

2009

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS DE SALUD

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS
FUNCIONALES EN LA PREVENCIÓN DE LA TRASMISIÓN DEL VIH:
COMPARACIÓN DE TRES PAÍSES.

Presenta: Gustavo René García Vargas

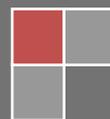
Código Alban Nº E07D403428MX

Septiembre 2008 / Septiembre 2009

Universidad de Almería

Tutor: Jesús Gil Roales-Nieto

Programa Oficial de Postgrado
Análisis Funcional en Contextos Clínicos y de la Salud

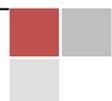


INTRODUCCIÓN

El Doctorado en Análisis funcional en Contextos Clínicos y de la Salud, permite ampliar el panorama de lo que hoy en día se hace en la Unión Europea, reconocida por ir a la vanguardia en temas de salud pública. En el ámbito profesional, esta oportunidad me permite contar con la asesoría de profesores reconocidos internacionalmente por sus investigaciones en la psicología clínica y de la salud, para la generación de nuevas técnicas y aplicaciones de la psicología de la salud en México.

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO REALIZADO**RESUMEN**

Teniendo como base un cuestionario para la evaluación de competencias funcionales en el área de la salud sexual y más específicamente para la prevención en la transmisión del VIH/SIDA, se identificaron los factores (morfología, personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio y/o prevención del VIH/SIDA. El cuestionario fue aplicado a 300 estudiantes, 100 de ellos de España, 100 de México y 100 de Hungría. Los resultados permitieron hacer una caracterización sobre los factores que influyen en el comportamiento de los participantes. En el caso de la muestra mexicana y húngara, un factor importante para no proponer medidas preventivas ante el contagio del VIH/SIDA, fue el miedo a recibir consecuencias negativas, para la muestra española, el tipo de prácticas sexuales aunado al no uso de condón como medida preventiva, fue el factor que los ubico en mayor riesgo. Al margen los datos ya reportados, los resultados de las tres muestras fueron muy homogéneos entre sí. Finalmente se obtuvo el índice de confiabilidad, a través del Alfa de Cronbach, para la muestra mexicana ($\alpha=.943$), para la muestra húngara ($\alpha=.886$) y para la muestra española ($\alpha=.920$). Las conclusiones giran en torno al rol funcional que tiene para las tres muestras, el tipo de práctica sexual, las personas que intervienen en la interacción, los factores situacionales y las consecuencias de los comportamientos de uno mismo y de los demás.



PROPÓSITOS Y OBJETIVOS DEL PROYECTO

Evaluación de competencias funcionales en la prevención de la transmisión del VIH

METODOLOGÍA**TIPO DE ESTUDIO**

Es un trabajo de investigación no-experimental o ex-post-facto retrospectivo, pues no se pretende manipular alguna variable de forma intencional (Montero y León, 2007).

DISEÑO DEL ESTUDIO

El diseño empleado fue un diseño no-experimental transeccional descriptivo. No-experimental, ya que no se manipularon de manera deliberada las variables. Transeccional, puesto que los datos se recolectaron en un sólo momento y descriptivo porque el objetivo fue indagar la incidencia y valores en que se manifiestan las variables (Hernández, Fernández y Batista, 2003).

PARTICIPANTES

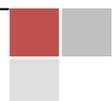
300 Participantes, de tres diferentes países (España, Hungría y México), que fueron seleccionados de forma aleatoria (Hernández, Fernández y Batista, 2003). Se eligió a todas las personas que se ofrecieran como voluntarios, toda vez que se les explicaba el objetivo del estudio, los criterios que se utilizaron para la aceptación de los sujetos participantes fueron: que estuvieran en una edad comprendida entre los 15 y 49 años de edad (población con mayor riesgo, según ONUSIDA, 2008), que supieran leer y escribir.

MATERIALES

Se emplearon 300 sobres tamaño media/carta, cada uno los cuales contenían un cuestionario. Papel y lápiz.

APARATOS

Se utilizó un ordenador portátil, con sistema operativo Windows XP para la captura, análisis y representación de los resultados, así como el programa estadístico PASW Statistics.



CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO

El Cuestionario consistió de 4 partes, 1) datos demográficos; 2) conocimientos generales sobre VIH/SIDA, 3) creencias y actitudes sobre el comportamiento sexual, y 4) evaluación de competencias funcionales.

VARIABLES DEMOGRÁFICAS

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Ocupación
- Preferencia sexual.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA TRASMISIÓN DEL VIH/SIDA

- Número de parejas sexuales
- Preferencia sexual
- Edad de debut sexual

VARIABLES INDEPENDIENTES

- **Versión del instrumento**

El “Cuestionario de evaluación de competencias en la prevención del VIH/SIDA”, fue aplicado a tres poblaciones distintas:

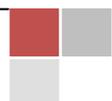
- ❖ Grupo 1. Población universitaria mexicana.
- ❖ Grupo 2. Población universitaria húngara.
- ❖ Grupo 3. Población universitaria española.

- **Información**

Se identificó la información en cantidad y la calidad, que las personas poseen en relación a la transmisión del VIH y sus formas de manifestarse. Cabe mencionar que para cumplir el objetivo planteado en este estudio, sólo se presentan los datos referentes a la cantidad de información

- **Actitudes**

Se identificaron las actitudes que los participantes tienen en torno al uso del condón y a las prácticas sexuales más comunes, en términos de búsqueda de sensaciones, aceptación social y ciertos comportamientos preventivos concretos.

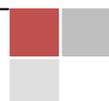


- **VARIABLES (categorías) relacionadas con la evaluación de competencias**
 - ❖ **Morfología.** Se refiere a las formas de respuesta del individuo y de las personas significativas en la interacción, es decir, lo que hace o no un individuo en la interacción analizada y lo que hacen los otros.
 - ❖ **Situaciones.** Se refiere al contexto en que se da un comportamiento en particular, específicamente en las inclinaciones y propensiones, que facilitan o interfieren con la presentación de determinado comportamiento.
 - ❖ **Personas.** Se refiere a la persona o personas y su (s) comportamiento (os) que estructuran la interacción. Esta variable designa de manera específica a la función comportamiento-mediado/comportamiento-mediador, que tienen las otras personas significativas para los participantes en la emisión de comportamiento de riesgo.
 - ❖ **Efectos.** Es la relación de consecuencia entre la morfología de conducta de un individuo y de los otros. En esta categoría se identificó la presencia de consecuencias negativas o bien la ausencia de éstos.

VARIABLES DEPENDIENTES

El puntaje máximo para cada una de las partes que componen el instrumento y un índice de competencia sexual que comprenda el total de las puntuaciones de instrumento, que permita hacer una fácil comparación visual. Dicho índice osciló entre 0 y 10, en donde valores cercanos a cero sugieren mayor competencia sexual y las cercanas a 10, menor competencia sexual o lo que es igual, mayor riesgo frente al contagio del VIH/SIDA.

