

El análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención del VIH/sida

Contingent analysis as an analytic system for the functional competences evaluation related to HIV/AIDS prevention

*Eugenio DíazGonzález Anaya, María de Lourdes Rodríguez Campuzano,
Susana Robles Montijo, Diana Moreno Rodríguez
y Beatriz Frías Arroyo¹*

RESUMEN

El modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes permite identificar los factores psicológicos que intervienen en el proceso psicológico que lleva a la salud-enfermedad, y el análisis contingencial, como sistema, analizar y alterar los factores pertinentes. En este trabajo se aborda la prevención del VIH/sida a partir de este modelo, y partiendo del análisis contingencial se describen los lineamientos generales que permiten la construcción de instrumentos orientados hacia la evaluación de la capacidad de los individuos para comportarse preventivamente en situaciones de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH/sida.

Palabras clave: Análisis contingencial; Evaluación de competencias; Comportamientos sexuales de riesgo; VIH/sida.

ABSTRACT

The psychological model of biological health proposed by Ribes identifies the psychological components of health-illness process, and the contingent analysis as a system, allows the evaluation and modification of the significant ones. On the basis of this system, general criteria to develop an instrument that allows the evaluation of different kinds of functional competences related to the acquisition of HIV/AIDS, are proposed in this article.

Key words: Contingent Analysis; Competence evaluation; Risk sexual behaviors; HIV/AIDS.

¹ Proyecto de Investigación en Psicología y Salud Sexual, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México. Correspondencia: Paseo de las Palomas, 177-B, Fracc. Las Alamedas, 52970 Atizapán de Zaragoza, Edo. de México, tel. 5556-231157, correos electrónicos: susana@campus.iztacala.unam.mx y yuyinio43@yahoo.com. Artículo recibido el 13 de junio y aceptado el 8 de octubre de 2003.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o sida, es un problema de salud pública que por sus características pandémicas tiene actualmente prioridad en las instituciones gubernamentales y no gubernamentales (ONG), las cuales se han preocupado por promover y apoyar investigaciones sobre los factores de riesgo asociados con dicho problema y para la generación de programas preventivos efectivos. Este esfuerzo se ve reflejado en el trabajo conjunto que han desarrollado la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/sida (ONUSIDA), la UNESCO y EI (Educación Internacional), a los que se han sumado los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Education Development Center (EDC), los cuales promovieron la organización de una conferencia internacional sobre el sida como un foro de expresión e intercambio de las acciones emprendidas y de los resultados obtenidos en distintos países del mundo. La última conferencia se llevó a cabo en julio de 2002 en Barcelona, España, en donde se recibieron cerca de 10,500 trabajos (el número más alto recibido en la historia de este acontecimiento internacional); 195 de ellos provenían de México y 2,287 de Estados Unidos (XIV International AIDS Conference, 2002).

En México, los esfuerzos se ven reflejados en los trabajos realizados por UNUSIDA y la gran cantidad de ONG interesadas en la prevención y tratamiento de personas con VIH/sida. El Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/sida (CENSIDA) ha llevado a cabo una gran labor sistematizando la información relativa a los niveles de incidencia y prevalencia de este problema en el país. En 1981 se notificaron los primeros casos de sida, y dos años después se inició su vigilancia epidemiológica (López y Ruiz, 1996).

La forma más importante de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el contacto sexual; representaba hasta el primer trimestre del 2002 el 87.5% de los casos registrados, siendo mayor el porcentaje de casos registrados por transmisión heterosexual. Actualmente, el total de casos acumulados de sida en México asciende a 52,473 (CENSIDA, 2002).

