



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS FUNCIONALES RELACIONADAS
CON LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA EN PACIENTES
SEROPOSITIVOS: UN ESTUDIO PILOTO.

REPORTE DE INVESTIGACIÓN

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
POR ESENTA:
GUSTAVO RENÉ GARCÍA VARGAS



DIRECTORA: MTRA. DIANA MORENO RODRÍGUEZ
SINODALES: DRA. MARÍA DE LOURDES RODRÍGUEZ CAMPUZANO
MTRO. EUGENIO DÍAZGONZÁLEZ Y ANAYA

JUNIO 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Queda expreso nuestro más profundo agradecimiento a todas aquellas personas que colaboraron en la realización este trabajo, apoyo sin el cual no hubiese sido posible la concreción del mismo. A todos ellos GRACIAS.

Asimismo queremos agradecer todas las facilidades otorgadas para la realización de este proyecto al Dr. Carlos Muños jefe de la clínica de VIH del hospital regional de zona 194, perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO 1. VIH/SIDA	9
1.1 ¿QUÉ ES EL VIH/SIDA?	10
1.2 ORIGEN DEL VIH/SIDA	12
1.3 ETIOLOGÍA DEL VIH/SIDA	13
1.4 TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA	18
1.4.1 CONDUCTAS DE ALTO RIESGO EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA	19
1.4.2 EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA DESPUÉS DE LA INFECCIÓN	22
1.5 EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI	25
1.5.1 VIH/SIDA EN EL MUNDO	26
1.5.2 VIH/SIDA EN MÉXICO	30
A MANERA DE RESUMEN	38
CAPITULO 2. MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA SALUD QUE HAN ABORDADO EL VIH/SIDA	40
2.1 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD	41
2.2 MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA	48
2.3 MODELO TRANSTEÓRICO -O DE ETAPAS DE CAMBIO-	54
2.4 MODELO DE AUTOEFICACIA	60
2.5 ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS ACERCA DE LOS MODELOS COGNOSCITIVOS	67
A MANERA DE RESUMEN	84
CAPITULO 3. MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA	86
3.1 SUPUESTOS BÁSICOS DEL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA	87
3.2 COMPONENTES DEL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA	89

3.2.1	EL PROCESO PSICOLÓGICO DE LA SALUD	90
	LA HISTORIA INTERACTIVA DEL INDIVIDUO	90
	LAS COMPETENCIAS FUNCIONALES PRESENTES	92
	LA MODULACIÓN DE LOS ESTADOS BIOLÓGICOS	94
3.2.2	LOS RESULTADOS DEL PROCESO PSICOLÓGICO DE LA SALUD	95
	LAS CONDUCTAS INSTRUMENTALES DE RIESGO O PREVENCIÓN	95
	LA VULNERABILIDAD BIOLÓGICA	98
	LAS CONDUCTAS ASOCIADAS A PATOLOGÍA BIOLÓGICA	100
	LA APARICIÓN DE PATOLOGÍA BIOLÓGICA	101
3.3	LA PREVENCIÓN DESDE EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA.....	102
3.4	EL SIDA DESDE EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA	105
3.5	ANÁLISIS CONTINGENCIAL	111
3.5.1	SISTEMA MICROCONTINGENCIAL	113
3.6	EL ANÁLISIS CONTINGENCIAL COMO SISTEMA APLICADO PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS FUNCIONALES EN PACIENTES SEROPOSITIVOS	116
	OBJETIVO GENERAL.....	119
	MÉTODO	123
	RESULTADOS.....	131
	DISCUSIÓN	154
	REFERENCIAS	166
	ANEXOS.....	179

RESUMEN

El presente estudio, es el resultado del trabajo de investigación de una de las líneas del proyecto de Psicología y Salud Sexual; dicha línea fue la de investigación en competencias funcionales relacionadas con la salud, cuyo eje rector, es la perspectiva interconductual y más específicamente el modelo Psicológico de la Salud Biológica

El trabajo que aquí se presenta tuvo como objetivo, evaluar en una muestra de pacientes seropositivos, los factores (personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio o prevención del VIH/SIDA. Para tal efecto, se utilizó el instrumento diseñado por DíazGonzález et al., el cual, permitió evaluar las competencias funcionales presentes haciendo uso de las categorías del Análisis Contingencial como sistema, específicamente del sistema microcontingencial.

Los participantes fueron 68 personas diagnosticadas como seropositivas de un Hospital general de zona del Estado de México, con edades que oscilaron entre los 20 y 60 años de edad.

Se obtuvo un índice de competencia sexual que permitió identificar en la muestra, el grado de competencia de los participantes. Asimismo, se llevó a cabo una caracterización cualitativa de la muestra, misma que fue dividida en tres grupos, que correspondían a tres grados de competencia sexual distintos (alta, moderada y baja), los cuales resultaron ser confiables debido a la existencia de diferencias significativas entre ellos.

Se encontró que los factores situacionales son un factor crítico en la emisión de comportamientos de riesgo o prevención. Además, se pudo constatar que la información no es un factor que determine la emisión de comportamientos de prevención, ya que los participantes, a pesar de tener la información necesaria para evitar la transmisión del VIH, realizan prácticas de riesgo, tales como el uso inconsistente del condón. No se encontró relación entre variables que han sido asociadas a la transmisión del VIH, tales como el uso consistente del condón, el número de parejas sexuales y la edad de debut sexual, con respecto al grado de competencia sexual; sin embargo, se encontró relación entre el grado de competencia sexual y el tiempo que llevan las personas viviendo con el virus.

Palabras claves: **Evaluación, competencias, Modelo Psicológico de la Salud Biológica, Análisis Contingencial, Sistema microcontingencial, VIH/SIDA, seropositivos.**

INTRODUCCIÓN

A lo largo de las dos últimas décadas, el mundo se ha enfrentado a una enfermedad que después de varios intentos para su erradicación ha logrado permanecer como una amenaza a la salud de la población mundial; hablamos del VIH/SIDA, enfermedad para la cual aún no existe cura, figurando como una de las enfermedades que más llama la atención en cualquier ámbito.

Lo que realmente sorprende de esta enfermedad es que, pese a los casi 23 años de que fue descubierta, el número de personas que se infecta y muere a causa del VIH/SIDA va en aumento, de tal forma que para el 2010, se calcula que existirán un promedio de 30 millones de personas muertas a causa del VIH/SIDA (ONUSIDA, 2003)

La información más reciente expedida por ONUSIDA (diciembre del 2003), reporta que existen aproximadamente entre 34 y 46 millones de personas que viven con SIDA en todo el mundo (un poco menos de la mitad del total de la población mexicana, al mismo año), además se calcula un promedio de 14 mil nuevos casos diarios de infección por el VIH en el mundo, de los cuales cerca de 2 mil son menores de 15 años y el resto corresponde a personas de entre 15 y 49 años, siendo el 50% -de esos 12 mil restantes- mujeres y un porcentaje similar oscila entre los 15 y 24 años de edad entre hombres y mujeres.

Hasta esa misma fecha, México se coloca -según ONUSIDA- en el lugar número 77 a nivel mundial y el 4to en el continente Americano después de Estados Unidos, Brasil y Haití, con un aproximado de 177 mil personas infectadas con el VIH, y aunque se ha logrado frenar la amenaza de la epidemia, aún no es suficiente lo que se ha logrado, ya que por cada caso de SIDA diagnosticado, han

de considerarse de 3 a 4 casos más, puesto que aproximadamente el 90% de las personas que viven con el VIH/SIDA desconocen su estado de salud (Murillo, 2002; ONUSIDA/OMS, 1997).

Todas estas cifras solo nos muestran la necesidad de sumar esfuerzos entorno a la pandemia del VIH/SIDA, para lo cual se hace necesario -desde la psicología- el desarrollo de investigación aplicada e investigación derivada del conocimiento teórico. Además, se requiere de un gran trabajo multidisciplinario encaminado a la búsqueda de nuevos tratamientos, e incluso de nuevos programas preventivos que frenen el avance de dicha enfermedad.

La psicología, al igual que otras disciplinas, como la medicina, la biología, o la sociología, tiene un papel crucial en la prevención del contagio del VIH/SIDA, ya que la investigación epidemiológica ha demostrado que una gran cantidad de enfermedades, están estrechamente ligadas a factores comportamentales (Fan, Conner & Villareal, 2000; HIV/AIDS Information Center, 1999b; Sepúlveda 1989; Simón, 1993).

En la transmisión del VIH/SIDA podemos identificar comportamientos relacionados con la adquisición del virus, dichos comportamientos han sido etiquetados como Conductas de Alto Riesgo y son de tres tipos: 1) las relacionadas con comportamientos sexuales; 2) las relacionadas con el manejo de sangre y hemoderivados y; 3) las relacionadas con los casos de drogadicción por vía intravenosa. Estas conductas tienen como característica en común, la ejecución de comportamientos instrumentales -que pueden ser de riesgo o de prevención- en donde existe un intercambio directo de fluidos tales como el semen, la sangre o los fluidos cervico-vaginales, los cuales en caso de estar infectados, son transportadores del VIH (Becker, Rankin y Rickel, 1998; CONASIDA, 2002b).

Dentro de las conductas de alto riesgo mencionadas anteriormente, las relacionadas con comportamientos sexuales representan la principal forma de contagio del VIH, lo cual sugiere que las prácticas sexuales pueden constituir, en sí mismas, factores de riesgo para la salud, por ejemplo, el no utilizar el condón.

Los comportamientos instrumentales cobran importancia en la prevención del VIH/SIDA, ya que son estos un eje mediador entre las características biológicas del organismo y las características socioculturales que le dan contexto, y es por medio de la forma en que operan dichos comportamientos, cómo se puede identificar si uno está en riesgo o no, puesto que tales prácticas tendrán como resultado un estado biológico que será categorizado como de salud o de enfermedad.

Actualmente, y desde la psicología, las principales investigaciones en la prevención del contagio del VIH/SIDA, obedecen a un sistema más preventivo que curativo, que tiene por objetivo básico el proteger y promover la salud como alternativa al tratamiento o la rehabilitación (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997; Simón, 1993).

El resultado de este nuevo sistema originó el surgimiento de una serie de modelos psicológicos en el área de la salud, que abordan la prevención de la transmisión del VIH/SIDA, tales como el modelo de Creencias de Salud (Hochbaum 1958, citado en Rosenstock, Strecher & Becker, 1994), el modelo de la Acción Razonada (Fishbein y Ajzen 1975; Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994), el modelo de Autoeficacia (Bandura, 1977) y el modelo de Etapas de Cambio o Transteórico (Prochaska & DiClemente, 1982) que intentan evaluar y describir los comportamientos de riesgo con respecto a la transmisión del VIH, dirigiendo sus acciones a la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados por medio de factores de índole cognitivo (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997). Sin embargo, y como lo señala Weinstein (1993), ninguno de estos modelos actualmente predice la cantidad de comportamiento preventivo que ocurrirá; 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" (pág. 326).

Las principales críticas a estos modelos –desde una perspectiva interconductual-, giran entorno a una serie de limitaciones teórico-metodológicas, ya que: 1) parten de una concepción dualista, 2) retoman el paradigma del reflejo

para el estudio de la conducta, 3) suponen una horizontalidad de los procesos, 4) carecen de una delimitación de su objeto de estudio y, 5) no existe en sus intervenciones una relación entre el conocimiento básico y el aplicado, lo cual ha conducido, a la confusión del objeto de estudio de la psicología, al análisis reduccionista del comportamiento humano y al traslapamiento de la labor profesional del psicólogo con la de otras disciplinas.

Una visión alternativa al marco teórico conceptual que sustenta los modelos antes mencionados se plasma en el presente trabajo, el cual se deriva de lo que actualmente se investiga en la FES-Iztacala-UNAM por parte del proyecto de Psicología y Salud Sexual¹.