Asimismo y considerando la existencia de procesos de comportamientos cualitativamente distintos, se describen, por medio de tres indicadores, el nivel funcional en que operan las competencias sexuales de los participantes del estudio, dichos indicadores fueron:



- Indicador de competencia en términos de creencias.

Son las interacciones donde el individuo responde a la situación en términos de su experiencia, información o creencias. Este tipo de interacción es susceptible, al igual que las anteriores, de etiquetarse como de riesgo o prevención. En las primeras se alude a acciones mediadas por creencias o conocimientos que facilitan o aumentan el riesgo de contraer una enfermedad, las segundas se refieren a acciones mediadas por creencias o información que disminuyen el riesgo de contagio del VIH/SIDA.

- Indicador de competencia en términos de ejecución de comportamientos de riesgo o prevención.

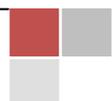
En éstas, a diferencia de las anteriores, el individuo produce cambios en la situación que constituyen consecuencias favorables o desfavorables al propio comportamiento del individuo. Asimismo, las interacciones en este nivel se pueden etiquetar como de riesgo y prevención dependiendo de la opción de respuesta elegida por el individuo en relación a la prevención del contagio del VIH/SIDA.

- Indicador de competencia sexual en términos de capacidad para proponer medidas de prevención o de competencia social.

Son interacciones donde el comportamiento del individuo es regulado por las relaciones que se dan en la interacción, es decir, son relaciones donde las acciones del individuo no afectan su medio y se representan por el seguimiento de instrucciones por parte de uno mismo o de la pareja.

- Indicador de competencia para la emisión de comportamientos instrumentales preventivos relacionados específicamente con el uso del condón.

Este indicador, al igual que Indicador de competencia en términos de ejecución de comportamientos de riesgo o prevención, dio cuenta de la capacidad que reportaba el individuo para producir cambios en la interacción, orientados específicamente al uso del condón, como medida de prevención.



PROCEDIMIENTO**SITUACIÓN DE APLICACIÓN**

Se visitaron 11 universidades, 7 de España (correspondientes a cada una de las provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía, España), 3 Universidades de la Ciudad de México y una más de Budapest, Hungría. Contando con la autorización de las autoridades de todas las instituciones que se visitó, se convocó a los alumnos por medio de los profesores y se les explicó el objetivo del estudio. La participación fue voluntaria. El tiempo que se invertía en contestar el cuestionario era de 40 minutos en promedio. Cuando terminaban de responder el cuestionario, se les pedía lo guardaran en un sobre, lo cerraran y entregaran.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN**Descripción de la Muestra****Datos demográficos**

La muestra general, consistió de 300 participantes entre 15 y 32 años de edad, la media de edad para la muestra completa fue de 22 años, de los cuales el 35% eran hombres y 65% mujeres. En cuanto al estado civil, el 95.4% era soltero, el 2.4% casado, el 0.6% vivía en unión libre o pareja de hecho, el 0.3% vivía divorciado y el resto (1.3%) no contestó. El 89.7% del total de la muestra reportó ser estudiante, mientras que un 9% dijo estudiar y trabajar, por cuenta propia o ser empleado y el resto (1.3%) omitió esa respuesta. En todos los casos el nivel de estudio fue universitario. Un resumen comparativo de las variables demográficas de los participantes de cada grupo, se presentan en la Tabla 1.

De todas las variables analizadas en esta parte del instrumento y después del sometimiento de los datos a un análisis de varianza (ANOVA ONE WAY), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con relación a variables de índole demográfico, entre los tres grupos de estudio.

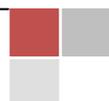


Tabla 1

Comparativo de los datos demográficos de los participantes del estudio

Datos Demográficos			
	México	España	Hungría
Rango de edad	15-32	18-32	18-32
Edad promedio	22	22	22
Sexo			
Hombres	49	36	20
Mujeres	50	64	80
No contesto	1	0	0
Estado Civil			
Soltero	89	100	97
Casado	5	0	2
Unión Libre (pareja de hecho)	2	0	0
Divorciado	1	0	0
No contesto	3	0	1
Ocupación			
Estudiantes	80	96	93
Estudian y trabajan	17	4	7
No contesto	3	0	0

Datos relacionados con el comportamiento sexual

En lo que refiere al comportamiento sexual de la muestra total, el 82.6% menciono tener “vida sexual activa”, mientras que el 17.4% dijo no tenerla. Con respecto al número de parejas sexuales, el rango oscilo entre 1 y 48, con un promedio de 4 parejas sexuales por persona. La edad de debut sexual oscilo entre los 10 y 24 años, siendo la edad promedio los 17 años. La preferencia sexual de este grupo de participantes fue predominantemente heterosexual con un 80%, seguida de la bisexual con un 4.7% y homosexual con un 2%, el resto de los participantes prefirió no dar respuesta a ese reactivo. La Tabla 2, concentra los datos de las variables antes mencionadas de manera específica para cada grupo evaluado.

8

Tabla 2

Frecuencia de participantes con respecto a las variables relacionadas con su comportamiento sexual, por país de origen

Datos relacionados con el comportamiento sexual			
	México	España	Hungría
Vida sexual Activa			
Si	68	89	90
No	31	11	10
No contesto	1	0	0
Num. promedio de parejas sexuales	6	5	5
Edad Promedio de inicio de vida sexual	17	17	17
Preferencia Sexual:			
Homosexual	4	0	2
Bisexual	4	7	3
Heterosexual	69	83	88
No contesto	23	10	7



De igual manera que en los datos demográficos, se aplicó un análisis de varianza de un factor (ANOVA ONE WAY) a las variables evaluadas en este apartado. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al número de pareja sexuales y la edad de debut sexual.

Datos relacionados con su salud sexual

Del total de los participantes, sólo el 20% (N=60) reportó haberse realizado, alguna vez, una prueba de enfermedades venéreas, mientras que el 74.3% nunca se ha realizado alguna prueba, el 5.7% restante decidió no contestar. 15 de los participantes, que reportaron haberse realizado una prueba de enfermedades venéreas, dijo haber sido diagnosticado con una de ellas, virus del papiloma humano, hongos y clamidia, fueron las más reportadas y en ese orden. En todos los casos mencionaron haber recibido tratamiento médico (ver Tabla 3).

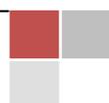
Tabla 3

Frecuencia de participantes en las variables relacionadas con la salud sexual de los mismos.