El uso correcto y consistente del condón ha sido la alternativa que se ha propuesto internacionalmente (Nieburg, 1998) para prevenir la transmisión del VIH. Ha habido señalamientos importantes respecto de la efectividad del condón para prevenir el contagio del VIH (Coates y Makadon, 1995; Del Río y Uribe, 1995; Quirk, Rhodes y Stimson, 1998), y a pesar de que en algunos trabajos se pone de manifiesto que la única forma totalmente efectiva para prevenir el contagio del VIH es la abstinencia sexual o las relaciones sexuales fieles (Saudeau, 1998), parece ser que, al menos hasta el momento, el condón usado correcta y consistentemente es el método más efectivo para prevenir dicha transmisión. Por tal motivo, el sector salud ha diseñado intensas campañas —orientadas especialmente a los jóvenes— en las que se informa a través de mensajes de televisión y radio, dípticos, carteles y anuncios espectaculares acerca de las formas en las que puede evitarse el contagio del VIH (Marchetti, 1997). De hecho, se ha reportado que el medio de comunicación social que está más en contacto con las poblaciones de estudiantes universitarios es la prensa (Martínez, Villagrán y Díaz, 1992), y es a través de este medio —y en menor grado la radio— que los jóvenes adquieren más conocimientos sobre cómo prevenir el contagio del VIH. El problema ha sido que las campañas no han logrado tener un impacto efectivo en este tipo de población, lo cual se demuestra en diversos estudios realizados en México, en los que se ha reportado que más de la mitad de la población entrevistada no usa el condón en sus relaciones sexuales (Alfaro y Díaz, 1994; Alfaro, Rivera y Díaz, 1991; Alfaro, Rivera y Díaz, 1992; Odriozola e Ibáñez, 1992; Robles, 1999; Robles y Moreno, 2000; Sepúlveda, 1989; Villagrán y Díaz, 1992). ¿Qué hacer, entonces, para lograr que quienes tienen relaciones sexuales usen correcta y consistentemente el condón?

Este problema se ha abordado desde diferentes perspectivas psicológicas que han intentado explicar, predecir e influir en el comportamiento relacionado con la salud; es decir, perspectivas que se orientan hacia el cambio de comportamiento. De éstas, las que han generado una gran cantidad de investigaciones han sido la de creencias de salud (Rosenstock, 1974; Rosenstock, Strecher y

Becker, 1988), la de la acción razonada (Ajzen y Fishbein, 1980; Fishbein y Ajzen, 1975), la de etapas de cambio —o transteórica— (Prochaska y DiClemente, 1982) y la de autoeficacia (Bandura, 1977). Dichas perspectivas, en lo general, persiguen cambios conductuales incidiendo en variables de tipo cognoscitivo, aunque lo que se logra es un aumento en la probabilidad de ocurrencia del comportamiento preventivo; sin embargo, ello no asegura que dicho comportamiento realmente ocurra. Como lo señala Weinstein (1993), ninguna de tales perspectivas predice realmente la cantidad de comportamientos preventivos que ocurrirán; en lugar de ello, "...lo que se predice es la probabilidad relativa de la acción por diferentes individuos, o por individuos en diferentes grupos de tratamiento" (p. 326).

Una forma distinta de abordar la prevención de los problemas de salud es la perspectiva planteada bajo el modelo psicológico de la salud biológica propuesto por Ribes (1990). Dicho modelo tiene sus fundamentos teóricos en trabajos previos (Ribes y López, 1985) que se basan en una aproximación interconductual (Kantor, 1967), en donde lo psicológico está definido por interacciones ontogénicamente construidas por el individuo con objetos, eventos y otros individuos. Guiado bajo la perspectiva de dicho modelo psicológico, en este trabajo se describen los lineamientos generales que permiten la construcción de instrumentos orientados a la evaluación de la capacidad de los individuos para comportarse preventivamente en situaciones de riesgo relacionadas con la transmisión del VIH/sida.

El modelo psicológico de la salud biológica

Ribes (1990), desde la perspectiva interconductual, creó un modelo psicológico de la salud en el que se especifican los factores conductuales pertinentes a la salud-enfermedad. En primer término, es importante destacar, por la relevancia que tiene para el caso presente, el factor referido a las *competencias funcionales presentes*, que alude a la capacidad del individuo para enfrentar diversas situaciones en las que existe una demanda o un requerimiento, es decir, al conjunto de habilidades y destrezas que pueden facilitar o interferir con ciertos comportamientos.

Para el caso del VIH/sida, la capacidad de un individuo para relacionarse con otros, su información, experiencia en el terreno sexual y demás constituyen competencias que en las interacciones presentes pueden facilitar, por ejemplo, que el individuo emita conductas de prevención en el terreno sexual. Igualmente, si un individuo no es competente para relacionarse con otros, desconoce qué es el VIH/sida o cuáles son sus formas de transmisión, tales incompetencias hacen más probable que se involucre en situaciones o prácticas sexuales de riesgo.