Dicho proyecto tiene como principal objetivo, desarrollar investigación aplicada que permita promover la salud sexual en adolescentes y adultos jóvenes, para lograrlo el proyecto cuenta con cinco líneas de investigación:

- I. Investigación en competencias funcionales
- II. Investigación en comunicación sexual y asertiva
- III. Investigación en salud reproductiva
- IV. Investigación en salud sexual de mujeres jóvenes trabajadoras
- V. Investigación en prevención de cáncer cérvicouterino

El presente reporte se inserta al proyecto, en la línea de investigación en competencias funcionales, la cual tiene como principal propósito, el desarrollar tecnología conductual que permita identificar y evaluar personas competentes en la prevención de problemas de salud sexual en poblaciones de adolescentes y adultos jóvenes, teniendo como objetivos específicos: a) el diseño y aplicación de instrumentos que permitan evaluar prácticas sexuales de riesgo para contraer el VHI/SIDA en poblaciones de adultos y adultos jóvenes, y; b) diseñar un instrumento que permita evaluar competencias funcionales para prevenir problemas de salud sexual.

¹ Este trabajo de investigación fue llevado a cabo gracias al apoyo otorgado al proyecto de Investigación de Psicología y Salud Sexual, por parte del Programa de Apoyo a los Profesores de Carrera (PAPCA 2002).

Derivado de este segundo objetivo, se desprende propiamente el objetivo del presente trabajo -el cual sobra decir es un estudio piloto-, y consistió en la evaluación de competencias funcionales relacionadas con la prevención de la transmisión y re-infección del VIH/SIDA en una muestra de pacientes seropositivos. Para lograrlo, retomamos el modelo psicológico de la salud biológica, el cual se considera como marco de referencia en la prevención del VIH/SIDA y el análisis contingencial como sistema analítico para la evaluación de competencias relacionadas con la prevención del VIH/SIDA.

Dicho modelo constituye, hasta ahora, una forma distinta de abordar la prevención de los problemas de salud. Basado en una serie de fundamentos teóricos que tienen su origen en trabajos previos (Ribes y López, 1985) -que se derivan de una aproximación interconductual (Kantor, 1980)- el modelo psicológico de la salud biológica (Ribes, 1990c) se presenta como un modelo que a nivel preventivo, permite; 1) explicar los procesos que intervienen en el desarrollo de comportamientos preventivos; 2) delimitar las aportaciones y dimensiones psicológicas en el área de la salud, y 3) describir el papel de los factores de índole psicológica que regulan la salud (Ribes, 1990c).

El modelo propone al comportamiento como el regulador de los efectos del ambiente sobre el organismo y considera que las acciones de prevención o riesgo están determinadas por el comportamiento que muestra el individuo en una situación específica; es por eso que toda acción preventiva requiere de la participación del individuo actuando y debe de ir dirigida al cambio de comportamientos que representen un riesgo para la salud. Dicho lo anterior, se considera que la dimensión psicológica de prevención es de vital importancia, ya que sin ésta, las intervenciones preventivas derivadas de la dimensión biomédica y socioambiental, carecerían de eficacia, puesto que las acciones del individuo constituyen en sí un factor de riesgo para su propia salud.

La dimensión psicológica de la salud, se concibe desde este modelo como un *proceso* y su *resultante*, y aunque se describirá más adelante, cabe mencionar que una parte fundamental del proceso es la relativa a las *competencias*

funcionales presentes, las cuales pueden facilitar la ejecución de conductas instrumentales ya sea de riesgo o prevención.

La importancia de la evaluación de las competencias, radica en que estas se refieren a la capacidad del individuo para dar respuesta a demandas específicas y funge como disposicional en la emisión de comportamientos instrumentales, ya sean de riesgo o prevención, por tal razón, resulta necesario esclarecer los factores (personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio y/o prevención del VIH/SIDA. Para lograrlo, se hizo uso del análisis contingencial como sistema y más específicamente el análisis microcontingencial, que consiste en un análisis funcional de todos aquellos factores que componen una interacción en situaciones específicas, por medio de cuatro elementos que permiten detectar, evaluar, prevenir y/o intervenir en los distintos factores psicológicos que constituyen tanto el proceso como las resultantes de la salud/enfermedad (Ribes, DíazGonzález, Rodríguez y Landa, 1986).

Cabe aclarar que la aportación de este trabajo, se limitó a la evaluación de competencias (léase, los factores: personas, situaciones y efectos) funcionales relacionadas con el contagio y/o prevención del VIH/SIDA, motivo por el cual, la confiabilidad o validez del instrumento, así como el análisis de la segunda parte del instrumento -referente a los conocimientos generales sobre VIH/SIDA-, y algunos reactivos de la tercera parte, no son retomados en el análisis de datos.

El presente reporte está organizado en cinco capítulos. En el capítulo uno se hace una descripción temática del SIDA, en donde se abordan cuestiones tales como la historia del VIH/SIDA, los primeros casos reportados, la etiología del VIH/SIDA, las principales formas de transmisión, las conductas asociadas a la transmisión del VIH/SIDA, la evolución del VIH después de la infección, así como los datos epidemiológicos de México y el mundo.

El capítulo dos es una revisión bibliográfica de los modelos psicológicos de la salud que cuentan con mayor investigación en la prevención del VIH/SIDA y se

cierra el capítulo con algunas reflexiones críticas acerca del marco conceptual que subyace a los modelos descritos.

En el capítulo tres se describe el modelo psicológico de la salud biológica como un modelo alternativo a la forma en que hasta ahora se han abordado los problemas de salud desde lo psicológico. Asimismo, se describen las principales acciones de prevención desde este modelo y la forma en que aborda problemas tales como la transmisión del VIH/SIDA. De manera continua y antes de dar paso a la metodología del presente estudio se describe, el análisis contingencial como sistema aplicado para la evaluación de competencias funcionales en personas seropositivas.

En el capítulo cuatro se describen tanto los objetivos, como la metodología seguida en este trabajo, para posteriormente dar paso a la presentación de los resultados. Dichos resultados se analizan y discuten a través de tres indicadores, los cuales, se refieren a formas cualitativamente diferentes de responder ante escenarios específicos, en donde el factor crítico de la interacción puede estar en las personas, en las situaciones o en los efectos. Se concluye el presente trabajo con una discusión que pretende ser una crítica constructiva a la labor de prevención que se ha venido haciendo hasta la fecha, en la prevención del VIH/SIDA. Asimismo, se postula al modelo psicológico de la salud biológica y al análisis contingencial como un modelo y una metodología alternativa en la evaluación de factores relacionados con la transmisión del VIH/SIDA, con los cuales se puede evaluar el rol funcional que juegan, los factores situacionales, las personas significativas de la interacción y los efectos, sobre los comportamientos instrumentales de riesgo.

Finalmente y para concluir esta introducción, queremos hacer patente la necesidad que existe de crear nueva investigación aplicada apegada a un marco teórico-conceptual sólido, que permita terminar con las limitaciones teórico-metodológicas que la psicología ha sufrido hasta ahora. No queremos decir con esto que el presente trabajo quede exento de errores, sino al contrario, establece las bases para el desarrollo e innovación de nuevas tecnologías que permitan cumplir con los objetivos que la investigación psicológica pretende.

“... nada es más natural que el deseo sexual;
y nada es menos natural que las formas en
que se manifiesta y se satisface...”

(Octavio Paz)

CAPITULO 1

VIH/SIDA

Con el paso de los años la humanidad se ha enfrentado a un sinnúmero de obstáculos que han jugado un papel crucial en el desarrollo de la sociedad, es así, cómo algunas epidemias han sido controladas gracias al avance del conocimiento y la tecnología, mientras que otras persisten y algunas otras emergen como condiciones nuevas para las cuales aún no estamos preparados; ese es el caso del VIH/SIDA, pues en las últimas dos décadas la sociedad mundial ha hecho frente a este problema que tras veinte años de ardua lucha para su erradicación ha logrado permanecer. Este fenómeno se debe a un virus (VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana) que es capaz de instalarse en las células y permanecer allí por años antes de manifestarse, dicho virus ataca el sistema de inmunodeficiencia y provoca el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Sepúlveda, 1989).

Lo mismo que las más antiguas enfermedades, el VIH/SIDA se muestra como un problema global que va acompañado de una serie de prejuicios y actitudes sociales de estigmatización del enfermo, que no reconoce fronteras, estatus social, económico, edad, género, etcétera.

1.1 ¿QUÉ ES EL VIH/SIDA?

SIDA son las siglas de **S**índrome de **I**mmuno**D**eficiencia **A**dquirida. Para entender en qué consiste este síndrome, es necesario saber lo que representa el **SISTEMA INMUNOLÓGICO** para el cuerpo humano, y es que dicho sistema es el sistema de defensa del cuerpo contra organismos que le son extraños y dañinos, está compuesto por diferentes grupos de células, llamadas linfocitos, entre los cuales destacan las CD4, que son las que dirigen la defensa enviando señales químicas a otros grupos linfocitarios para exterminar al agente dañino, llamado antígeno. El **Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)**, ataca precisamente a las células CD4, introduciendo su código genético en las células y obligándolas de esta manera a reproducir el virus en lugar de células CD4, al mismo tiempo que las aniquila (DeVita, Hellman y Rosenberg, 1990; Orzechowzki, 2002; Sepúlveda, 1989).

Cuando el virus ha logrado destruir considerablemente al sistema inmunitario encabezado por las células CD4, decimos que hay una inmunodeficiencia y que es adquirida porque no es congénita, es decir, no es hereditaria, aunque algunas veces se nazca con ella porque se adquirió de una madre infectada durante la gestación al momento del parto o en la lactancia. Dicha inmunodeficiencia, en caso de ser significativa, se manifiesta por una serie de signos o síntomas que en conjunto se llaman síndrome.

Cuando el sistema inmunológico ha sido disminuido considerablemente por el VIH, aparecen las infecciones y los cánceres oportunistas, porque aprovechan esta condición del organismo para atacar y desarrollarse. Para tener la certeza de que el virus existe en el organismo es necesario hacerse la prueba de **ELISA** (Inmuno-análisis unido a enzima), que consiste en buscar los anticuerpos que el cuerpo produce para combatir al VIH. Cuando esta prueba resulta positiva, se debe hacer una confirmatoria llamada **Western blot** y una vez confirmada la presencia del virus en el organismo, es conveniente hacerse un examen de laboratorio para conocer la cantidad de células CD4 que existen por milímetro cúbico de sangre. Los parámetros normales van de 500 a 1,200 células, así que el

resultado indicará cuánto daño ha causado el VIH (Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA [CONASIDA], 2002; Secretaria de Salud de México [SSA], 2002a; Sierra, 2002).

Hasta hace poco tiempo se creía que en vista de que el virus permanecía latente durante un tiempo, no era necesario dar tratamiento sino hasta que el conteo de células fuera de 500 o menos; actualmente, lo recomendable es administrar antivirales desde el mismo momento en que el virus es detectado. Asimismo, se recomienda iniciar el tratamiento para prevenir las infecciones oportunistas cuando el número de células CD4 ha descendido a 200 o menos (Sierra, 2002)

Para conocer la cantidad de partículas virales que hay en la sangre es necesario saber la **CARGA VIRAL**, lo cual es un indicador del daño que puede esperarse cause el virus, a diferencia del conteo de células CD4 que nos indica el daño ya causado, es decir, con base en los resultados de la carga viral, puede predecirse qué tan rápido avanzará la enfermedad y qué tan pronto puede llegar la muerte de la persona (Orzechowzki, 2002).

Aunque actualmente existen medicamentos capaces de detener la replicación viral, los cuales reciben su nombre dependiendo del momento de su acción, ya sean Inhibidores de la transcriptasa inversa, inhibidores de la proteasa y próximamente inhibidores de la integrasa, el VIH/SIDA es mortal; sin embargo los nuevos medicamentos pueden convertir al SIDA de una enfermedad mortal en una enfermedad crónica (Orzechowzki, 2002).

Cuando el virus entra en el organismo y se reproduce sin causar síntomas por mucho tiempo, es cuando se dice que una persona es **seropositiva**; es decir, que tiene el virus pero aún no ha desarrollado la enfermedad, pero con el tiempo los virus atacan las defensas y dejan al organismo expuesto a enfermedades e infecciones que pueden causarle la muerte (Información Básica Sobre el SIDA, 2002).

