cultura para reducir los comportamientos sexuales entre adolescentes mexicanos: resultados preliminares. *CENSIIDA-252*; 2011.

48. Villarruel AM, Jemmott JB, Jemmott LS. A randomized controlled trial testing an HIV prevention intervention for Latino youth. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006; 160(8):772-777.

49. Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health. Partnership self-assessment tool. 2006. Disponible en: <http://cacsh.org/pdf/psatquestionnaire.pdf> [Consultado el 22.1.2012].

50. Villarruel AM, Jemmott JB, Jemmott LS, Ronis DL. Predictors of sexual intercourse and condom use intentions among Spanish-dominant Latino youth: a test of the planned behavior theory. *Nurs Res.* 2004; 53(3):172-181.

51. Villarruel, AM. Proposal of intervention to prevent HIV/AIDS among adolescents. *PHS*; 2002.

Anexos

Figura 1. Estructura teórico conceptual empírico de la implementación efectiva

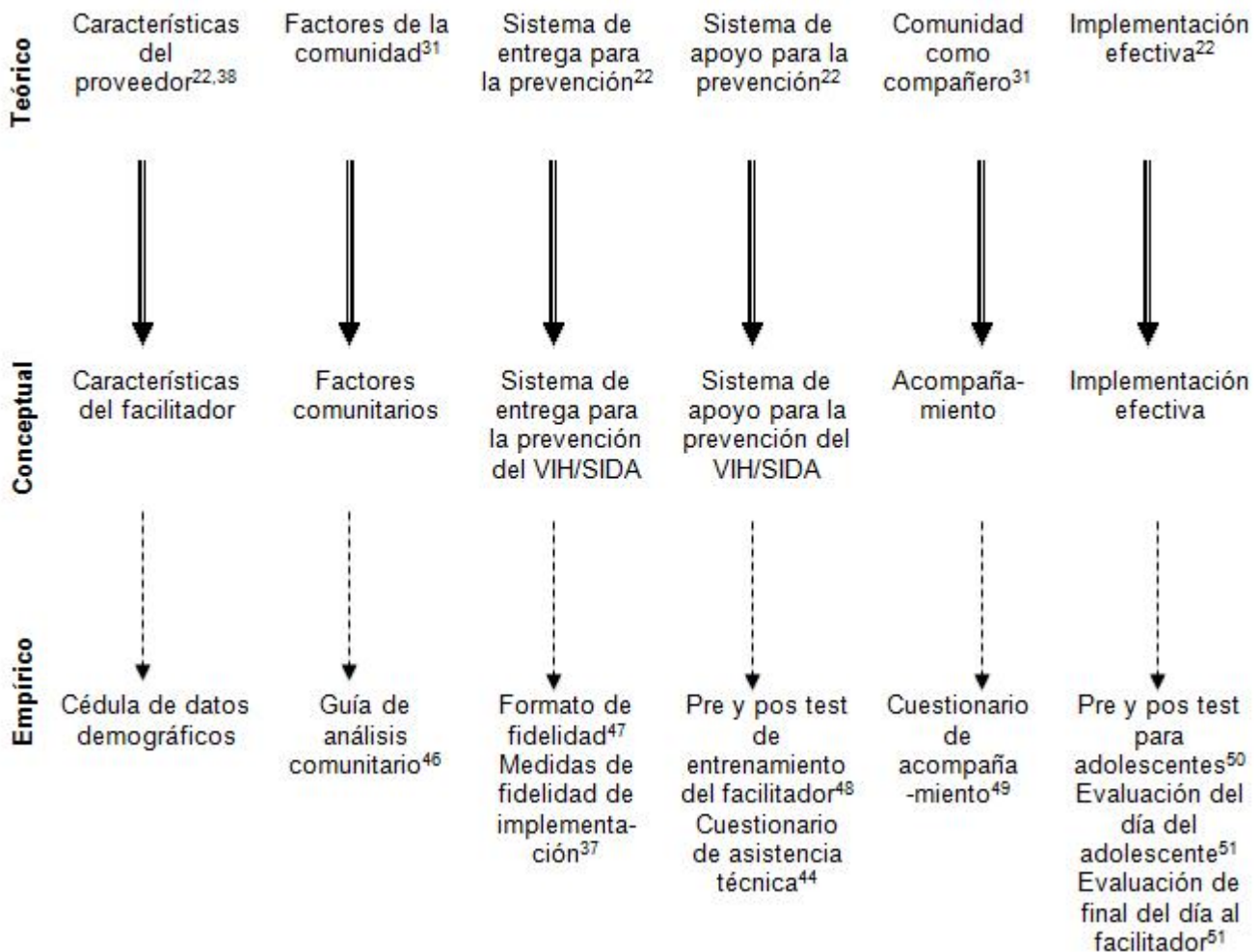


Figura 2. Modelo de acompañamiento para la implementación efectiva