Datos relacionados con la salud sexual			
	México	España	Hungría
Se han realizado alguna prueba de enfermedad sexual			
Si	20	12	28
No	69	82	72
No contesto	11	6	0
Han sido diagnosticados con alguna enfermedad de transmisión sexual			
Si	2	0	13
No	87	94	87
No contesto	11	6	0
Enfermedad de transmisión sexual mas reportada en los diagnósticos	Condilomas/VPH		VPH/Hongos

Datos relacionados con la Información del participante

Para analizar esta parte del cuestionario se identificó si los participantes reportaban tener o no la información sobre las cuestiones planteadas, en caso de reportar que "no tenían la información" los participantes sumaban un punto en su escala de riesgo. La escala, en esta parte del cuestionario era del 0 al 10, en donde 10 era riesgo y 0 prevención. Los resultados, mostraron en los tres grupos de participantes los siguientes niveles de riesgo: 3.78 para los mexicanos, 3.70 para los húngaros y 3.82 para los españoles. Lo que supondría un mayor



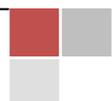
conocimiento sobre el sida y su transmisión por parte de los participantes húngaros, seguidos de los mexicanos y por último de los españoles.

En la Figura 1, se muestra una comparativa de manera desglosada, del número de participantes que eligieron opciones de riesgo (opción "no", excepto en el ítem 8, en la cual la opción de riesgo era "sí"), en cada uno de los ítems de la parte II del cuestionario, la cual evaluaba la información que los participantes poseían con respecto a la prevención del VIH/SIDA.

Es importante mencionar, que el ítem 10 fue evaluado de manera distinta a los demás ítems, dicha categorización consistió en puntuar el tipo de respuesta que daba el participante, de tal manera que, si el participante reportaba usar condón para evitar el embarazo, esta respuesta era considerada de riesgo y se puntuaba con un "1", mientras que si reportaba que, era para evitar alguna enfermedad de transmisión sexual, se le asignaba un cero, lo anterior toda vez que lo que se está evaluando es la prevención del VIH/SIDA y no la prevención del embarazo. En el caso en el que el participante hubiera mencionado ambas respuesta (evitar ETS o VIH/SIDA y embarazos no deseados) se tomaba en cuenta el orden en que eran mencionados, quedándonos con la que se mencionaba en primer lugar.

Como puede verse en la Figura 1, los ítems en donde la mayoría de los participantes reportaba no conocer la información que se preguntaba fueron el ítem 2, 5 y 9. En este último ítem cabría analizar la razón que dan las personas para no hacerse la prueba y así comprender su forma de proceder.

El análisis de varianza aplicado (ANOVA ONE WAY) no mostró diferencias estadísticamente significativas con respecto a la información que poseían los participantes entre los tres grupos evaluados.



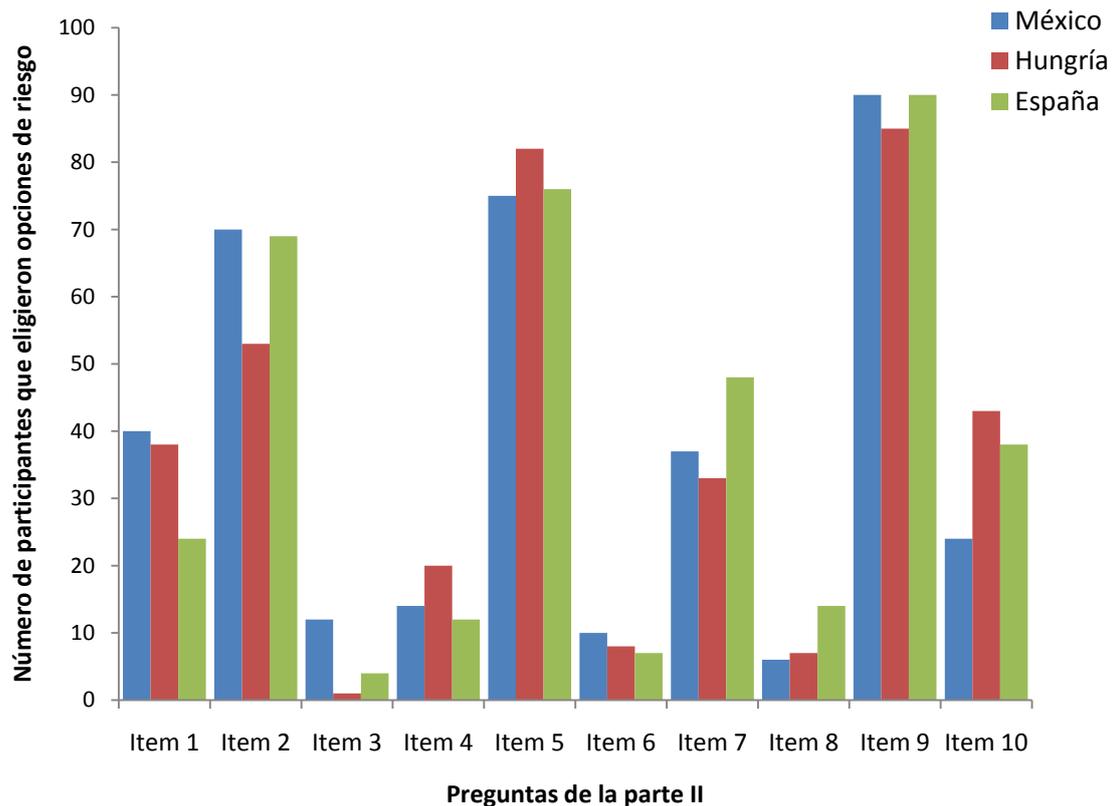


Figura 1. Muestra el número de participantes que reportaron "no" conocer la respuesta a las preguntas planteadas en 10 de los ítems que componían el apartado de información del cuestionario.

- Ítem 1. ¿Sabes en qué consiste el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)?
 Ítem 2. ¿Conoces las manifestaciones clínicas de una persona recién infectada por el virus del SIDA (VIH)?
 Ítem 3. ¿Conoces las vías de contagio del virus?
 Ítem 4. ¿Sabes cuál es la vía de contagio más frecuente?
 Ítem 5. ¿Sabes cómo evoluciona el VIH en el organismo?
 Ítem 6. ¿Sabes cuáles son las principales formas de prevenir el contagio?
 Ítem 7. ¿Sabes de qué forma se puede detectar el virus en una persona?
 Ítem 8. ¿Dirías que actualmente el SIDA es una enfermedad que tiene curación?-en este ítem la respuesta de riesgo era "sí"
 Ítem 9. ¿Te has realizado alguna vez la prueba de detección de anticuerpos frente al VIH?
 Ítem 10. ¿Cuál es para ti, la mejor razón para usar condón?

Datos relacionados con las actitudes de los participantes frente al uso del condón y las prácticas sexuales.

En esta parte del cuestionario (parte III) se indago sobre las tendencias de riesgo de los participantes, reguladas por la búsqueda de sensaciones, aceptación social y comportamientos preventivos concretos. Las puntuaciones totales de esta parte, fueron transformadas en un índice que permitiera representar el riesgo en un escala de 0 a 10. Los resultados mostraron en las tres muestras, puntuaciones por debajo de la media teórica (5 pts.), donde la población mexicana se ubicó en mayor riesgo con un promedio de 3.8 pts., seguido de la muestra

húngara con 3.5 pts. y la muestra española con 3.3 pts. En la Tabla 4 se muestran el nivel de riesgo por grupo con respecto a cada uno de los ítems, en una escala de 1 a 10.