1.2 ORIGEN DEL VIH/SIDA

Los primeros casos de VIH/SIDA, de los cuales se tiene noticia, fueron registrados desde 1978 en Estados Unidos, en hombres homosexuales con Sarcoma de Kaposi; de tal forma que se asoció la epidemia con el factor de las relaciones homosexuales. Sin embargo, actualmente se tiene noticia de algunos informes anteriores a la década de los años ochenta, de personas que murieron sin un diagnóstico preciso pero con un cuadro clínico compatible con el SIDA (DeVita et al., 1990). A continuación se mencionan algunos de estos casos citados por Sepúlveda (1989):

En 1959 en Zaire se reportó un suero positivo a la prueba de anticuerpos contra el VIH que se mantuvo congelado, desde ese entonces.

En el año de 1969 un adolescente de 15 años murió en San Luis Missouri, con Sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas.

En 1976 se reporta la muerte de una familia Noruega integrada por una niña y sus padres. El padre presentó un cuadro clínico con enfermedades respiratorias recurrentes desde 1966 y murió en 1976, la madre presentó infecciones recurrentes desde 1967 y a partir de 1973 se le diagnosticó leucemia y un cuadro neurológico progresivo, muriendo en el mismo año que el padre. La niña, por su parte, presentó infecciones bacterianas con complicaciones pulmonares y murió en enero del '76. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA al realizar las pruebas de ELISA y Western Blot en sueros congelados que datan del año de 1971.

En el año de 1977 un informe médico belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire, con 34 años de edad, que presentaba fuertes infecciones respiratorias e intestinales persistentes y que murió un año después.

Fue hasta junio de 1981 cuando se describió el SIDA como una nueva entidad clínica, en el mismo año se publicaron los primeros cinco casos de una enfermedad infecciosa poco común (neumonía por *Pneumocystis carinii*) y Sarcoma de Kaposi, en hombres homosexuales previamente sanos. En el año de

1982 se descubrieron casos en drogadictos intravenosos. La característica en común en los dos grupos era que tenían afectado el sistema inmunológico. En los siguientes años (entre 1982 y 1983) empezaron a aparecer más casos ahora también en hombres bisexuales y hemofílicos (DeVita et al., 1990; Sepúlveda, 1989).

A decir verdad, no se sabe exactamente cuál es el origen geográfico del virus ni en qué momento se convirtió en agente patógeno para el hombre. Es de considerarse que los primeros casos de la enfermedad seguramente datan ya de algunas décadas y es probable que los médicos que veían casos de SIDA, al tratarse de casos aislados, no encontraran relación con otros padecimientos y menos que se percataran que estaban frente a una nueva enfermedad (Grmek, 1992).

Debido a las características de las primeras personas con VIH, mucha de la literatura consultada atribuye a África el origen del virus, sin embargo, actualmente existe el consenso de que la enfermedad puede ser tan nueva en África como en muchos otros países (Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA [ONUSIDA], 2002).

1.3 ETIOLOGÍA DEL VIH/SIDA

Los virus son, a saber, estructuras aún más pequeñas que las bacterias y aunque tienen la información para multiplicarse, carecen de los medios para ello, por tal, deben hacerlo en el interior de las células, provocando con esto diversas enfermedades infecciosas, degenerativas y tumorales.

Dentro de la familia de los virus, podemos encontrar cierto tipo de virus capaz de invertir el sentido en el proceso de información, a dichos virus se les denomina retrovirus, categoría a la cual pertenece el VIH, ya que éste se reproduce invirtiendo el sentido de la información del ácido ribonucleico (ARN) al ácido desoxirribonucleico (ADN), pues normalmente el ADN manda mensajes al ARN, pero en el caso del VIH este logra invertir el sentido de la información, enviando los mensajes de su ARN al ADN de la célula. Es importante comentar

que el ARN es el lugar donde se encuentra el código genético del virus, es decir, las características hereditarias que le son necesarias para replicarse, de esta manera el virus inserta su información genética en el mecanismo de reproducción de la célula, gracias a la transcriptasa inversa, logrando así la reproducción de células infectadas en lugar de células sanas (DeVita et al., 1990; Orzechowzki, 2002; Sepúlveda, 1989).

Asimismo, el virus de la inmunodeficiencia humana pertenece a la familia de los lentivirus, lo que significa que puede permanecer en estado de latencia dentro del organismo durante largos periodos de tiempo, para activarse cuando surgen las condiciones favorables para ello. Sin embargo, ahora se sabe que el VIH nunca permanece inactivo, ya que desde su ingreso al organismo empieza a reproducirse en los ganglios linfáticos, causando la muerte de miles de millones de células al día (Grmek, 1992; Orzechowzki, 2002).

Actualmente existe un número considerable de familias de virus que son capaces de atacar al hombre y provocarle múltiples enfermedades, algunos de los virus más conocidos son, el *Herpes* con sus especies y manifestaciones; el *Toga*, causante del dengue; el *Rhabdo*, causante de la rabia; y dentro de los retrovirus, el *Oncorna* (HTLV-1 ó HTVL2) causante de la leucemia-linfoma y el *Lenti* en sus especies VIH-1 y VIH-2 asociados con el SIDA. Hemos de tener presente que un mismo virus puede provocar diversas enfermedades en huéspedes (personas) distintos (Sepúlveda, 1989).

La idea original de que el causante del SIDA podía ser un retrovirus, surge de los primeros estudios del *Oncorna* (HTLV-1 ó HTVL2), la forma de transmisión con exposición sexual, perinatal y a homoderivados recordaba mucho al virus de leucemia humana. Posteriormente un grupo de investigadores encabezado por Gallo (citado en DeVita et al., 1990) se dedicaron a aislar el virus en personas con SIDA y enfermedades relacionadas, y demostraron en 1982 la existencia de un retrovirus en los linfocitos de pacientes con SIDA. Tras muchas investigaciones más, en 1983 Popovic, Sharngadharan y Read (citados en DeVita et al., 1990) desarrollaron clones de una línea celular T4 (CD4) positiva de crecimiento

permanente (HT) que era sensible a la infección por retrovirus de pacientes con SIDA, pues en las pasadas investigaciones era muy difícil poder obtener cantidades suficientes de virus para su investigación, ya que una diferencia importante entre el virus HTLV-1 y el VIH-1 era que el primero induce a la proliferación e inmortalización de los linfocitos y el segundo destruye invariablemente las células infectadas. La disponibilidad de líneas productoras de células de forma continua y en grandes cantidades permitió, por vez primera, desarrollar reactivos víricos altamente purificados y concentrados, necesarios para la caracterización del virus y la detección serológica de los individuos expuestos.

A medida que fueron desarrollándose análisis serológicos sensibles para detectar la exposición al virus del SIDA fue haciéndose más claro que casi el 100% de los pacientes con SIDA y una elevada porción de los individuos considerados como de alto riesgo, estaban infectados por este agente, primero conocido como LAV o HTLV-III y después como VIH-1, quedando así establecida la etiología del SIDA (DeVita et al., 1990).

El descubrimiento del VIH-1 se dio a tres años de la descripción inicial del síndrome. Asimismo, se observó que existían grandes paralelismos entre el VIH-1 y los virus de la leucemia humana. Posteriormente se hizo evidente que el virus del SIDA estaba más estrechamente emparentado con la subfamilia de lentivirus de los retrovirus. Como todos los retrovirus, el VIH-1 es un virus RNA de una sola cadena, sentido positivo y apenas 100nm de diámetro, presenta un nucleocápside cilíndrico y denso, que contiene las proteínas centrales, el RNA genómico y la transcriptasa inversa rodeado de una envoltura lipídica (Ponce de León, 2000).

A continuación en la Figura 1, se muestran los componentes estructurales del VIH-1, donde se puede ver la principal proteína estructural central del VIH-1 es la proteína p24, que junto con la meristilada proteína p18 forman las principales proteínas estructurales. Vemos también, cubriendo la membrana externa del virus, la envoltura de glucoproteínas gp120 y gp41 (Fundación Anti-SIDA de San Francisco, 2002a).

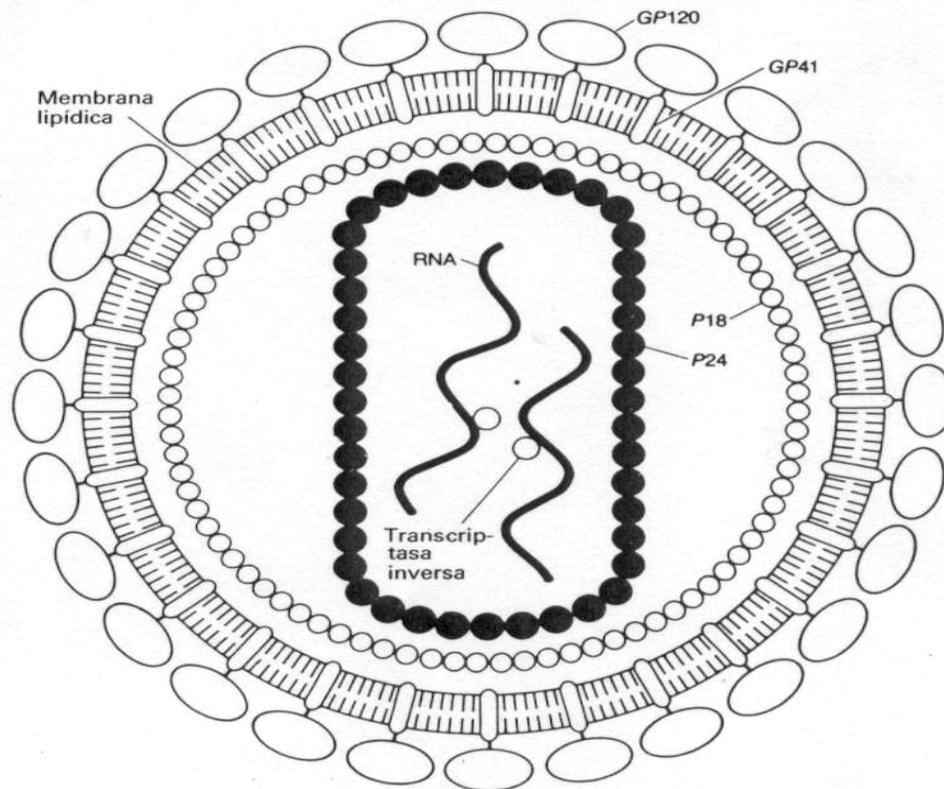


Fig. 1. Estructura del VIH-1

En la Figura 2, se observa el ciclo vital del VIH-1, el virión libre se une primero a la célula diana mediante una interacción específica entre la envoltura vírica y la membrana de la célula huésped, tal interacción se da específicamente entre la molécula vírica gp120 y la molécula T4 (CD4) de la molécula diana. Tras la absorción del virus tiene lugar la fusión de las membranas vírica y celular lo que permite la internalización de los componentes del núcleo vírico. Finalmente, la infección por VIH se da a partir de una depleción progresiva de los linfocitos T4 (CD4), que conduce en último término a la inmunodeficiencia y a la aparición de infecciones secundarias y neoplasias (DeVita et al., 1990; Fundación Anti-SIDA de San Francisco, 2002a).