Es de fundamental importancia hacer hincapié en que, en el contexto del proceso de salud constitutivo del modelo, Ribes delimita cuatro *niveles funcionales* en los que pueden tener lugar las competencias efectivas en una situación. Tales niveles van de menor a mayor complejidad competencial y son denominados *no instrumental*, *instrumental*, *extrasituacional* y *transituacional*; esto es, desde un comportamiento que ocurre en respuesta a los elementos que están presentes en situaciones concretas, hasta conductas al margen de tales condiciones que el aquí y el ahora imponen. Para el caso de la conducta sexual, el que una persona se ajuste a las disposiciones de su pareja comportándose y aceptando lo que esta última prescribe, ejemplifica un comportamiento de naturaleza no instrumental; en cambio, un comportamiento instrumental sería el de aquella persona que toma la iniciativa para tener relaciones sexuales. Un ejemplo de comportamiento extrasituacional sería cuando un individuo responde en términos de su información, como cuando una joven acepta tener relaciones sexuales con su pareja siempre y cuando use condón, lo que ilustra que se responde a una situación particular en términos de otra, o sea, con base en lo que se ha aprendido anteriormente (en otra situación) respecto de los riesgos de no usarlo. Por último, un comportamiento transituacional se ilustraría con un individuo que se abstiene de tener relaciones sexuales antes del matrimonio en virtud de que profesa una religión que prohíbe tales prácticas; en este caso, se estaría respondiendo independientemente de una situación (anterior, diferente o presente) y con base en una creencia.

Esos niveles de comportamiento 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 cuanto a las condiciones presentes en una situación. Los procesos que tienen lugar en cada uno de los niveles son distintos, lo que implica modos diferentes de intervención.

Ahora bien, la posesión o carencia de competencias relacionadas con la salud influye directamente en el ejercicio de aquellas acciones efectivas específicas de los individuos que, directa o indirectamente, disminuyen o aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad; por ejemplo, el tener relaciones sexuales sin protección o aceptar la extracción de sangre sin cerciorarse de que la jeringa esté esterilizada. Por esta razón, en el terreno de la salud resulta fundamental considerar el factor relativo a la aptitud competencial de los individuos.

Partiendo de lo anterior, hay que enfatizar que el *nivel psicológico de prevención* constituye la dimensión prioritaria desde el punto de vista de la salud individual, aunque para estructurar programas de prevención eficaces hay que empezar por esclarecer la naturaleza funcional de los procesos de comportamiento implicados en la adquisición del VIH/sida.

El análisis contingencial como sistema analítico en la prevención del VIH/sida

El procedimiento que hace posible la detección de los factores psicológicos involucrados en tales procesos es el *análisis contingencial* (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986), dado que sus conceptos y categorías permiten abordar el estudio de competencias funcionales relacionadas con la salud-enfermedad.

Las categorías más relevantes de esta metodología, para el propósito que nos ocupa, son las comprendidas bajo el subsistema *microcontingencial*, subsistema tal que permite llevar a cabo un análisis funcional de todos aquellos factores que componen una interacción en situaciones específicas. De hecho, se define como la red de relaciones que establece un individuo con su medio, que se especifica situacionalmente y que se compone de cuatro elementos que permiten detectar, evaluar, prevenir o intervenir en los distintos factores

psicológicos que constituyen el proceso y las resultantes de la salud-enfermedad.

Los elementos que conforman este sistema son las morfologías de conducta, las situaciones, el comportamiento de las personas significativas al individuo bajo análisis y los efectos.

Las morfologías de conducta se refieren a lo que el individuo hace o dice para relacionarse con otros y con su ambiente en una situación determinada. Así, cuando se analiza, por ejemplo, la conducta sexual de un individuo específico, y especialmente se pretende detectar comportamientos de riesgo, se deben identificar sus diversas prácticas sexuales en cuanto a la forma particular que adoptan, es decir, qué es lo que hace cuando se comporta sexualmente —si toma o no la iniciativa para un contacto sexual, si se relaciona sexualmente con una sola pareja o con varias, si investiga o no la historia sexual de su pareja, si rechaza o acepta una oferta sexual, si propone o no el uso de medidas preventivas o si emplea condón sistemáticamente— y la manera en que se comporta sexualmente —si tiene relaciones coitales, anales u orales, o si sus relaciones se reducen a las caricias o a la masturbación.