Como en los casos anteriores no se encontraron diferencias estadísticamente significativas (ANOVA ONE WAY) entre los tres grupos analizados, con respecto a las puntuaciones totales obtenidas en esta sección.

Tabla 4

Muestra el puntaje de riesgo (promedio) obtenido por cada uno de los grupos, con respecto a cada uno de los ítems, en una escala de 1 a 10, donde 10 es el máximo riesgo

	Núm. Ítem - Pregunta	México	Hungría	España
1.	El uso del condón disminuye la sensibilidad.	5.12	5.75	5.69
2.	Soy yo quien debe de exigir el uso de medidas preventivas para evitar contagiarme de enfermedades de transmisión sexual.	1.44	4.12	1.50
3.	El uso del condón puede convertirse en algo erótico y divertido	4.07	3.94	4.79
4.	Si propongo el uso del condón, mi pareja sexual pensara mal de mí.	2.31	.66	.71
5.	Si propongo el uso del condón, mi pareja sexual pensará que no confío en ella ni en sus hábitos sexuales	2.83	1.68	.78
6.	Si exijo el uso del condón puedo perder la oportunidad de relacionarme sexualmente	2.57	1.17	.94
7.	Debo usar condón sólo si mi pareja sexual lo solicita.	2.95	.95	.60
8.	Las relaciones sexuales vaginales forman parte de una vida sexual plena	6.80	8.56	6.24
9.	Las relaciones sexuales orales forman parte de una vida sexual plena	6.01	7.36	5.70
10.	Las relaciones sexuales anales forman parte de una vida sexual plena	3.71	2.72	2.97
11.	La masturbación en pareja forma parte de una vida sexual plena	5.77	4.12	6.11
12.	Las relaciones sexuales con parejas ocasionales forman parte de una vida sexual plena	2.86	2.08	3.26
13.	Las relaciones sexuales en grupo forman parte de una vida sexual plena	1.98	.90	1.98
14.	Uso condón	2.78	2.90	1.50
15.	Investigo el pasado sexual de mi pareja	3.60	3.10	4.23
16.	Planeo mis encuentros sexuales	3.68	3.50	4.65
17.	Aplazo el momento de las relaciones sexuales si no tengo con un condón disponible	3.78	3.45	2.63
18.	Yo decido lo que mi pareja y yo hacemos en la intimidad	3.85	2.55	3.75
19.	Propongo caricias como una forma alternativa a los encuentros sexuales	2.15	4.93	3.73

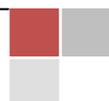
Datos Relacionados con la Evaluación de Competencias

De la misma forma que en las dos partes descritas anteriormente (Información y Actitudes), en la evaluación de competencias los resultados serán presentados en una escala de 0 a 10, donde 10 representa el máximo riesgo.

El análisis de competencias se caracterizó por hacer evidente un nivel de riesgo moderado, en términos de las habilidades y competencias en los participantes. En el indicador de creencias, el riesgo de los 3 grupos analizados fue moderado-bajo, con niveles de 3.18 pts. para la muestra mexicana, 3.60 pts. para la muestra húngara y 3.43 pts. para la muestra española. Sin embargo, este no es el caso en el indicador de competencias instrumentales de riesgo o prevención, y nos referimos a conductas específicas de los participantes, que los ubicó en un riesgo medio, con niveles de 4.70 pts., 4.69 pts. y 4.67 pts., para la muestra mexicana, húngara y española, respectivamente.

Por otro lado, el indicador de competencia social de los participantes, es decir, la capacidad de los mismos para regular el comportamiento de los demás (proponer medidas preventivas), mostró que es en la ciudad de México en donde, en comparación con los otros dos países, existe mayor pasividad ante la proposición del uso de medidas preventivas, dejando la responsabilidad a la pareja para el uso de las mismas (México 3.09, Hungría 2.7, España 2.4).

Por otro lado, los datos relacionados con el uso de condón mostraron un nivel de riesgo moderadamente bajo, 3.5 para los participantes mexicanos, 2.9 para los húngaros y 2.7 para los españoles (Ver Figura 2). Lo anterior significa que el uso del condón se da en mayor medida por parte de los españoles, seguido de los húngaros y en menor medida por los mexicanos. Es importante destacar que en la parte III correspondiente a la evaluación de actitudes, el ítem 14 hacía referencia al uso del condón, y en esa parte del cuestionario fue la población húngara la que reportó el mayor riesgo al no usar condón. Las diferencias son atribuidas a que, en la parte de actitudes se evalúa el uso del condón de manera general,



mientras que en el parte de competencia se evalúan, el tipo de práctica, las personas y las situaciones específicas en las cuales el condón es usado.

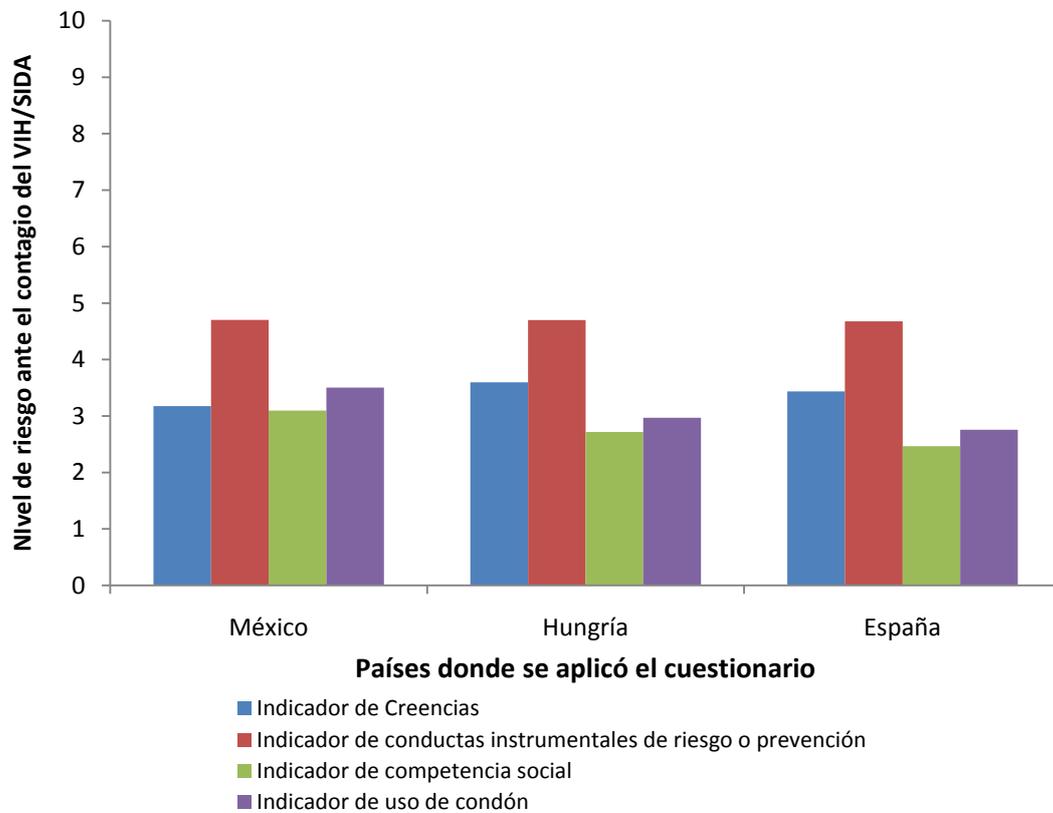
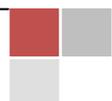


Figura 2. Comparación, entre países, del riesgo ante el contagio del VIH/SIDA, en los diferentes niveles de competencia (indicadores) evaluados por el Cuestionario de competencias en la prevención del VIH/SIDA.