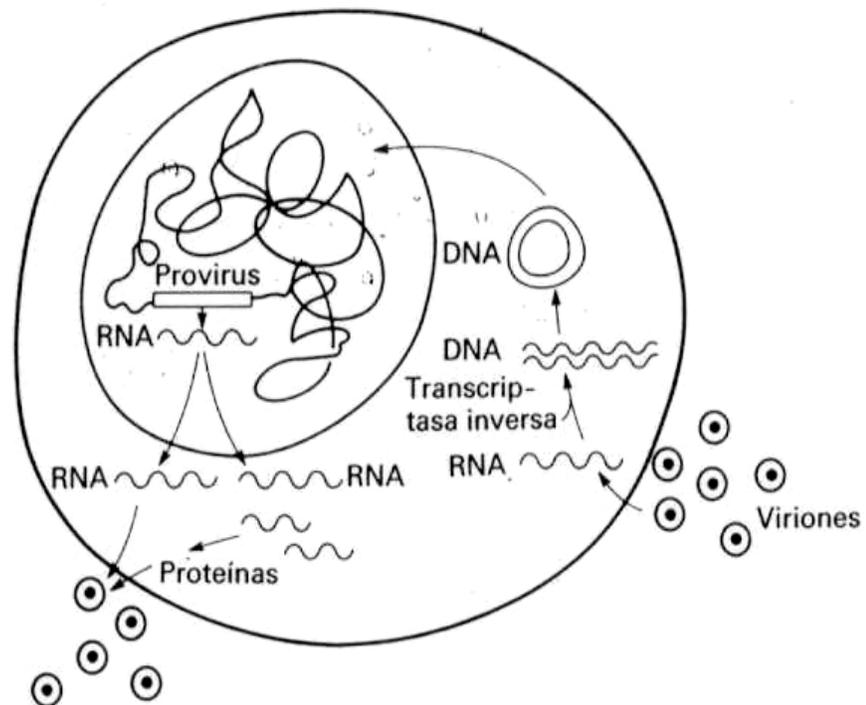


Fig. 2. Ciclo vital del VIH-1

La evolución general de la enfermedad por VIH se caracteriza por una pérdida prolongada y progresiva de células T4 con un periodo de tiempo entre la infección y la aparición de un SIDA clínico, de más de 5 años. Se puede decir que clínicamente el distintivo del SIDA es el progresivo deterioro de la competencia inmune, como consecuencia de la pérdida progresiva de linfocitos colaboradores/inductores CD4⁺.

Finalmente, cabe mencionar que existe el VIH tipo 2, el cual junto con el Virus de Inmunodeficiencia del Simio (SIV_{mac}) pertenecen a la familia de los retrovirus y cada uno de ellos está ligeramente emparentado con el VIH-1, con el que mantiene una homología del 40%; asimismo resultan ser menos patógenos en algunas poblaciones, estando entonces asociados con formas menos graves de inmunodeficiencia en ciertos grupos de pacientes (DeVita et al., 1990).

1.4 TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA

Hace tan sólo 21 años, se pensaba que la transmisión del VIH/SIDA era únicamente por vía sexual y que era una enfermedad exclusiva de las comunidades homosexuales; sin embargo, con el tiempo se han encontrado otras formas de contagio, ya sea por transmisión sanguínea, sexual o perinatal; y en diversos y variados grupos de personas que poseen el virus.

Dentro de las principales formas de contagio se encuentran las conductas sexuales, ocupando el primer lugar con un 89.7% de los casos; en segundo lugar, la transmisión del virus por contacto directo con sangre infectada -8%-(ya sea por transfusión sanguínea, en hemofílicos, donadores, en usuarios de drogas intravenosas o por exposición ocupacional); y en tercer lugar por vía perinatal - 1.8%-, es decir, el contagio de la madre al hijo, ya sea durante la gestación, el parto o el amamantamiento (Fan, Conner y Villareal, 2000; HIV/AIDS Information Center, 1999b).

DeVita et al. (1990) menciona que existen muy pocos estudios que demuestran la presencia del virus en la orina y en la saliva, sin embargo, la mayoría de las investigaciones descartan la sobrevivencia del virus en tales fluidos por las características propias del virus.

Sin duda alguna, en el terreno sexual existen un sinnúmero de hábitos que cambian a razón de la cultura y el tiempo, basta con leer un poco de literatura Hindú y encontrar el Kama-Sutra que versa: "*En el ardor de la cópula, una pareja de amantes enceguece de pasión y prosigue con gran impetuosidad, sin prestar la menor atención a los excesos*". Podemos entonces, dar cuenta de diversos actos sexuales tales como el *Cunnilingus* o el *Fellatio*, asimismo, hemos de tener claro la existencia del coito anal y *Anulingus*, entre otro tipo de "perversiones" o conductas sexuales inhabituales como la zoofilia o necrofilia. Debido a la gran diversidad de las conductas sexuales se han clasificado una serie de éstas como de alto riesgo, dado que incrementan la posibilidad de riesgo de infección de VIH.

Así también, acciones como el compartir jeringas o navajas o cualquier utensilio que haya estado en contacto directo con la sangre o fluidos de los órganos genitales y los hemoderivados de la sangre, representan una fuente de alto riesgo o de mayor probabilidad de contagio del VIH y pueden considerarse como Conductas de Alto Riesgo (Becker, Rankin y Rickel, 1998).

1.4.1 CONDUCTAS DE ALTO RIESGO EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH/SIDA

Los patrones de conducta, los estilos de vida y los hábitos adquiridos en la niñez pueden constituir en sí mismos factores de riesgo para la salud. En la prevención del VIH/SIDA un número considerable de investigaciones se han dedicado a identificar determinados hábitos sexuales que aumentan el riesgo de infección por el VIH, los cuales se pueden clasificar como conductas de Alto Riesgo y éstas son de tres tipos, 1) las relacionadas con comportamientos sexuales, 2) las relacionadas con el manejo de sangre y hemoderivados y, 3) las relacionadas con los casos de drogadicción por vía intravenosa. Estas conductas tienen como característica en común, que en su ejecución existe un intercambio directo de fluidos ya sea semen, sangre o fluidos cervico-vaginales, los cuales en caso de estar infectados, son transportadores del VIH. Cabe aclarar que no son las únicas formas de contagio del virus, pero sí las formas más frecuentes.

Primeramente, entre las Conductas Sexuales de Alto Riesgo figuran las prácticas sexuales anales, prácticas manurectales, los enemas y duchas rectales, la utilización de artilugios sexuales anales y el *anulingus*; este tipo de conductas puede originar traumatismos que van de irritaciones y abrasiones rectales a ulceraciones, fisuras laceraciones y perforaciones intestinales; en el caso del anulingus el riesgo se corre al entrar en contacto con las heces infectadas, con o sin sangre. En el coito genital, existen conductas de alto riesgo como el contacto con las secreciones vaginales y cervicales, la sangre menstrual, el semen y la orina, la utilización de artilugios sexuales vaginales y la estimulación manuvaginal. Por último, las prácticas oro genitales, tales como el *Fellatio* y el *Cunnilingus*; en el primero, el riesgo de contagio se da a partir de la ingestión del semen y su contacto con la mucosa bucal alterada y en el segundo caso, la transmisión se da

durante el contacto con las secreciones y la sangre menstrual (DeVita et al., 1990).

Por otro lado, hay conductas de alto riesgo relacionadas con el manejo de la sangre y sus hemoderivados. A este respecto, cabe mencionar que existen dos tipos de productos sanguíneos preparados con fines terapéuticos. Por un lado, la sangre completa o sus componentes, ya sean los concentrados de hematíes, plaquetas, el plasma fresco congelado, los crioprecipitados y los concentrados de leucocitos. Por otro lado, existe una gama de productos formados por las proteínas derivadas del plasma como la albúmina, el factor VII, el factor IX y los preparados de inmunoglobinas. Estos dos grupos de productos sanguíneos pueden transmitir enfermedades a los receptores de las transfusiones.

Las enfermedades transmisibles por transfusiones, tienen dos características fundamentales en común: un largo periodo de incubación y un estado de portador asintomático como es el caso del VIH/SIDA. A este respecto y después del descubrimiento del SIDA por medio de las transfusiones, se preparó una serie de criterios para definir a las personas que no deben donar sangre y son consideradas de alto riesgo (véase Tabla 1).

Actualmente, el índice de contagio por transfusiones sanguíneas y hemoderivados se ha reducido gracias a la elección de los donantes, la detección sistemática individual de los mismos y el análisis de cada una de las unidades donadas con las pruebas de ELISA y la Western Blot. Asimismo, el uso de los derivados del plasma, tales como el factor VIII, el factor IX, los distintos preparados de inmunoglobina y las fracciones de albúmina, son analizados para detectar el virus. Así también, al hacer algún tipo de mezcla, el proceso en sí conlleva en unos casos la pasteurización o el proceso Cohn-Oncley empleado para crear inmunoglobulinas, el cual ha demostrado gran eficiencia en la eliminación del VIH. En el caso de la prevención existen procedimientos como la transfusión antológica y las donaciones dirigidas (Fan et al., 2000; HIV/AIDS Information Center, 1999a).

Tabla 1
Criterios de 1987 para definir a las personas que no deben donar sangre y que actualmente siguen vigentes, a pesar de haber sido propuestos hace 16 años

1. Cualquier varón que haya tenido contacto sexual con otro varón a partir de 1977
2. Cualquier mujer que haya tenido contacto sexual con un varón que a su vez lo haya tenido con otro a partir de 1977.
3. Varones y mujeres drogadictos por vía intravenosa, antiguos y actuales
4. Varones y mujeres que han sido compañeros sexuales de varones o mujeres drogadictos por vía intravenosa.
5. Hemofílicos
6. Compañeros sexuales de hemofílicos.
7. Residentes en Haití, Zaire, Rwanda, Burundi, Kenia, Uganda y Tanzania que hayan llegado a los Estados Unidos a partir de 1977.
8. Varones y Mujeres que han sido compañeros sexuales de personas que han vivido en cualquiera de los países enumerados, en cualquier momento a partir de 1977.
9. Varones y mujeres que han sido compañeros sexuales de personas con SIDA, AC o infección por VIH, antes o después de que hayan sido diagnosticados.
10. Varones y mujeres que han practicado la prostitución a partir de 1977.
11. Cualquiera que haya tenido contacto sexual con personas prostituidas.
12. Cualquiera que haya tenido contacto sexual con una persona que, a su vez, hayan tenido contactos sexuales con personas prostituidas, drogadictos por vía intravenosa, hemofílicos o varones bisexuales.

Existe también la transmisión del VIH/SIDA en casos de drogadicción por vía intravenosa. El uso de alcohol y de drogas está ampliamente relacionado con el riesgo de contagio del VIH, en particular el uso de drogas vía intravenosa, en donde se comparten las jeringas sin ninguna precaución para el suministro de la droga. En este tipo de infección han de considerarse dos elementos necesarios para la transmisión del VIH: 1) debe haber sangre contaminada y 2) la inyección debe ser directa al torrente sanguíneo, donde la sangre infectada vía la solución de la droga se mezcla con la sangre sana. Aunque la sobrevivencia del virus fuera del cuerpo es realmente difícil, el VIH logra permanecer activo durante algunos segundos e incluso minutos ya que queda aislado del ambiente por medio de la jeringa (Becker et al., 1998; DeVita et al., 1990; HIV/AIDS Information Center, 1999b).

Otra forma de transmisión recurrente es la que se da por medio de la sangre en trabajadores del sector salud, clasificado como riesgo laboral. En ocasiones de emergencia, en el proceso de análisis médicos o en el trabajo con personas infectadas con VIH, se suelen tener accidentes que ubican al trabajador

potencialmente frente al virus, ocasionando en el peor de los casos la transmisión del VIH desde el paciente al personal del sector salud. Aunque en este caso en particular existen medios para evitar la transmisión después del accidente, esto es “La Profiláctica después de Exposición” o PEP por sus siglas en inglés, que funciona por medio de medicamentos anti-VIH en forma de vacuna. Cabe aclarar, que la PEP ha de tomarse durante las primeras 72 horas después de la exposición al virus, la meta del régimen PEP es prevenir que el VIH se establezca en el cuerpo. En la mayoría de los casos resulta inevitable el contagio y por ello han de tomarse todas las medidas preventivas según sea el caso (Fundación Anti-SIDA de San Francisco, 2002d; Infored SIDA, 1999).

Finalmente, existe la transmisión vía perinatal ya que aunque la madre y el niño están separados por la placenta y esta podría proteger al niño del contagio por medio de células infectadas, no lo hace de los nutrientes. Además, existe el riesgo de que durante el tercer trimestre de embarazo puedan ocurrir pequeñas fisuras en la placenta, las cuales permiten el paso de células infectadas desde el torrente sanguíneo de la madre hasta el niño. Además, durante el parto el niño llega a entrar en contacto con secreciones vaginales o cervicales, o con la sangre; lo cual representa un factor de riesgo para el recién nacido (Becker et al., 1998; DeVita et al., 1992; HIV/AIDS Information Center, 1999a).