Las situaciones son consideradas como el conjunto de características físicas y sociales, de naturaleza disposicional, del individuo y de su ambiente, las cuales pueden facilitar o entorpecer una interacción. Este conjunto de factores conforma el contexto en que ocurre una relación. Para esta categoría se evalúan los siguientes factores:

a) *Circunstancias sociales*, que para el caso del comportamiento sexual pueden ser la relación de pareja heterosexual estable, heterosexual no estable, homosexual estable, homosexual no estable o prácticas sexuales en grupo, por ejemplo; aunque también se tiene en cuenta el contexto inmediato en el que se auspicia la relación, como podrían ser las fiestas o las reuniones con amigos.

b) *Lugar o lugares*. Para nuestro objetivo, es importante identificar aquellos lugares que hagan más probable la oportunidad de relacionarse sexualmente; por ejemplo, una casa sola o un lugar oscuro y solitario.

c) *Objetos o acontecimientos físicos*. Estos factores pueden desempeñar funciones disposicionales en alguna interacción concreta; por ejemplo, alguna prenda de vestir o un cierto perfume como

objeto que puede facilitar o interferir con una relación específica.

d) *Conductas socialmente esperadas*. De acuerdo al momento histórico, a la cultura, a las circunstancias y a los grupos de personas concretos, existen demandas convencionales, no siempre explícitas, para el comportamiento de los individuos. Así, para el caso del comportamiento sexual, puede esperarse que a los varones su grupo de amigos les demande —tácita o expresamente— la aceptación indiscriminada de cualquier oferta sexual, o bien que tomen la iniciativa para establecer una relación sexual. Por el contrario, de las mujeres se espera (especialmente su grupo familiar) que rechacen las ofertas sexuales.

e) *Competencias e incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado*. Las competencias que un individuo ha ido adquiriendo a lo largo de su historia pueden fungir en el presente como facilitadoras u obstaculizadoras de alguna interacción. Así, por ejemplo, si un adolescente no es competente para comunicarse con otros acerca de la sexualidad, ello puede favorecer que se involucre en prácticas sexuales riesgosas, al igual que si no sabe rechazar ofertas o favores. De hecho, gran parte de lo que se evalúa en este rubro, para el caso del riesgo de transmisión del VIH, tiene que ver con el “saber qué”, “saber cómo” y “saber cuándo”. Por ello, aquí se analizan aspectos tales como si el sujeto sabe qué es el sida, cómo se adquiere y cuáles son sus síntomas, por ejemplo; si sabe cuáles son las formas de prevención; si sabe cómo emplear adecuadamente un condón; si conoce o ha practicado conductas alternativas a las prácticas sexuales habituales; si sabe cómo rechazar, posponer o evitar una situación sexual riesgosa, y si sabe cuándo tener prácticas sexuales.

f) *Inclinaciones y propensiones*. Este punto se refiere a los gustos y preferencias. Las propensiones aluden a estados temporales de corta duración, en particular a estados de ánimo (tristeza, felicidad, enamoramiento), conmociones emocionales (emociones intensas de corta duración, como furia, euforia, ira, miedo y otras) y condiciones biológicas (como dolor de cabeza, intoxicación por drogas o alcohol, enfermedades diversas, privación sexual y otras).

Cabe aquí enfatizar que, para el comportamiento sexual, la identificación de posibles pro-

pensiones o inclinaciones resulta de la mayor relevancia ya que existe evidencia de que algunos de tales aspectos hacen probable la ocurrencia de conductas sexuales riesgosas, como sería la ingesta de drogas o alcohol (Anderson y Mathieu, 1996; Morrison, DiClemente, Wingood y Collins, 1998).

g) *Tendencias*. Con este factor se alude a costumbres, hábitos y formas de conducta que en el pasado han estado vinculados a efectos específicos, y que por ello, en ciertas circunstancias, tienen una alta probabilidad de emisión. Aquí es importante considerar los hábitos y costumbres sexuales como tendencias a involucrarse en situaciones de riesgo o a excitarse sexualmente con facilidad en ciertas situaciones.

h) *Personas*. Bajo este rubro se consideran las diversas funciones que pueden ejercer aquellas personas que participan significativamente con el individuo bajo estudio. Para analizarlo, la dimensión básica es la de individuo mediador/individuo mediado; es mediador aquel individuo que determina (prescribe) la manera en que se da una interacción. Para analizar este tópico en relación con el riesgo del VIH/sida, es importante esclarecer, por ejemplo, quién toma la iniciativa en el comportamiento sexual, así como quién determina cómo y cuándo y la forma en la que se practica. Mediado es aquel individuo que se ajusta o está regulado por las contingencias que prescribe el comportamiento del mediador. Si el sujeto de estudio es el que usualmente se ajusta a las iniciativas y formas que otro determina para comportarse sexualmente, su comportamiento en estas situaciones se considerará mediado.