El análisis descriptivo por categoría mostró (ver Figura 3), que fue la categoría Efectos en donde los participantes de México y Hungría resultaban estar en mayor riesgo. Lo anterior significa que las participantes preferían evitar las consecuencias negativas de proponer algún método de prevención y se inmiscuían en situaciones de riesgo, de tal forma que el recibir burlas o consecuencias negativas después de proponer medidas de prevención, inhibe una posterior solicitud. Estos resultados son congruentes con otras investigaciones en donde, los efectos negativos están relacionados con una bajo grado de competencia sexual y por ende, con la emisión de comportamientos de riesgo (Díaz et al., 1999; Ehrhardt et al. 2002; Nelly, Lawrence, Hood & Brasfield, 1989; Qu et al., 2002; Sieving, Bearinger, Resnick, Pettingell & Skay, 2007).



En lo que respecta a la categoría Morfología de conducta (Figura 3), sobre todo para la muestra mexicana y española, los ítems en donde la mayoría de los participantes elegían opciones de riesgo, correspondían a prácticas sexuales relacionadas con el sexo oral y la penetración vaginal, siendo este tipo de prácticas las más recurridas. Mientras que en los otros dos ítems, los participantes elegían opciones preventivas ya sea porque consideraban dicha práctica como de riesgo o bien porque no la formaba parte de su repertorio sexual.

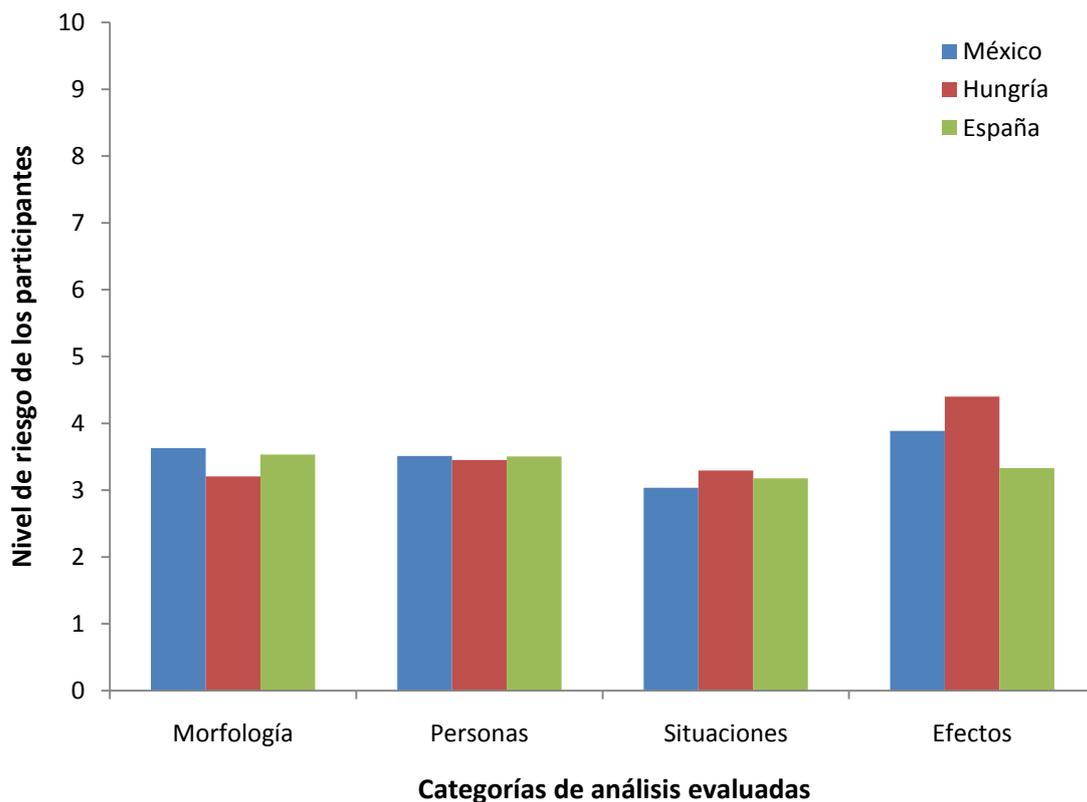


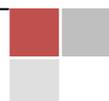
Figura 3. Comparativo del nivel de riesgo en cada una de la categorías de análisis evaluadas en la identificación de competencias, del Cuestionario de competencias en la prevención del VIH/SIDA.

Las Morfologías de conducta como tipos de prácticas sexuales, son un factor comúnmente relacionado con probabilidad de contraer el VIH, debido a las características fisiológicas de las partes del cuerpo que entran en juego. De ahí que se puedan encontrar clasificaciones que describan los niveles de riesgo a partir del tipo de práctica ejercida y basados en casos reportados. En general, las clasificaciones de la prácticas de riesgo (que algunas veces han llegado a ser consideradas como variables que predicen el uso de condón), consideran como los principales comportamientos de riesgo a las relaciones sexuales vaginales

y anales sin el uso del condón, ya sea masculino o femenino, seguidas de la relaciones buco-genitales y de la masturbación recíproca, siendo este último el comportamiento de menor riesgo (ONUSIDA, 2008; Piña y Corral, 2001; Piña y Werner, 2004; Robles y Moreno, 2000; Robles et al., 2006).

Por otro lado, la categoría Personas, muestra algo que esperábamos y que es ampliamente reportado por una gran cantidad de estudios, tanto con población homosexual, como heterosexual (Ehrhardt et al. 2002; Qu et al., 2002). El haber elegido opciones de riesgo en esta categoría (ver Figura 3), obedece sobre todo a la confianza que se tiene en la pareja, pues fue evidente que el mayor número de respuestas de riesgo se dio cuando la pregunta hacía referencia a la pareja estable, no así cuando el rol mediador lo poseen los amigos, alguien con quien no se quiere quedar mal y alguien desconocido. Este tipo de comportamientos, en donde se deja a la pareja la responsabilidad sobre el uso de medidas preventivas en la transmisión de enfermedades sexuales es muy frecuente y tiene que ver en muchas ocasiones con el mostrar confianza hacia la pareja, el miedo al rechazo por parte de la pareja, el aspecto físico de la pareja o bien la idea de exclusión de ésta, de alguno de los grupos estereotipados e incluso por características personales (Ehrhardt et al. 2002; Gilmore, Morrison, Lowery y Baker, 1994; Qu et al., 2002; Van de Ven et al., 1997).