1.4.2 EVOLUCIÓN DEL VIH/SIDA DESPUÉS DE LA INFECCIÓN

El virus de la inmunodeficiencia humana es un ente patógeno que se transmite por vía sexual y hemática, que ataca el sistema inmune del cuerpo mucho antes de que aparezcan síntomas. Además el tiempo que toma el desarrollo de la enfermedad en cada persona es muy variado, en promedio una persona tarda aproximadamente 10 años después de la infección en tener una inmunodeficiencia severa. Debido a la variedad de formas y tiempo en que se presenta el VIH/SIDA, resulta aventurado poder hablar de una sola clasificación de etapas en la forma de evolución, sin embargo, es posible sin establecer tiempos, hablar de la forma en que el VIH evoluciona hasta desencadenar el SIDA (Fundación Anti-SIDA de San Francisco, 2002b).

Dentro de la línea de evolución que presenta el VIH/SIDA, en la Fundación Anti-SIDA de San Francisco (2002b) se distinguen las siguientes etapas:

1. Infección.

Es el momento de contacto con sangre o fluidos cervicales o vaginales infectados. El VIH entra a la corriente sanguínea e infecta las células T (o células CD4), que son parte del sistema inmunológico. Las personas son consideradas como portadoras del virus inmediatamente después de su infección, asimismo, éstas pueden transmitirles el virus a otras personas, independientemente del tiempo que hayan tenido el virus. Se da durante los primeros 5 días (Fundación Anti-SIDA de San Francisco, 2002c, 2002d)

2. Infección Aguda/ Seroconversión

Es el momento comprendido después de que se da la infección total y hasta que el cuerpo comienza a producir los anticuerpos contra el virus (seroconversión) comenzando a tener síntomas parecidos a los de la gripa fuerte, estos síntomas, duran algunos días y pueden incluir fiebre, dolor de cuerpo y escalofríos, sudoración nocturna y salpullidos o erupciones de la piel. Es el periodo comprendido después de la infección y durante las próximas 8 a 12 semanas.

La mayor parte de las personas infectadas se ven saludables por muchos años aunque tengan el virus en sus cuerpos. La única forma de averiguar si una persona tiene el VIH es tomar una prueba de anticuerpos.

3. Deterioro del Sistema Inmunológico/Asintomática

Etapa después de la seroconversión hasta que aparecen los primeros síntomas y signos de la inmunodeficiencia, su tiempo promedio en México es de 7 a 10 años.

En la mayoría de los casos en que no hay una intervención con un tratamiento, el virus parece dañar lentamente al sistema inmunológico durante años después de la infección (tal vez porque el cuerpo es capaz

de combatirlo durante este tiempo). Más adelante, suele ocurrir un rápido deterioro del sistema inmunológico y el virus se reproduce más activamente.

Este daño puede ser observado a través de análisis de sangre, tal como la disminución del conteo de células T, incluso antes de que se experimenten síntomas. Es conveniente realizarse exámenes como el conteo de las células T y así observar la variación y avance del VIH con relación al tiempo. Además, es recomendable comenzar a tomar un tratamiento preventivo aún antes de desarrollar síntomas. Este concepto se conoce como "cuidado temprano" y "profilaxis". Hasta este periodo se considera **Seropositivo** al individuo que no ha presentado sintomatología alguna pero que posee el VIH.

4. Síntomas Leves y no Específicos o Linfadenopatía Generalizada Persistente

Durante esta etapa se presenta inflamación de los ganglios linfáticos, como un signo evidente de que se encuentran trabajando para contrarrestar la infección por el VIH; es posible que aquí se presenten las primeras manifestaciones como fiebres ocasionales, diarreas de corta duración, sudoraciones nocturnas, pérdida de peso, fatiga, etc. Usualmente, los síntomas aparecen cuando el virus ha causado daño considerable al sistema inmunológico. La mayor parte de las personas con VIH presentan síntomas leves antes de desarrollar enfermedades más serias.

5. SIDA

El término SIDA se utiliza para aquellas personas que presentan al menos uno de los procesos clínicos definidos que ponen en peligro la vida y que están vinculados con la inmunodepresión provocada por el VIH.

Esta es la última etapa de la infección por el VIH, se relaciona con la presencia de síntomas más graves y enfermedades sistémicas como el

síndrome de desgaste y una serie de infecciones oportunistas, es decir, aquellas producidas por agentes que no producen enfermedades en personas con un sistema inmunológico normal, pero aprovechan la "oportunidad" de manifestarse en las personas afectadas por el VIH.

Aunque muchas personas han vivido varios años después de su diagnóstico, es importante que la gente que está infectada con el VIH, reciba cuidado médico adecuado para tratar cualquier síntoma o enfermedad que desarrolle. Asimismo, se recomienda que durante la evolución de la enfermedad, se realice cada cierto tiempo, un conteo de los anticuerpos que el cuerpo produce para combatir al VIH (por medio de la prueba ELISA), un examen de laboratorio para conocer la cantidad de células CD4 que existen por milímetro cúbico y un conteo de la cantidad de partículas virales que hay en la sangre (Fundación Anti-SIDA de San Francisco, 2002e).

1.5 EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH/SIDA A PRINCIPIOS DEL SIGLO XXI

A principio de la década de los ochentas, ante la emergencia del VIH/SIDA y la necesidad de monitorear el problema, la comunidad internacional se vio obligada a instrumentar sistemas de información con base en la notificación pasiva de casos por los servicios nacionales de salud con un criterio de registro basado en la fecha en que se notificaba el caso, sin embargo, se demostró que tal información resultaba ser inexacta e inoportuna por el subregistro y extemporaneidad para la vigilancia epidemiológica, de tal forma que se recomendó por instituciones internacionales (ONUSIDA y la Organización Panamericana de la Salud "OPS"), que la información registrada debería de basarse en la fecha en que el caso es diagnosticado.

Para entender mejor lo que se quiere decir, hay que tomar en cuenta que el retraso en la notificación se refiere a los casos de SIDA ocurridos en un año determinado que son notificados a la autoridad sanitaria meses e incluso años después de que fueron diagnosticados, por su parte, el subregistro hace referencia a los casos que nunca fueron objeto de reporte epidemiológico.

En 1983 se inició en México el Registro Nacional de SIDA, que acumulaba los casos de acuerdo con la fecha de notificación y con una cobertura limitada, en la actualidad el Sistema de Vigilancia Epidemiológica ha pasado de tener una cobertura del 33% al 82%, y la extemporaneidad se ha reducido de 5 años a un promedio de ocho meses en el mismo periodo, además, se lleva a cabo un programa de vigilancia centinela en poblaciones especiales, en donde se efectúa una búsqueda activa de casos en unidades hospitalarias, se revisan periódicamente los certificados de defunción, se hace el tamizaje en donadores de bancos de sangre, entre algunas de las acciones que apoyan el fortalecimiento del Registro Nacional de SIDA (Kuri, 2002).

En los apartados siguientes se hará una revisión epidemiológica basada en datos estadísticos reportados en la fecha en que el caso es diagnosticado.

1.5.1 VIH/SIDA EN EL MUNDO

A finales del 2003, ONUSIDA ha estimado que a nivel mundial existían entre 34 y 46 millones de personas con VIH. El número acumulado de defunciones a causa del SIDA asciende a 24.8 millones, de las cuales 19.9 millones corresponden a adultos, 10.1 millones a mujeres, y 4.8 millones a menores de 15 años. Por su parte, se estima un acumulado de 14 millones de huérfanos a causa del SIDA en el mundo, de los cuales 110,000 corresponden a América Latina. El SIDA ha pasado a ser la cuarta causa de muerte en todo el mundo, pero la primera causa para el continente africano. Este impacto ha sido tan grande, que en países como Botswana y Zimbabwe la expectativa de vida al nacer se ha reducido en más de 30 años (ONUSIDA, 2003).

Cada 24 horas 7 000 jóvenes se infectan de VIH/SIDA y el 95% de los infectados pertenece a los países pobres (ONUSIDA 2003); sin embargo, pese a la gran cantidad de personas que se infectan por día, según Murillo (2002) aproximadamente el 90% de las personas que viven con el VIH/SIDA desconocen su estado de salud (ONUSIDA/OMS, 1997).

En la Figura 3, se muestra el número estimado de personas que vivían con VIH/SIDA a nivel mundial, dichas cifras fueron tomadas del informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2003 proporcionado por ONUSIDA.

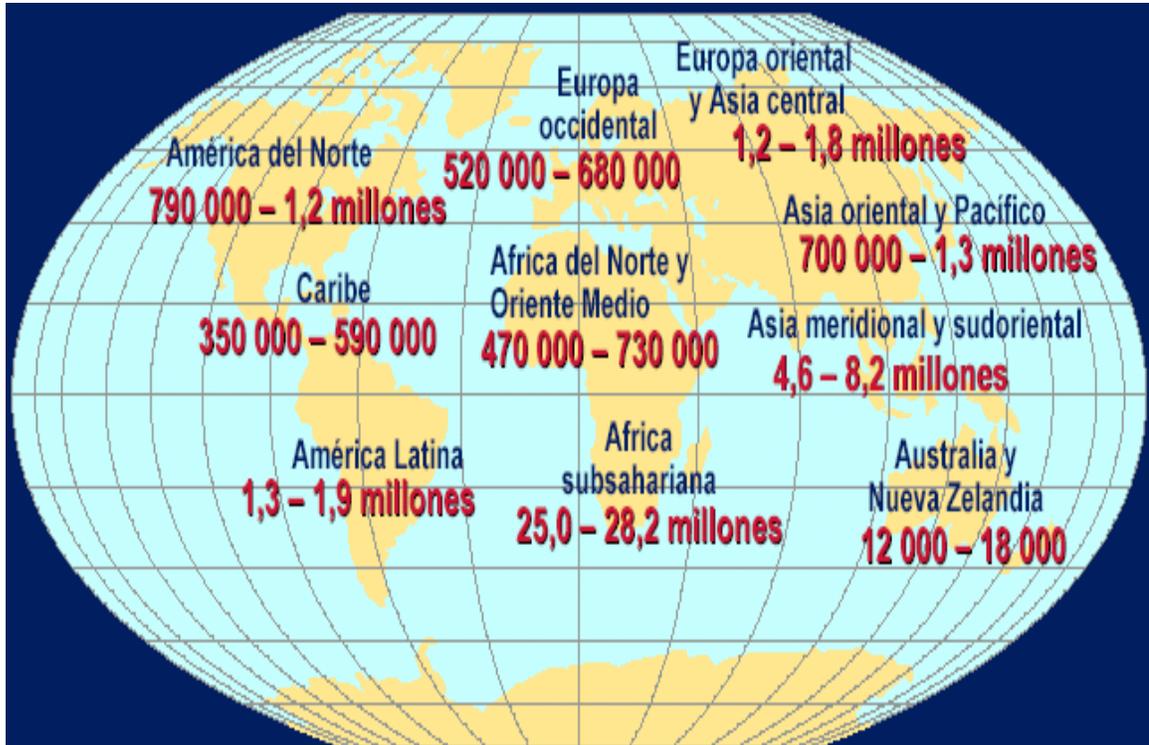


Fig. 3. Representación mundial del VIH/SIDA tomada del informe sobre la epidemia mundial del VIH/SIDA 2003.

En la actualidad el 46.25% de los casos de VIH/SIDA corresponden a mujeres. El tema mujer y SIDA empezó a generar una mayor preocupación entre los investigadores, médicos y autoridades de salud a principios de los noventa, debido a la propagación acelerada de la epidemia en la población femenina. En países de África, como Ruanda, Uganda, Zambia y Malawi, se ha encontrado que del 20% al 30% de las mujeres embarazadas son portadoras del VIH y en el África sub-sahariana existen 6 mujeres con SIDA por cada 5 hombres (Egremy, 2002).