El resto de las funciones que conceptualmente se consideran es de tipo disposicional. Por ejemplo, la de auspiciador como aquella o aquellas personas que, sin participar directamente en la relación, la facilitan. O el caso de las personas denominadas reguladoras, quienes con su hacer o decir pueden inducir cierto tipo de conductas.

i) *Efectos*. Esta última categoría del sistema microcontingencial se refiere, en principio, a la relación de consecuencia entre la morfología de conducta de un individuo y otros. En otras palabras, hace referencia a correspondencias funcionales entre las conductas de los individuos en situaciones de relaciones recíprocas. Para el caso que nos ocupa, es importante considerar las posibles

consecuencias, por ejemplo, de rechazar o no ofertas sexuales, de proponer medidas preventivas o bien de investigar la historia sexual de una pareja potencial.

Lineamientos para el diseño de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH/sida

Con base en los conceptos y categorías antes descritos, es posible diseñar un instrumento orientado a la evaluación de competencias funcionales vinculadas con la adquisición del VIH/sida. Las categorías del subsistema microcontingencial permiten desarrollar reactivos para ilustrar situaciones en donde se pueden evaluar los distintos fac-

tores que comprende el comportamiento de riesgo o prevención en el terreno sexual. A continuación se describen los lineamientos generales que dieron lugar a la construcción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con la transmisión del VIH/sida.

La propuesta del instrumento incluye ítems específicos que ilustran situaciones en donde lo relevante puede ser la *forma* de relacionarse sexualmente, los distintos tipos de *situaciones* que dan contexto a las prácticas sexuales, el papel que juega el comportamiento de otras *personas* significativas o los *efectos* de prácticas de riesgo o preventivas. Cada reactivo tiene una serie de opciones de respuesta planteadas en tres columnas. En el Cuadro 1 se describen dichas opciones de respuesta.

Cuadro 1. Opciones de respuesta, ilustradas en tres columnas, para cada reactivo que evalúa los distintos niveles funcionales de competencia.

PRIMERA COLUMNA	SEGUNDA COLUMNA	TERCERA COLUMNA
a) Creo que no está bien.	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones sexuales.	a) Tomo la iniciativa.
b) Creo que es riesgoso.	b) Empleo condón.	b) He investigado su historia sexual.
c) Creo que puedo contraer una enfermedad.	c) Propongo medidas de prevención.	c) Mi pareja propone medidas de prevención.
d) Creo que si me niego voy a quedar mal.	d) Propongo sólo caricias.	d) Complazco a mi pareja.
e) No creo que pase nada.	e) No empleo condón.	
f) Creo que hay que aprovechar el momento.	f) No tengo la relación.	
g) Creo que puede haber embarazo.	g) Compró condones.	
	h) Aplazo el momento.	

La primera columna evalúa niveles de respuesta extrasituacionales o transituacionales, es decir, permite analizar si un individuo responde a una situación de comportamiento sexual en términos de sus creencias o conocimientos más que en función de lo que acontece propiamente en la situación. La segunda columna ofrece opciones de respuesta que hacen posible evaluar si el sujeto se comporta de acuerdo a las condiciones presentes en la situación, esto es, con acciones concretas que pueden ser preventivas o de riesgo, en cuyo caso el nivel de respuesta es situacional instrumental. Las competencias o incompetencias que posea para relacionarse con otros puede ser un factor determinante en el ejercicio de prácticas de riesgo. Tales competencias, que trascienden el mero contacto

sexual, se identifican aquí como competencias interpersonales y están representadas en la tercer columna. Por último, el nivel de competencia situacional no instrumental se identifica en un solo inciso: el último de la tercera columna. Hay que agregar que el primer inciso de la segunda columna permite evaluar cuándo el sujeto no se comporta de la manera ejemplificada (o no ha vivido alguna situación similar).

En el Cuadro 2 se representa la forma integral en la que está organizado el instrumento. En la primera columna se enlistan las cuatro categorías del sistema microcontingencial: morfologías, situaciones, personas y efectos. Para cada una de ellas se evalúan aspectos relacionados con los niveles funcionales de competencia antes señalados: no

instrumental, instrumental, extrasituacional y transituacional. Adicionalmente a estos niveles funcionales de competencia, se ha añadido el *nivel interpersonal* (última columna del cuadro); ello es importante, dado que las prácticas sexuales ocurren en el contexto de relaciones interpersonales más

amplias; por tanto, ese nivel interpersonal permite una discriminación de conductas instrumentales de relación entre personas. Los niveles extra y transituacional pueden ser incluidos en un solo grupo sin que se altere la descripción, y están representados en la tercera columna del Cuadro 2.