Finalmente, la categoría Situaciones (Figura 3) fue la categoría en donde la mayoría de los participantes contestaron de manera preventiva, no por eso, deja de presentarse como un elemento que en las muestras evaluadas puede facilitar la emisión de comportamientos de riesgo, sobre todo en la población húngara. Los ítems en los que se vio un mayor nivel de riesgo fueron los relacionados con la oportunidad de relacionarse sexualmente, después de pasar algún tiempo sin tener relaciones sexuales y bajo estados emocionales alterados (contento, nervioso, triste, etc.). Estos dos ítems están relacionados con estados temporales de corta duración, en particular con estados de ánimo, conmociones emocionales y condiciones biológicas (Piña, 2004; Robles y Moreno 2000; Rodríguez, 2002).



Se aplicó un análisis de varianza (ANOVA ONE WAY), para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de competencia de cada uno de los grupos de participantes, mostrando la ausencia de diferencias estadísticamente significativas entre los grupos evaluados.

Análisis del Instrumento en su conjunto

Para poder describir el nivel de competencia general, se hizo uso de un índice que hemos llamado índice de competencia sexual en una escala de 0 a 10, donde 10 era el máximo riesgo. Dicho índice comprendía el total de ítems del cuestionario. El índice obtenido, nos permitió observar la forma en que se distribuyó cada uno de los grupos con respecto a la curva de distribución normal.

En la Figura 4, se muestra un comparativo de la forma en que se distribuyeron cada uno de los grupos. El índice de competencia para el grupo de participantes mexicanos, tuvo un índice mínimo de 0.47 y máximo 6.46, con una media de 3.6 y una desviación estándar de 1.316. El 68% de los participantes de este grupo estaba entre ± 1 DS. Por su parte, el grupo de participantes húngaros tuvo como índice mínimo 1.9 y máximo 5.93 y una desviación estándar de 0.821. En este grupo, el 66 % de los participantes se concentraba a ± 1 DS. El grupo de participantes español, tuvo un índice mínimo de 0.91 y un máximo de 5.81. La DS de este grupo fue de 1.04 y el 60% de los participantes se ubicaba a ± 1 DS. Como es posible observar, la mayor parte de los participantes puntuaron por debajo de la media teórica, ubicando a los participantes en riesgo bajo-moderado.

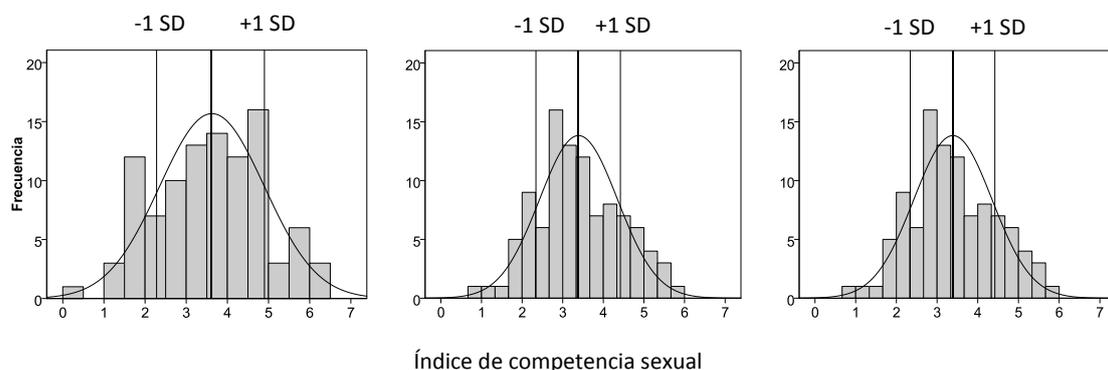


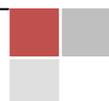
Figura 4. Muestra cómo se distribuyó cada uno de los grupos con respecto a la curva de distribución normal

El análisis de varianza (ANOVA ONE WAY), no arrojo diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos.

Para confirmar la confiabilidad de los datos, se obtuvo el índice de confiabilidad a través del Alfa de Cronbach, el cual reporto niveles más que aceptables en las tres versiones del cuestionario aplicado. El alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados para la muestra mexicana fue de $\alpha=.943$, mientras que para la muestra húngara fue de $\alpha=.886$ y para la muestra española de $\alpha=.920$.

Haciendo una análisis general de los datos hasta aquí mostrados, es evidente que a pesar de que los participantes del estudio saben identificar las situaciones de riesgo, lo cual se vio por medio del indicador de competencia en términos creencias, e incluso en la parte II del cuestionario, la mayor parte de ellos reporto llevar acabo comportamientos instrumentales de riesgo. Esto sugiere que la información no es un determinante directo en la emisión de comportamientos instrumentales preventivos, puesto que los participantes, reportaron solicitar ocasionalmente o la mayoría de las veces el uso de alguna medida de prevención, en la trasmisión del VIH. Para comprobar si existía, correlación entre las información que poseen los participantes (Parte II) y las competencias funcionales (Parte III). Se aplicó el coeficiente de correlación r de Pearson, y en ninguno de los 3 grupos fue posible encontrar dicha correlación entre la información y las competencias (México $r=1.39$, $p>0.05$; Hungría $r=0.028$, $p>0.05$ y España $r=0.00$, $p>0.05$).

Adicionalmente, tenemos el asunto de las actitudes, una variable que pertenece a la familia de los conceptos de cognición y que ocupa un lugar especial en diferentes teorías psicológicas y sociales (Ajzen, 1991; Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Azjen, 1975; Sieving, et al, 2007), en las cuales se ha insistido que las actitudes pueden predecir la intención de practicar determinados comportamientos. En el presente trabajo se analizaron dichas actitudes, siendo consideradas como comportamientos para la búsqueda de sensaciones corporales, para la aceptación social *versus* miedo al rechazo y comportamientos concretos de



prevención; y confirmando nuestra hipótesis, ni las actitudes, ni los conocimientos demostraron relación con el nivel de competencia evaluado en la parte III (Actitudes Vs Competencias: México $r=4.50$, $p<0.01$; Hungría $r=2.74$, $p<0.05$ y España $r=2.28$, $p<0.05$).