En cuanto a niños menores de 15 años se estima que existen cerca de 3 millones de casos, lo que representa el 7.5% de la población total infectada (Figura 4).

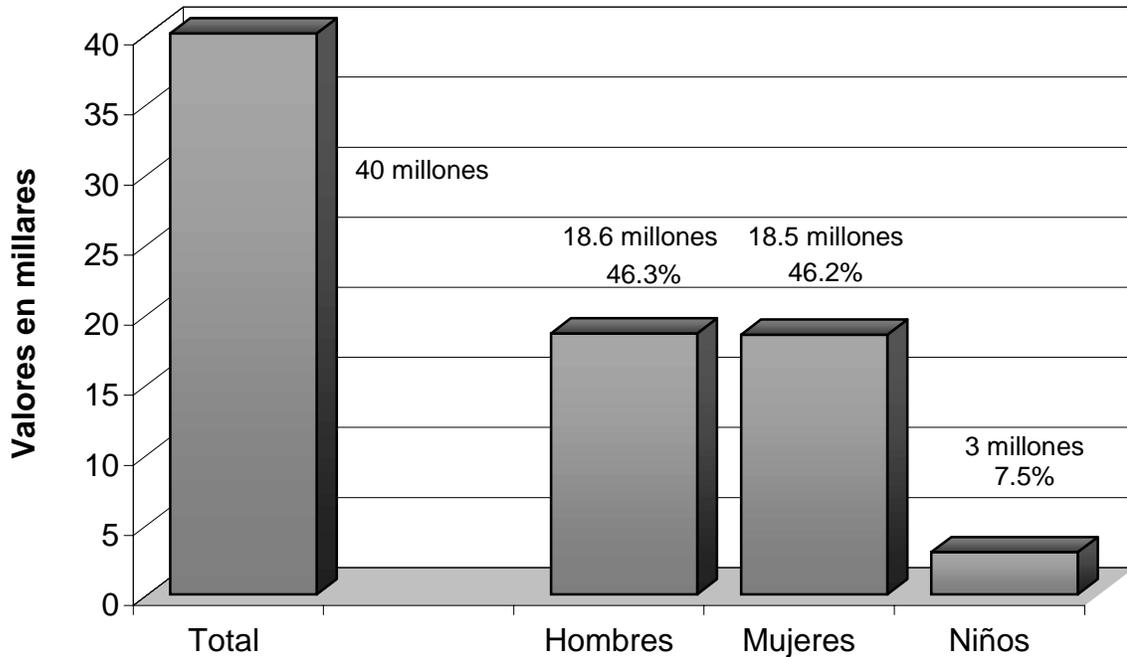
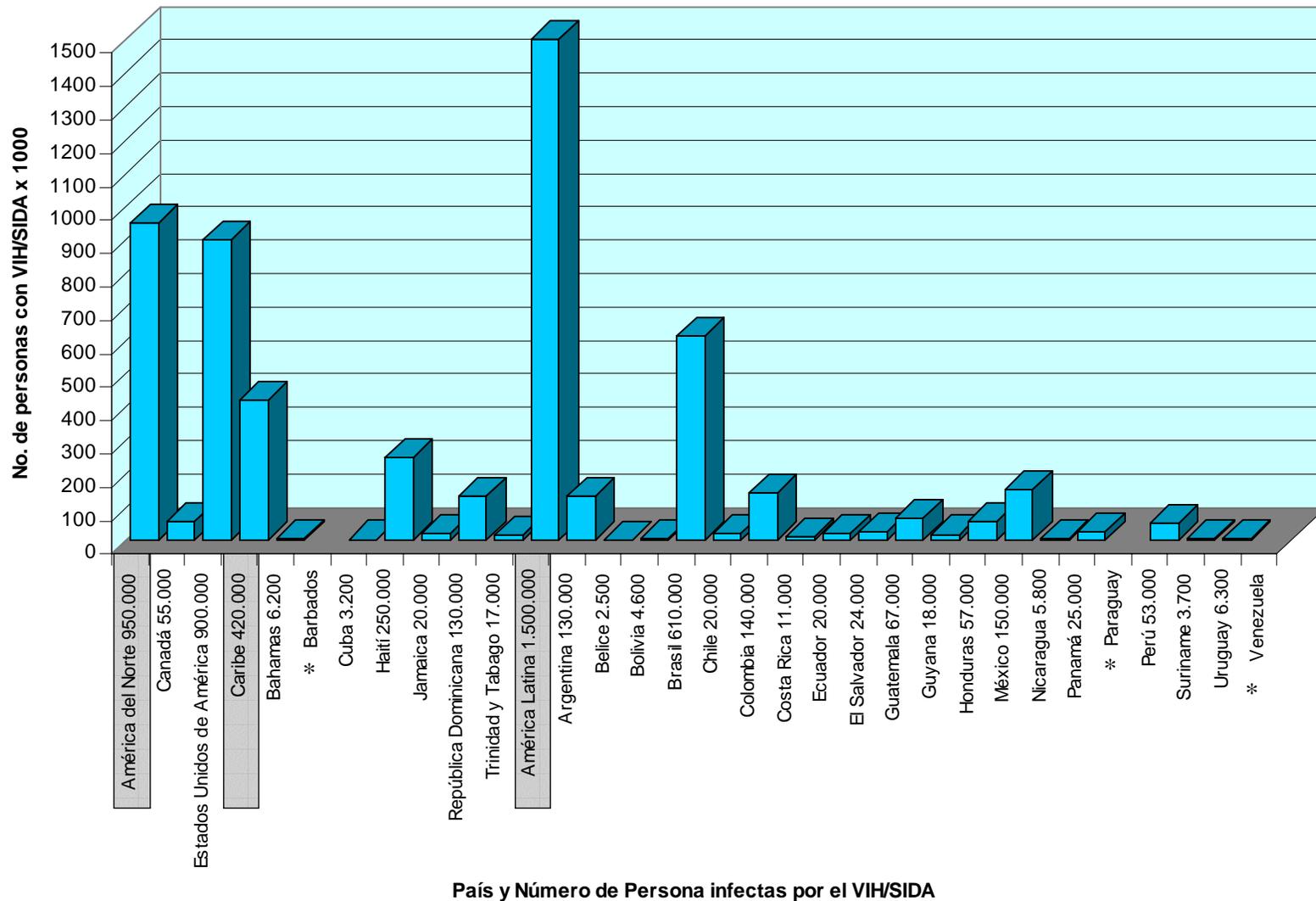


Fig. 4 Población Mundial con VIH/SIDA

A nivel de América Latina y la región del Caribe se estimó que en 1999 se infectaron 567 personas por día, lo cual implica que muchos de esos hombres, mujeres y niños morirán en la década siguiente al año de infección, uniéndose a las 557 mil muertes ocasionadas por el SIDA en las últimas dos décadas (CONASIDA, 2003).

Tomando como fuente el informe anual brindado por ONUSIDA, se estima que en todo el mundo cinco millones de personas contrajeron la infección en 2001, entre ellas 800 000 niños que si durante el próximo decenio, a partir del 2002, no reciben un tratamiento y asistencia eficaces, pasarán a engrosar las filas de los más de 23 millones de personas que ya han fallecido a causa de la enfermedad, desde que en 1981 se comunicaron las primeras pruebas clínicas del VIH/SIDA. Es de tomar en cuenta, según ONUSIDA, que por cada caso de SIDA han de considerarse de 3 a 4 casos de VIH sin haber desarrollado el SIDA.

Actualmente México ocupa el lugar número 77 a nivel mundial y el 4 en el continente americano (Figura 5).



* Datos no disponibles

Fig. 5. Estadísticas de VIH/SIDA en el continente Americano

1.5.2 VIH/SIDA EN MÉXICO

En México, al igual que en el resto de países del mundo, el SIDA se ha convertido en un problema de salud pública muy complejo, con múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas que rebasan el ámbito de la salud. De acuerdo con la tipología propuesta por ONUSIDA, México puede clasificarse como un país con una epidemia de SIDA concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH en un subgrupo de la población, pero que aún no se establece en la población en general. Cabe hacer mención que todos los datos que se manejan a continuación fueron extraídos de documentos especializados como el Boletín Epidemiológico, la Secretaría de Salud de México (SSA), la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud a través de CENSIDA, el INEGI y los boletines expedidos por CONASIDA y Amigos Contra el SIDA.

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983. A partir de la segunda mitad de la década de los ochenta la epidemia registró un crecimiento exponencial; al inicio de la década de los noventa este crecimiento se amortiguó, mostrándose una aparente tendencia hacia la estabilización de 1994 a 1999, finalmente del 2000 a la fecha el número de personas diagnosticadas con VIH ha mostrado cierta variabilidad con alrededor de 1172 casos nuevos en el año 2001 y 3078 a finales del 2002 y 2033 casos diagnosticados a finales del 2003 (Figura 6).

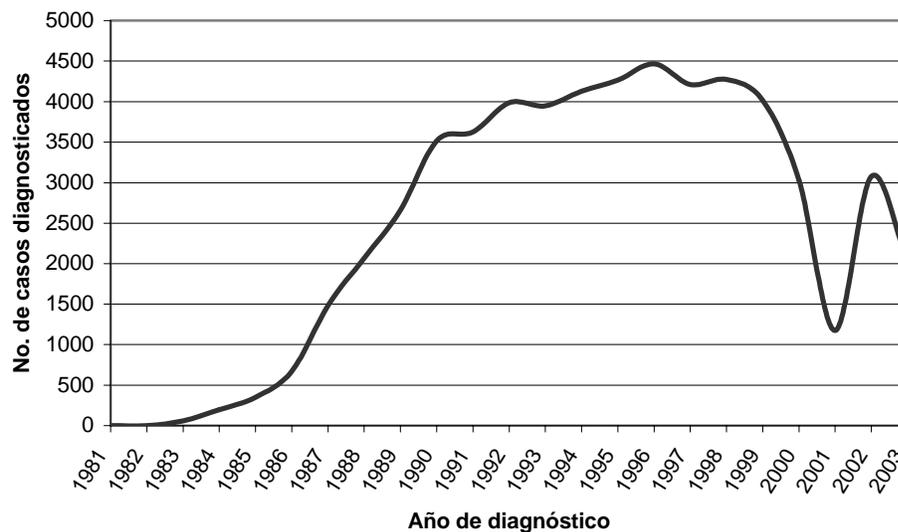


Fig. 6. Casos de VIH/SIDA por fecha de diagnóstico

A noviembre del 2003 el Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA, 2003) reportó 71'526 casos de SIDA en México, lo cual representa uno de los principales focos de atención dentro de la Salud Pública de México.

Hasta junio de 2003 se han registrado 324 nuevos casos. En la Tabla 2 podemos dar cuenta del número acumulado de casos notificados y diagnosticados por entidad federativa según el Boletín Epidemiológico Nacional con fecha del 30 de junio del 2003.

Tabla 2
Casos de SIDA según entidad federativa

Entidad Federativa	Casos acumulados (1983-2003)	Casos nuevos 2003*
Aguascalientes	788	4
Baja California	3,802	13
Baja California Sur	996	0
Campeche	1,056	3
Coahuila	1,114	11
Colima	276	0
Chiapas	1,257	0
Chihuahua	1,494	25
Distrito Federal	13,392	0
Durango	597	6
Guanajuato	1,637	9
Guerrero	2,203	10
Hidalgo	740	8
Jalisco	6,470	4
México	7,547	4
Michoacán	2,153	35
Morelos	1,631	18
Nayarit	722	0
Nuevo León	1,940	7
Oaxaca	1,686	30
Puebla	4,073	27
Querétaro	586	5
Quintana Roo	645	3
San Luis Potosí	727	12
Sinaloa	1,025	5
Sonora	887	9
Tabasco	641	3
Tamaulipas	1,447	0
Tlaxcala	559	13
Veracruz	5,083	52
Yucatán	1,786	5
Zacatecas	354	3
Se desconoce	183	0
Nacional**	69,497	324

Fuente: SSA, 2003 (semana 53). Dirección General de Epidemiología.
Registro Nacional de Casos de SIDA.