Cuadro 2. Estructura del instrumento para evaluar competencias funcionales relacionadas con el VIH/sida.

Categorías micro-contingenciales	NIVELES DE COMPETENCIA			
	No instrumental (Reacciones al contexto situacional sin alterarlo).	Instrumental situacional (Acciones concretas preventivas).	Extrasituacional y transituacional (Creencias y conocimientos).	Interpersonal (Comportamientos eficaces o ineficaces de relación interpersonal).
Morfologías (Prácticas)	Categorías de respuesta: Último inciso 3ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 2ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 1ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 3ª columna.
Situaciones	Categorías de respuesta: Último inciso 3ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 2ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 1ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 2ª columna.
Personas	Categorías de respuesta: Último inciso 3ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 2ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 1ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 2ª columna.
Efectos	Categorías de respuesta: Último inciso 3ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 2ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 1ª columna.	Categorías de respuesta: Incisos 2ª columna.

En los incisos en donde lo que se evalúa son las *morfologías de conducta*, los reactivos consideran el tipo de práctica sexual y sus características dinámicas (por ejemplo, frecuencia). Las opciones de respuesta también arrojan información sobre morfologías, aunque encaminadas a evaluar competencias o incompetencias en términos de prevención del VIH/sida, así como el nivel de aptitud con el que se ejercen.

Los reactivos de la categoría de *situaciones* enfatizan distintos factores disposicionales. Algunos evalúan competencias o incompetencias considerando el lugar, la circunstancia social o las inclinaciones y propensiones; es decir, en estos reactivos se pretende identificar cuáles son los factores del individuo o de su ambiente que hacen probable que ocurran las prácticas de riesgo, o bien que interfieren con prácticas preventivas.

Los reactivos de la categoría de *personas* permiten revisar la función del comportamiento de otros sujetos que son significativas en la interacción sexual. Aquí se consideran básicamente las funciones de mediador y mediado.

Finalmente, los reactivos de la categoría de *efectos* evalúan la relación de consecuencia entre el comportamiento del individuo y el de las otras personas significativas.

A continuación se ilustran algunos ejemplos de los 36 reactivos que conforman el instrumento diseñado.

Este reactivo corresponde a la categoría de *morfologías*. Como se había señalado, se evalúa, *para cierto tipo de práctica sexual*, a) su ocurrencia o no ocurrencia, b) comportamientos preventivos o de riesgo, c) el nivel en que se ejercen y d) algunas habilidades de relación interpersonal.

Reactivo 19. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones con penetración anal?

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) Creo que no está bien. b) Creo que es riesgoso. c) Creo que puedo contraer una enfermedad. d) Creo que si me niego voy a quedar mal. e) No creo que pase nada.	a) Nunca he tenido este tipo de relaciones. b) Empleo condón. c) Propongo medidas de prevención. d) Propongo sólo caricias. e) Lo hago sólo con mi pareja estable. f) No empleo condón.	a) Tomo la iniciativa. b) Investigo su historia sexual. c) Mi pareja me propone medidas de prevención. d) Complazco a mi pareja.

Reactivo 28. ¿Qué haces o has hecho cuando ya tienes algún tiempo sin tener relaciones sexuales (implica desde caricias, masturbación o penetración de cualquier tipo) y se te presenta la oportunidad de tenerlas?

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) No creo que sea correcto. b) Creo que es riesgoso. c) Creo que puedo contraer una enfermedad. d) Creo que hay que aprovechar el momento. e) No creo que pase nada.	a) Nunca he estado en una situación semejante. b) Compro condones. c) Empleo condón. d) Aplazo el momento. e) Propongo medidas de prevención. f) Propongo sólo caricias. g) No tengo la relación. h) Lo hago sólo si es con mi pareja estable. i) No empleo condón.	a) Tomo la iniciativa. b) Investigo la historia sexual de la persona con quien me relaciono. c) El otro es quien me propone medidas de prevención. d) Complazco a la persona con quien me relaciono.

Este reactivo corresponde a la categoría de *situaciones*. En este caso específico, se evalúan com-

petencias en una situación en la que hay una condición biológica particular (privación sexual).