Con lo anteriormente expuesto, corroboramos la falta de relación entre la influencia decisiva de los conocimientos y las actitudes sobre el comportamiento de riesgo, en nuestro caso sobre el nivel de competencia obtenido. Confirmando que, saber o conocer no es suficiente para que las personas actúen en consecuencia con lo que se sabe o conoce. Dicho en otras palabras, disponer de información o poseer un nivel óptimo de conocimientos no constituye garantía alguna de que las personas adoptarán en todos los casos las medidas preventivas pertinentes como lo suponen algunos modelos y sus respectivas investigaciones (Bandura, 1994; Bell, Monitor & Flynn, 1999; Boldero, Moore & Rosenthal, 1992; Bowen, Williams, McCoy & McCoy, 2001; Díaz, 1999; Díaz y Rivera, 1999; Flores y Díaz, 1999; Grimley, Riley, Bellis & Prochaska, 1993; MacNair-Semands, Cody & Simono, 1997; Ramírez, Lizárraga, Félix, Campas y Montaña, 1998; Rosenstock, Strecher & Becker, 1994; Villagrán y Díaz, 1999a, 1999b).

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	Actividades	Duración	Lugar
Periodo Docente	Preparación de manuscritos para diversas ponencias- Establecimiento de contactos en la universidad Eötvös Loránd, Hungría	Octubre	Universidad de Almería, España
	Traducción al Hungaro y Recolección de datos del cuestionario para la Evaluación de Competencias de Salud, en la Eötvös Loránd University, Hungary.	Noviembre-Diciembre	Universidad Eötvös Loránd, Hungría
	Tabulación y Análisis de datos de los cuestionarios aplicados en Hungría.	Enero	Universidad de Almería, España
	Recolección de datos en las principales Universidades de la Comunidad Autónoma de Andalucía, España	Febrero – Junio	Andalucía, España
	Tabulación y Análisis de datos de los cuestionarios aplicados en España	Julio	Universidad de Almería, España
	Planificación y elaboración de diversas ponencias y artículos a publicar	Agosto - Septiembre	Universidad de Almería, España

En términos generales, se cumplió con todo lo establecido en el cronograma original, los objetivos previstos se alcanzaron íntegramente y con creces, al lograr aplicar dicho

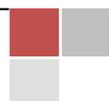
cuestionario en un país que no se tenía contemplado en un principio. Consideramos que nos hizo falta tiempo para poder divulgar los resultados dentro del periodo que contempla la beca.

CONCLUSIONES

En la actualidad, existe un sinnúmero de investigaciones que buscan identificar las variables relacionadas con los comportamientos de riesgo, lo cual, es una de las metas fundamentales de la prevención en el campo de la salud, sin embargo, en la investigación psicológica además de la determinación de estas variables, se requiere encontrar los procesos psicológicos que subyacen a los comportamientos de riesgo y analizar el rol funcional de los elementos que constituyen tales interacciones. Es por eso que el Presente estudio tuvo como principal objetivo evaluar las competencias (factores que subyacen al comportamiento efectivo) ante la prevención del VIH/SIDA en 3 grupos de participantes de diferentes zonas geográficas, México, España y Hungría. Para lograrlo se utilizó un cuestionario diseñado para tal efecto y evaluado en trabajos previos (García 2004; García 2008; Moreno et al, 2007).

Los resultados hasta aquí obtenidos, son alentadores en la medida en que se ha cumplido con el objetivo que nos trazamos, también nos plantea algunas interrogantes que no podemos pasar por alto. Se esperaba encontrar niveles de riesgo más altos relacionados con la categoría Situaciones (García, 2004), sin embargo, esto no fue así, y fue en la categoría Efectos, en donde se encontraron dichos niveles, lo cual, postula a los Efectos como un factor importante para que las personas actúen de forma preventiva. Creemos que dicho efecto puede deberse a que en estudios previos, el cuestionario plateaba una mayor cantidad y variabilidad de ítems, en donde los factores situacionales eran el elemento crítico de la interacción (DíazGonzález, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003; DíazGonzález et al, 2005).

Por otro lado, no existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al riesgo en que se encuentran cada uno de los grupos evaluados, esto aunado al análisis de confiabilidad aplicado, postula al cuestionario con una medida válida en la evaluación de comportamientos de riesgo. Queda claro que el no haber encontrado grandes diferencias

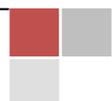


entre los grupo dificulta una caracterización específica de cada uno de ellos, sin embargo da pie a un análisis más general sobre los factores que permean los comportamientos de riesgo.

Los datos aquí mostrados, proveen de información potencialmente valiosa para encauzarlos al diseño de programas orientados al desarrollo de competencias de salud que permita evitar los riesgos asociados con la infección por VIH (Santos, et al., 2003; Shelton, et al., 2004). Bajo esta misma línea, en el análisis del comportamiento, resulta importante considerar el nivel competencial en que se dan determinados comportamientos. Dichos niveles tienen una serie de implicaciones en la práctica profesional, en la medida en que hay que aproximarse a ellos de manera específica, ya que no es lo mismo diseñar un procedimiento para alguien que responde fundamentalmente en términos de sus creencias, que para quien responde en términos de las condiciones presentes en una situación, de tal manera, cada uno de los niveles (indicadores) implica modos diferentes de intervención.

Las líneas de investigación sobre el tema de la prevención del VIH, quedan abiertas en varias direcciones: la evaluación de competencias en población diagnosticada como portadora del virus; probar su validez concurrente respecto de otras medidas de la conducta en virtud de que se trata de un autoreporte de la conducta; el análisis de la falta de correspondencia entre lo que las personas dicen saber con lo que dicen hacer. Esto último, cobra importancia si consideramos que los participantes del estudio, reportaron saber identificar las situaciones de riesgo (indicador de competencia en términos de experiencia, información o creencias) y sin embargo, la mayor parte de ellos reporto llevar acabo comportamientos de riesgo. Esto sugiere que la información no es un determinante directo en la emisión de comportamientos preventivos.

Consideramos que la falta de diferencias estadísticamente significativas entre los distintos países puede ser atribuido a características de la muestra, puesto que tenemos datos que pueden ser considerados como homogéneos, con un promedio de edad similar y nivel de

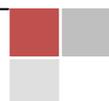


estudios similar, etc. No descartamos la idea de hacer un análisis más específico de índole cualitativo que nos permita inferir la causa de este efecto.

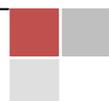
Cerramos el presente informe, comunicando que el presente estudio, se desarrollo sin inconveniente alguno cumpliendo con las expectativas que se tenían sobre él mismo.