* Por año de diagnóstico.

Datos al 30 de junio del 2003.

** El total nacional no incluye extranjeros en tránsito por México.

En nuestro país según la Secretaría de Salud (SSA, 2003) hay 28'744 casos de SIDA que aún viven y de estos aproximadamente 16 mil casos son atendidos en instituciones de salud.

Considerando el número total de casos reportados, México ocupa el cuarto lugar en el continente americano, después de Estados Unidos, Brasil y Haití. A nivel de prevalencia del VIH en población adulta de 15 a 44 años de edad, México registra una cifra relativamente baja del 0.29%, sobre todo si se le compara con los países cercanos, los cuales registran cifras más elevadas como Belice (2.01%), Guatemala (1.38%), Honduras (1.92%) y los propios Estados Unidos (0.61%) (Figura 7).

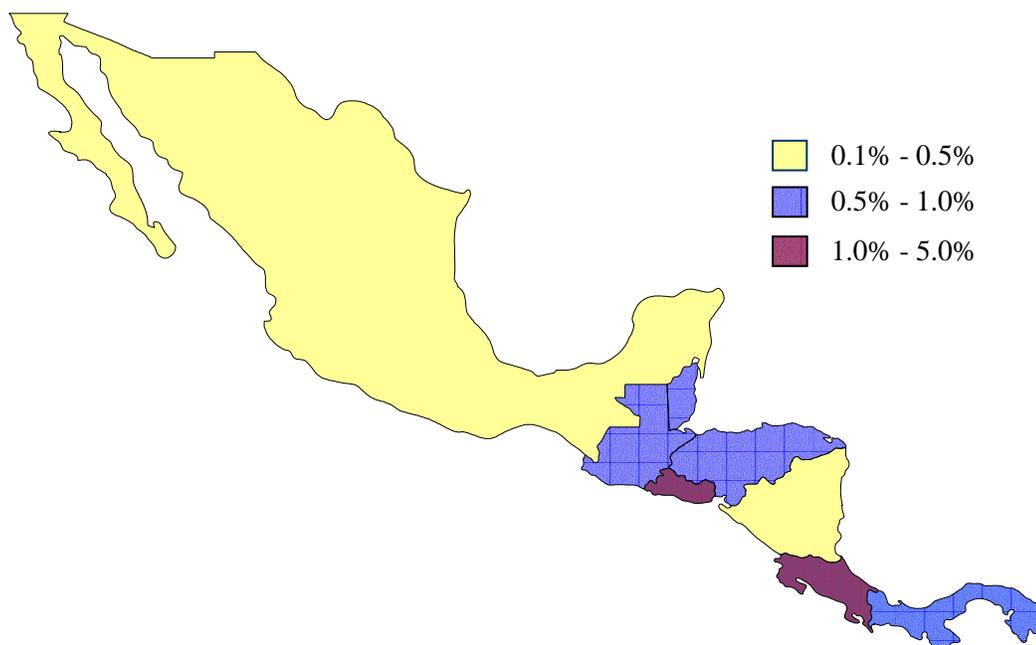


Fig. 7. Prevalencia de VIH en adultos de México y Centroamérica
Fuente: ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA.

Debido a los fenómenos de retraso en la notificación y el subregistro, se considera que en realidad pueden existir alrededor de 71'526 casos de VIH/SIDA. Se calcula, asimismo, que existen entre 116 y 177 mil personas infectadas por el VIH, de los cuales entre 42,000 y 60,100 se concentran en el grupo de hombres que tiene relaciones sexo-genitales con otros hombres; entre 69,000 y 109,350 en población heterosexual adulta; 190 a 230 en mujeres TS; 1,900 a 2,890 en usuarios de drogas inyectables; y entre 3,000 y 4,550 en población reclusa.

La transmisión sexual ha sido la causante del 89.7% de los casos acumulados de SIDA en México, de los cuales 53.8% corresponden a relaciones homosexuales y bisexuales y el 35.9% a heterosexuales. El 9.5% se originaron por vía sanguínea, de los cuales 6.9% corresponden a transfusión sanguínea, 0.8% están asociados al consumo de drogas inyectables, 1.1% a donadores, 0.7% a hemofílicos, y menos del 1% a la categoría exposición ocupacional. La transmisión perinatal representa el 1.9% del total de casos; y por último, una categoría denominada por CONASIDA como “se desconoce” ocupa un porcentaje del 34.6%, aunque esta categoría quedó fuera del cálculo se muestra la cifra para conocer su magnitud (CONASIDA, 2003).

El 84.8% de los casos acumulados de SIDA corresponden a hombres y el 15.2% a mujeres, estableciéndose una relación hombre-mujer de 6 a 1, la cual se incrementa de 8 a 1, cuando se analizan únicamente los casos acumulados por transmisión sexual (hombres 88.7% y mujeres 11.3%); es de considerar que a principios de la epidemia del VIH/SIDA en México la proporción hombre-mujer era de una mujer por cada 30 hombres. Este aumento de casos en mujeres se explica por una mayor vulnerabilidad a la infección por VIH con respecto a los varones, determinada por factores biológicos, epidemiológicos y sociales. Sin embargo, en el interior del país se observan entidades federativas con relaciones que van de 3 a 1 (Puebla, Tlaxcala y Morelos), hasta otras con razones de 12:1 (Nuevo León). Lo anterior muestra la heterogeneidad en la forma de transmisión del SIDA a lo largo del territorio nacional, que en algunas entidades es predominantemente homo/bisexual y en otras heterosexual (CONASIDA, 2003).

En México se han reportado 9'771 casos de SIDA en mujeres acumulados desde el inicio de la pandemia al 30 de junio del 2003, correspondiendo al 14.1% del total de los casos registrados. Las entidades donde se ha presentado el mayor número de casos en mujeres son el Distrito Federal, Jalisco, el Estado de México y Puebla, y el grupo de edad más afectado se encuentra entre los 15 y los 44 años (CONASIDA, 2003).

Las entidades federativas las mayores tasas acumuladas de SIDA son el Distrito Federal, Jalisco, Baja California Sur y Morelos y las de menores tasas acumuladas son Chiapas, Zacatecas San Luis Potosí y Guanajuato.

Según el Registro Nacional de Casos de SIDA, actualmente se encuentran vivos el 44.1% de los casos de SIDA. Un análisis por institución nos muestra que, alrededor de uno de cada dos casos se concentran en la Secretaría de Salud (49.9%), cerca de una tercera parte en el Instituto Mexicano del Seguro Social - IMSS- (34.3%) y tan sólo un 7.6% en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el 8.1% en otras instituciones del gobierno no especificadas (CONASIDA, 2003).

La transmisión sexual ha sido la causante principal de los casos acumulados de SIDA en México. En este sentido, se ha considerado como un país cuya epidemia se concentra fundamentalmente en el grupo de homosexuales y bisexuales con un peso superior al 50% en el total de casos acumulados. Sin embargo, al clasificar los casos según el año de diagnóstico, puede observarse que dicho grupo muestra una tendencia sostenida a la disminución en los últimos años, en tanto que la proporción de transmisión heterosexual crece de manera importante (Figura 8).

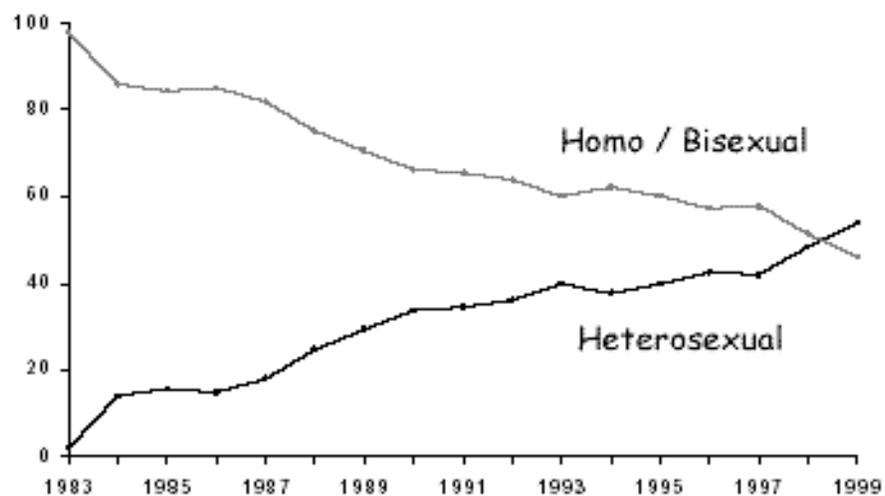


Fig. 8. Proporción de casos de SIDA por transmisión sexual según año de diagnóstico
Fuente: CONASIDA 2002

Otro dato que parece confirmar lo anterior es la reducción proporcional con respecto a la relación de hombres y mujeres infectadas con VIH, ya que -según la fecha de diagnóstico- al inicio de la década de los noventa por cada once hombres infectados existía una mujer infectada (11:1), dicha relación se redujo a 6:1 al finalizar los 90's. Este efecto es posible verlo en diversas entidades federativas, ya que en estados como Yucatán, Distrito Federal, Nuevo León y Quintana Roo, el grupo de homosexuales y bisexuales tiene una proporción acumulada de casos superior al 70% con respecto al total de casos por transmisión sexual; mientras que en estados Tlaxcala, Puebla, Chiapas, Hidalgo y Michoacán, registran cifras inferiores al 50%.

Hablando de la transmisión perinatal, en México constituye la principal vía de contagio del VIH/SIDA en menores de 15 años, ya que dos de cada tres casos se deben a esta forma de contagio (68.7%). La transmisión sanguínea se relaciona con alrededor de uno de cada tres casos pediátricos (28.5%). Los casos asociados a la transmisión sexual ascienden a 2.8%. Cabe destacar que se desconoce la vía de transmisión en poco más de una quinta parte del total de casos pediátricos (22.5%). Según el Registro Nacional de Casos de SIDA, actualmente se encuentran vivos el 45.4% de los casos de menores de 15 años, y el resto ya fallecieron.

México cuenta con una política nacional de tratamiento gratuito, que intenta cubrir al 100% de las mujeres embarazadas y los menores de 18 años. Asimismo, se ha conseguido mantener en un nivel bajo la prevalencia de infección por VIH en mujeres embarazadas (0.09%). Según las estadísticas, hasta el 30 de junio del 2003, se presentaron 768 casos acumulados y diagnosticados por transmisión perinatal.

Por otro lado, en México existen disposiciones legales desde 1986 en que se prohíbe la comercialización de sangre y que obligan a que toda la sangre transfundida sea analizada previamente. Además, se han realizado actividades educativas dirigidas a los donadores, con la finalidad de evitar que personas con prácticas de riesgo donen sangre. Como resultado de lo anterior, los casos nuevos

de SIDA debidos a transfusión sanguínea y hemoderivados, según fecha de diagnóstico, comenzaron a disminuir a partir de 1988 y de 1999 al 2003 no se han presentado casos relacionados con esta forma de transmisión (Figura 9).