Reactivo 36. ¿Qué haces o has hecho cuando una persona con la que no quieres quedar mal (que no sea tu novio(a) o pareja estable) es quien inicia o insinúa un contacto sexual (el que implica caricias, masturbación o penetración de cualquier tipo)?

Columna 1	Columna 2	Columna 3
a) No creo que sea correcto. b) Creo que puede haber riesgos. c) Creo que puede haber embarazo. d) Creo que puedo contraer una enfermedad. e) Creo que debo aprovecharlo. f) Creo que si la rechazo quedo mal. g) No creo que pase nada.	a) Nunca he estado en una situación semejante. b) Aplazo el momento. c) Rechazo la oferta. d) Propongo medidas de prevención. e) Propongo sólo caricias. f) Empleo condón. g) No empleo condón.	a) Le comunico mis inquietudes sexuales. b) Yo propongo el tipo de práctica sexual. c) Esta pareja propone medidas de prevención. d) Me adapto a lo que esta pareja quiere.

El reactivo anterior pertenece a la categoría de *comportamiento de otras personas*. Al igual que en los casos anteriores, se evalúan competencias o incompetencias, solamente que, en este caso, con relación al comportamiento de otras personas significativas en la interacción sexual. Cabe hacer una aclaración. Se había señalado que las competencias designan un conjunto de habilidades o destrezas que fungen como disposicionales para una interacción determinada; no se refieren a ocurrencias particulares ni a morfologías específicas. Por ello, se podrá hablar de competencias o capacidad considerando solamente las respuestas a todos los reactivos. Si, por ejemplo, se califican como aciertos las respuestas que indican acciones preventivas, conocimiento sobre el riesgo y formas de prevención, así como las habilidades para relacionarse interpersonalmente, entonces el número de aciertos indicará una mayor o menor competencia.

Algo que es también muy importante es que, al considerar los distintos factores que conforman el sistema microcontingencial, se tiene la posibilidad de entender qué factores influyen para que se exhiban o no prácticas preventivas o de riesgo. Se supone que un instrumento de esta naturaleza permite evaluar los distintos aspectos que influyen en las prácticas preventivas y de riesgo de una manera integral. No se consideran solamente las prácticas o la influencia de las creencias; tampoco se parte de que el conocimiento está asociado directamente con la emisión de acciones preventivas. Para cada individuo pueden existir factores específicos que influyen directa o indirectamente en su comportamiento sexual, y este instrumento puede esclarecer el papel de dichos factores.

Otra cuestión importante es que es posible analizar en términos de salud los resultados que puedan obtenerse como parte de un proceso mayor y sus resultantes, o sea, mediante un modelo que dé cuenta de la dimensión psicológica del problema. Ello representa una ventaja adicional desde el momento en que no se pretende seguir acumulando datos sin vinculación alguna con una teoría o con preguntas más generales. La idea aquí

es la de relacionar posibles hallazgos con preguntas que permitan ir entendiendo el fenómeno. Por último, la información que se pueda obtener con la aplicación de este y otros instrumentos influye directamente en la estructuración de programas de prevención que alteren el comportamiento individual al considerar sus características particulares, lo que repercute en su eficacia —no conseguida hasta el momento en las campañas de prevención— en la medida en que inciden únicamente en la información que pueda poseer un individuo, pero no en sus habilidades específicas conductuales necesarias para lograr el cambio de comportamientos de riesgo a preventivos.

CONCLUSIONES

El modelo psicológico de la salud del cual se ha partido en este trabajo constituye hoy día una propuesta que demuestra su capacidad para generar hipótesis de investigación y que permite orientar los esfuerzos al desarrollo de programas de prevención de comportamientos de riesgo. Sin embargo, como producto de las investigaciones que se realicen para evaluar su efectividad, debe ofrecer, de acuerdo con Bayés (1992), alguna ventaja adicional sobre los modelos alternativos existentes. En este sentido, el modelo requiere de investigaciones que permitan evaluarlo, así como de evidencia empírica que lo sustente². Los resultados de las investigaciones hechas bajo esta perspectiva deben generar información efectiva acerca de los diversos factores de proceso y resultantes que, en lo individual, influyen para que un sujeto emita prácticas preventivas o de riesgo, así como el peso explicativo de estos en relación con las prácticas sexuales. El conocimiento del rol funcional de dichos factores permitirá diseñar programas psicológicos de prevención del VIH/sida que aborden necesariamente las diferencias individuales y, por tanto, trasciendan las campañas del sector salud o los programas preventivos que se manejan sobre la base de la estandarización.