REFERENCIAS

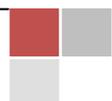
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R.J. Diclemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 25-59). New York, EE. UU.: Plenum press.
- Bell, R., Monitor, F. & Flynn, N. (1999). Fear of AIDS: Assessment and implications for promoting safer sex. *AIDS and Behavior*, 3, 135-147.
- Boldero, J., Moore, S. & Rosenthal, D. (1992). Intention, context and safe sex: Australian adolescent's responses to AIDS. *Journal of Applied Psychology*, 22, 1374-1396.
- Bowen, A., Williams, M., McCoy, H. & McCoy, C. (2001). Crack smokers' intention to use condoms with loved partners: Intervention development using the theory of reasoned action, condom belief and processes of change. *AIDS Care; Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 13, 579-594.
- Díaz, R. (1999). Personalidad valores y patrones sexuales relacionados con conductas de riesgo y prevención de contagio de VIH. En R. Díaz y K. Torres (Eds.), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 109-122). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- Díaz, R., Flores, M., Rivera, S., Andrade, P., Ramos, L. y Villagran, G. (1999). La perspectiva psicosocial: conocimientos, actitudes, creencias y prácticas sexuales relacionados con el SIDA en estudiantes universitarios. En R. Díaz y K. Torres (Eds.), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 25-40). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- Díaz, R. y Rivera, S. (1999). Evaluación y percepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. En R. Díaz y M. Torres (Eds.), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 95-106). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- DíazGonzález, E., Rodríguez, M.L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles, S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-sida. *Revista Psicología y Salud*, Vol. 15 Núm. 1.
- DíazGonzález, E., Rodríguez, M.L., Robles, S., Moreno, D. y Frías, B. (2003). El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/SIDA. *Revista de Psicología y Salud*, Vol. 13, Núm. 2.



- Ehrhardt, A., Exner, T., Hoffman, S., Silberman, I., Yingling, S., Adams-Skinner, J., & Smart-Smith, L. (2002). HIV/STD risk and sexual strategies among women family planning clients in New York: Proyecto FIO. *AIDS and Behavior*, 6, 1-13.
- Fishebin, M. y Ajzen, I. (1975). *Beliefs, attitudes, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley. Recuperado el 15 de septiembre de 2008, de <http://people.umass.edu/aizen/f&a1975.html>
- Flores, M. y Díaz, R. (1999). Actitudes hacia los conceptos de muerte y SIDA en estudiantes universitarios. En R. Díaz y K. Torres (Eds.), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 59-68). México, D.F.: Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México.
- García, G. (2004). Evaluación de competencias funcionales relacionadas con la transmisión del VIH/SIDA en pacientes seropositivos: Un estudio piloto. Tesis de licenciatura no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de estudios Superiores Iztacala. Tlalnepantla, México.
- García, G. (2008). Diseño de un instrumento para la evaluación de competencias funcionales en la prevención de la transmisión del VIH. Proyecto de Fin de Master no publicado, Universidad de Almería, España.
- Gilmore, M., Morrison, D., Lowery, C. & Baker, S. (1994). Beliefs about condoms and their association with intentions to use condoms among youths in detention. *Journal of Adolescent Health*, 15, 228-237.
- Grimley, D., Riley, G., Bellis J. & Prochaska, J. (1993). Assessing the stages of change in decision-making for contraceptive use for the prevention of pregnancy, sexually transmitted diseases, and acquired immunodeficiency syndrome. *Health Education Quarterly*, 20, 455-470.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2003). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana
- MacNair-Semands, R., Cody, W. & Simono, R. (1997). Sexual behavior change associated with a collage HIV course. *AIDS Care; Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 9, 727-738.
- Montero, I. y León, O. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862
- Moreno, D., García-Vargas, G., Rodríguez, M.L., Díaz-González, E., Robles, S., Frías, B., Rodríguez, M. y Barroso, R. (2007). Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto. *Psicología y Salud*, 17, núm. 2.
- Nelly, J., Lawrence, J., Hood, H. & Brasfield, T. (1989). Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 60-67.
- ONUSIDA (2008). Informe sobre la epidemia mundial del SIDA. Recuperado el 29 de Julio de 2008, de http://www.unaids.org/es/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp
- Piña, J. (2004). Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/SIDA. *Anales de Psicología*, 20, 23-32.
- Piña, J. y Corral, V. (2001). Conocimientos y motivos asociados a comportamientos de riesgo y prevención relacionados con el SIDA. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 19, 7-24.



- Piña, J. y Werner R. (2004). Predictores psicológicos del uso inconsistente de condón en mujeres. *Estudos Vida e Saúde*, 31, 1057-1068.
- Qu, S., Liu, W., Choi, K., Li, R., Jiang, D., Zhou, Y., et al. (2002). The potential for rapid sexual transmission of HIV in China: Sexually transmitted diseases and condom failure highly prevalent among female sex workers. *AIDS and Behavior*, 6, 267-275.
- Ramírez, C., Lizárraga, J., Félix, F., Campas, O. y Montaña, A. (1998). Modificación de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de preparatoria. *Psicología y Salud*, 12, 75-81.
- Robles, S. y Moreno, D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *La Psicología Social en México*, 8, 748-755.
- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., DíazGonzález, E., Rodríguez-Campuzano, M.L. y Hernández-Pozo, R. (2006). Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22, 60-71.
- Rodríguez, M.L. (2002). *Análisis contingencial*. Tlalnepantla, Edo. Mex.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rosenstock, I., Strecher, V & Becker, M. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. En R.J. Diclemente & J. L. Peterson (Eds.) *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-23). New York, EE.UU.: Plenum press.
- Santos, P., Villa, B., García, A., León, A., Quezada, B. y Tapia, C. (2003). La transición epidemiológica de las y los adolescentes en México. *Salud Pública de México*, 45, 140-152. Recuperado el 5 de mayo de 2008, de http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2003/SUPL%201/LA%20TRANSICION%20EPIDEMIOLOGICA.pdf
- Shelton, J., Halpern, D., Nantulya, V., Potts, M., Gayle, H. y Holmes, K. (2004). Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention. *British Medical Journal*, 328, 891-893.
- Sieving, R., Resnick, M., Bearinger, L., Remafedi, G., Taylor, B. & Harmon, B. (1997). Cognitive and behavior predictor of sexually transmitted disease risk behavior among sexually active adolescents. *Women's health STD information center*, 151, 243-251.
- Villagrán, G. y Díaz, R. (1999a). Aplicación de la teoría de la acción razonada a la predicción del uso del condón. En R. Díaz y K. Torres (Eds.), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 145-159). México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Psicología.
- Villagrán, G. y Díaz, R. (1999b). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. En R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 83-92) México, D.F.: Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México.
- Van de Ven, P., Campbell, S., Kippax, S., Prestage, G., Crawford, J., Baxter, D., et al. (1997). Factors associated with unprotected anal intercourse in gay men's casual partnerships in Sydney, Australia. *AIDS Care; Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, 9, 637-649.



Anexos

Documentación adicional requerida:

- (i) Opinión por escrito y firmada por el tutor del becario sobre el trabajo realizado y sobre los resultados obtenidos, incluyendo una clasificación global de la actividad;-----ENVIADA DIRECTAMENTE POR EL TUTOR-----
- (ii) Opinión por escrito y firmada por el tutor del becario en la institución de origen, en el caso de que el proyecto tenga continuidad en la misma-----NO APLICA-----
- (iii) Copia del certificado del grado obtenido (si se aplica);
- (iv) Copia de cada una de las publicaciones u otros trabajos que sean de autoría del becario, participaciones en congresos realizados en el ámbito del proyecto de educación/formación en la Unión Europea;
- (v) Copia de los recibos de pago de tasas de inscripción y/o matrícula efectuados a la institución de acogida.