² El instrumento se está probando actualmente en un estudio piloto que los autores desarrollan en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM.

REFERENCIAS

- Ajzen, Y. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice Hall.
- Alfaro, M.L. y Díaz, L.R. (1994). Factores psicosociales y conductas sociales que predicen el uso del condón en estudiantes sexualmente activos. *La Psicología Social en México*, 5: 636-641.
- Alfaro, M.L., Rivera, A.S. y Díaz, L.R. (1991). Actitudes y conocimientos hacia el SIDA en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 4(2): 151-165.
- Alfaro, M.L., Rivera, A.S. y Díaz, L.R. (1992). Actitudes y conocimientos hacia la sexualidad y SIDA en estudiantes de preparatoria. *La Psicología Social en México*, 4: 95-100.
- Anderson, P.B. y Mathieu, D.A. (1996). College students' high-risk sexual behavior following alcohol consumption. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22(4): 259-264.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Bayés, R. (1992). Variaciones sobre un modelo de prevención de enfermedad y su aplicación al caso del SIDA. *Acta Comportamental*, 10: 33-50.
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA) (2002). *Estadísticas sobre SIDA en México, primer trimestre del 2002*. Disponible en línea: <http://www.sga.gob.mx/consida>.
- Coates, T.J. y Makadon, H.J. (1995). ¿Sirven los condones? *SIDA-ETS*, 1(1): 20-26.
- Del Río, C. y Uribe, P. (1995). Prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA mediante el uso del condón. *SIDA-ETS*, 1(1): 11-19.
- Fishbein, M. y Ajzen, Y. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA.: Addison-Wesley.
- XIV International AIDS Conference (2002, 8 de mayo). Disponible en línea: <http://www.aids2002.org>.
- Kantor, J.R. (1967). *Interbehavioral psychology*. Ganville, Oh.: Principia Press.
- López, S. y Ruiz, C. (1996). El Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica. Boletín semanal del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del Sistema Único de Información. *Epidemiología*, 1(13): 1-2.
- Marchetti, R. (1997). Las campañas de prevención del VIH/SIDA en los medios de comunicación. *SIDA-ETS*, 3(1): 16-20.
- Martínez, Y., Villagrán, G. y Díaz, R. (1992). Medios de comunicación masiva y conocimientos sobre SIDA. *La Psicología Social en México*, 4: 115-121.
- Morrison, T.C., DiClemente, R.J., Wingood, G.M. y Collins, C. (1998). Frequency of alcohol use and its association with STD/HIV-related risk practices, attitudes and knowledge among an African-American community-recruited sample. *International Journal of STD and AIDS*, 9(19): 608-612.
- Nieburg, P. (1998, marzo). *Pronunciamento del CDC sobre la efectividad del condón. Carta enviada por el Centro de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención (CDC) de Atlanta a CENSIDA*. Disponible en línea: <http://www.ssa.gob.mx/conasida/quees/boletín/cartacdc.htm>.
- Odriozola, U.A. e Ibáñez, B.B. (1992). Actitudes y conducta sexual en estudiantes universitarios. *La Psicología Social en México*, 4: 123-134.
- Prochaska, J.O y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19: 276-288.
- Quirk, A., Rhodes, T. y Stimson, G.V. (1998). "Unsafe protected sex": Qualitative insights on measures of sexual risk. *AIDS Care*, 10(1): 105-114.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E., DíazGonzález, E., Rodríguez, M.L. y Landa, D. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8: 27-52.
- Robles, M.S. (1999). *Evaluación de conocimientos y prácticas sexuales relacionados con el VIH/SIDA en estudiantes universitarios*. Tesis inédita de maestría. México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Robles, M.S. y Moreno, R.D. (2000). Evaluación de prácticas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios. *La Psicología Social en México*, 8: 748-755.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4): 328-335.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, M.H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.

- Saudeau, J. (1998). El "sexo seguro" y el preservativo ante el desafío del SIDA. *Medicina y Ética*, 2: 243-279.
- Sepúlveda, A.J. (1989). *Evaluación del impacto de la estrategia educativa para la prevención del SIDA en México 1987-1988: estudiantes universitarios*. Informe técnico. México: Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud.
- Villagrán V., G. y Díaz L., R. (1992). Conocimientos sobre SIDA, prácticas sexuales y actitudes y creencias hacia el uso del condón en estudiantes universitarios. *Revista Mexicana de Psicología*, 9(1): 25-40.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12(4) : 324-333.