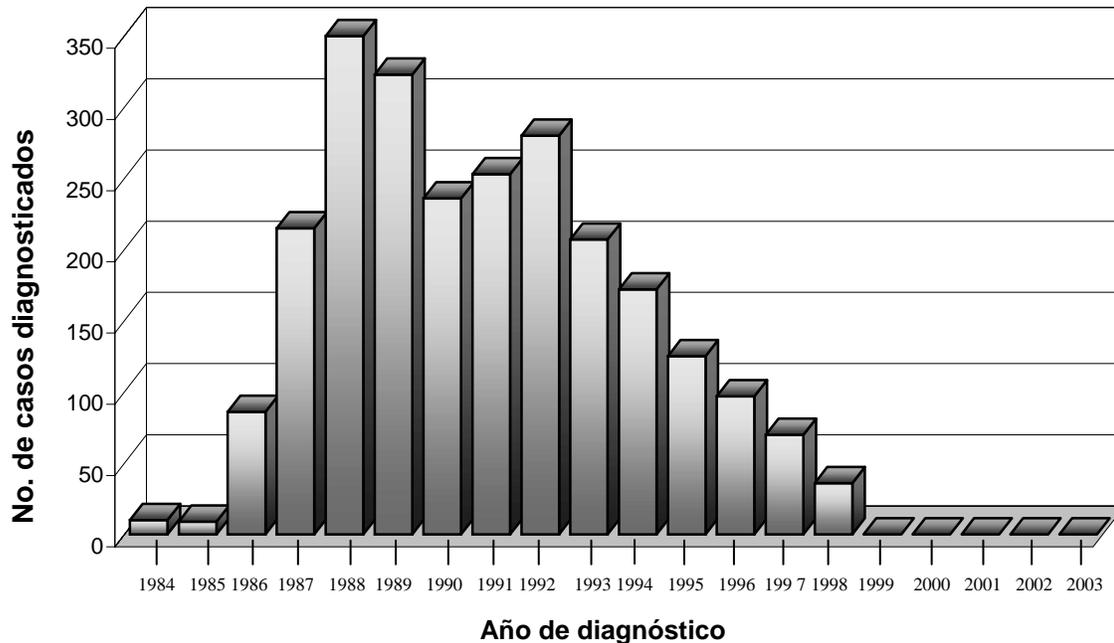


Fig. 9. Casos de SIDA por transfusión según la fecha de diagnóstico. Datos actualizados al 30 de junio del 2003

Haciendo una revisión del índice de mortalidad por edades podemos encontrar que en la edad productiva es donde se encuentra el mayor índice de mortalidad del SIDA con una tasa de 6.5 muertes por cada 100'000 habitantes. Ocupando el séptimo lugar de mortalidad en nuestro país. Mientras que en las demás edades no figura dentro de las 20 principales causas de muerte (SSA, 2002b).

Actualmente la población más afectada son los jóvenes y adultos de entre 15 y 44 años de edad quienes se encuentran entre el 79.2% del total de casos. En este grupo la tasa de mortalidad en varones es de 7.2% y se encuentra en el 16vo. lugar antes de suicidios y enfermedades hipertensivas, vemos entonces una disminución en el índice de mortalidad en varones, pues durante año de 1998 la tasa de mortalidad era de 17.2% y representó la cuarta causa de muerte en México (SSA, 2002b).

Por su parte, durante el mismo periodo, la tasa de mortalidad por SIDA en mujeres de este mismo grupo de edad pasó de 2.8 muertes por cada 100,000 habitantes a 1.4 mostrando un descenso en la tasa de mortalidad y actualmente no figura dentro de las 20 principales causas de muerte en mujeres (SSA, 2002b).

A MANERA DE RESUMEN

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), que ataca al sistema de defensa del ser humano y lo deja desprotegido ante cualquier micro-organismo. Es considerado como un conjunto de síntomas y manifestaciones de enfermedad, debido a una inutilización del sistema inmunológico, encargado de reconocer y eliminar a los microorganismos dañinos para el ser humano. Es así como debido a su función insuficiente la inmunodeficiencia hace que el organismo humano quede expuesto a un sinnúmero de infecciones y cánceres.

El VIH fue descubierto en 1978 en los estados Unidos en población homosexual, sin embargo, se tienen datos de su existencia desde 1959. En México el primer caso de VIH/SIDA fue reportado en el año de 1983. El VIH es un retrovirus de la familia de los lentivirus, lo cual quiere decir que es asintomático ya que una vez que alguien se infecta, el virus comienza a destruir las células CD4+, pero de manera silenciosa sin presentar sintomatología alguna hasta después de un promedio de 7 a 10 años.

La evolución del virus en nuestro cuerpo va desde la infección hasta el desarrollo del SIDA, pasando por la infección aguda o seroconversión, deterioro del sistema inmune o seropositividad, síntomas leves y no específicos o linfadenopatía generalizada persistente, en el orden respectivo.

Las principales vías de transmisión del VIH son: la vía sexual, vía sanguínea y la vía perinatal. Asimismo, existen conductas ampliamente relacionadas con la transmisión del virus y que son consideradas como conductas de alto riesgo, éstas pueden ser sexuales y laborales, entre otras.

El VIH/SIDA es actualmente una de las enfermedades que más llama la atención en cualquier ámbito. El número de personas que se infecta y muere a causa del VIH/SIDA va en aumento, de tal forma que para el 2010, se calcula que existirán un promedio de 30 millones de personas muertas a causa del VIH/SIDA. En el mundo existen hasta finales del 2003, entre 34 y 46 millones personas con el VIH/SIDA, de los cuales 24.8 millones han muerto, 19.9 millones son personas

adultas y de éstas 10.1 millones son mujeres y además existen casi 4.8 millones de niños menores de 15 años infectados por el virus y casi 14 millones de huérfanos. El SIDA se ha convertido en la cuarta causa de muerte en el mundo.

En México desde el inicio de la epidemia y hasta el 30 de junio del 2003 existen de manera acumulada 71'526 casos de VIH/SIDA notificados y de entre 116 mil y 177 mil casos considerando el retraso y subregistro. De los cuales un 40% de casos se encuentran vivos (SSA, 2003). México ocupa el lugar número 77 a nivel mundial y el 23 en América Latina y el Caribe. La mayor concentración de personas con SIDA, está en el Distrito Federal y los estados de Jalisco, Baja California Sur y Morelos con una tasa de incidencia acumulada por arriba del 80%.

*No es un decir:
es un hacer.
Es un hacer
que es un decir.*

(Octavio Paz)

CAPITULO 2

MODELOS PSICOLÓGICOS DE LA SALUD QUE HAN ABORDADO EL VIH/SIDA

A partir de los años 70's surge el interés por el desarrollo de investigaciones sobre la prevención de comportamientos de riesgo relacionados con la salud. Dichas investigaciones centraban sus objetivos en analizar de forma sistemática las relaciones existentes entre el comportamiento y la salud, poniendo especial énfasis en la prevención de conductas relacionadas con la enfermedad, tomando como referencia un sistema más preventivo que curativo que fue impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en donde el objetivo básico es proteger y promover la salud como alternativa al tratamiento o la rehabilitación (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997; Simón, 1993).

Este nuevo énfasis por la prevención y la promoción de la salud, dirige sus acciones a la modificación de los hábitos y estilos de vida inadecuados de los individuos, así como al medio físico y normativo en que se desenvuelven, ya que la investigación epidemiológica ha demostrado que un alto porcentaje de las enfermedades están estrechamente ligadas a factores comportamentales (Simón, 1993).

A este respecto, existen actualmente una gran variedad de modelos psicológicos en el área de la salud que intentan evaluar, describir e incluso predecir en las personas, los comportamientos de riesgo con respecto al binomio salud-enfermedad; sin embargo, la gran mayoría de estos modelos psicológicos abordan el proceso de la salud-enfermedad desde la perspectiva cognoscitiva, partiendo de que son los “procesos internos” (cogniciones) de las personas, las que influyen (causalmente) en el desarrollo de conductas instrumentales preventivas, siendo ésta, hasta ahora, una postura ampliamente aceptada, estudiada y parcialmente eficaz al abordar el binomio salud-enfermedad desde lo psicológico (Soto, Lacoste, Papenfuss y Gutiérrez, 1997).

Pretendemos, a lo largo del capítulo 3, mostrar una forma diferente de abordar el proceso de la salud-enfermedad, dicha forma obedece a la postura Interconductual; no obstante, es pertinente primero, describir cuatro de los modelos psicológicos de la salud, más utilizados en la prevención del VIH/SIDA y que tienen en común el marco teórico cognoscitivo. Estamos hablando del modelo de Creencias de la Salud, el modelo de Acción Razonada, el modelo Transteórico y el modelo de Autoeficacia, los cuales intentan identificar y modificar, a partir de sus supuestos teóricos, las variables psicológicas relacionadas con la emisión de conductas saludables o de riesgo en relación con la transmisión del VIH.

2.1 MODELO DE CREENCIAS DE SALUD

El Modelo Creencias de Salud (MCS) o *Health Belief Model* (HBM) es el modelo más antiguo y el más utilizado en la explicación y promoción de las conductas de salud, fue originalmente desarrollado en los años 50's por un grupo de especialistas en psicología social del departamento de salud pública norteamericano, encabezados por Hochbaum (1958, citado en Rosenstock, Strecher & Becker, 1994) quienes intentaban dar respuesta a la escasa participación pública en programas de detección y prevención de enfermedades.

Años más tarde, Rosenstock (1966; citado en Latorre y Benert, 1992) se encargó de desarrollar y ampliar el modelo, el cual fue modificado posteriormente

por Becker y Maiman (1975, citado en Roa, s.f.) para dejarlo como actualmente lo conocemos.

El modelo de Creencias de Salud, es un modelo que se construye a partir de una valoración subjetiva que se tiene sobre determinada expectativa (*value expectancy*). Lo cual quiere decir, en el ámbito de la salud, que el valor será el deseo de evitar la enfermedad mientras que la expectativa se refiere a la creencia de que una acción determinada prevendrá o mejorará el proceso (Rosenstock et al., 1994).

Este modelo concibe como variable principal la influencia cognitiva sobre la conducta; considerando que las creencias (percepción subjetiva sobre un tema en particular) y las actitudes (evaluación de los resultados de una conducta), pueden llegar a determinar de forma significativa la puesta en práctica de conductas saludables.

El modelo refiere que las conductas saludables se dan en función de dos tipos de factores, por un lado, tenemos **la percepción de amenazas contra la salud** y por el otro lado, **las creencias de los individuos sobre la posibilidad de reducir esas amenazas**. Cada uno de estos factores considera, a su vez, otras variables.

La **percepción de amenaza contra la salud** esta conformada por:

- a) **Valores generales para la salud.** Se requiere, en primera instancia, que las personas consideren que *poseer* una buena “salud” es una característica prioritaria de las personas.
- b) **Percepción de vulnerabilidad.** Se refiere a la percepción subjetiva del riesgo de enfermar. En el caso de ya estar enfermo, correspondería a la aceptación del diagnóstico y su percepción de mayor vulnerabilidad hacia nuevas enfermedades o condiciones limitantes derivadas de la enfermedad.
- c) **Percepción de la gravedad.** Sentimientos acerca de qué tan serio puede ser el enfermar incluyendo consecuencias médicas, sociales y

económicas, entre otras. Cabe hacer mención que la percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad, en su conjunto, pueden etiquetarse como **“percepción de amenaza”**.

Por otro lado, las características que le dan origen a **las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza**, tiene que ver con:

- a) **Percepción de beneficios.** Son las expectativas positivas que tienen las personas para llevar a cabo conductas de protección.
- b) **Percepción de los costos de acción o barreras.** Se refiere a la percepción que tienen las personas sobre lo que implica (costos) el llevar a cabo una conducta preventiva y los beneficios que obtendrán por la emisión de ésta, si los beneficios superan los costos, entonces el comportamiento saludable estará en condiciones de presentarse.
- c) **Creencia en la eficacia de los medios concretos.** Se considera eficacia de los medios concretos a aquellas habilidades que el sujeto *crea* poseer para poder llevar a cabo determinada conducta y lograr su objetivo, considerándose estas habilidades como un disparador de acción.

Cabe mencionar que también se toman en cuenta otras variables que pueden ser de origen demográfico que pueden influir en la emisión de conductas de salud por medio de la percepción de cada uno de los componentes antes planteados. En resumen, y como se puede ver en la Figura 10, la concurrencia simultánea de **la percepción de amenaza contra la salud y la creencia sobre la posibilidad de reducir la amenaza de enfermarse**, favorecen la adopción de determinados patrones de conducta, que serían conducentes a la conservación y mejoramiento de la salud, a la evitación de situaciones de riesgo y a la prevención de enfermedades (Espada y Quiles, 2002; Fan et al., 2000; Kaplan, Sallis & Patterson, 1993; Latorre y Benert 1992; Roa, s.f. Rosenstock et al., 1994).

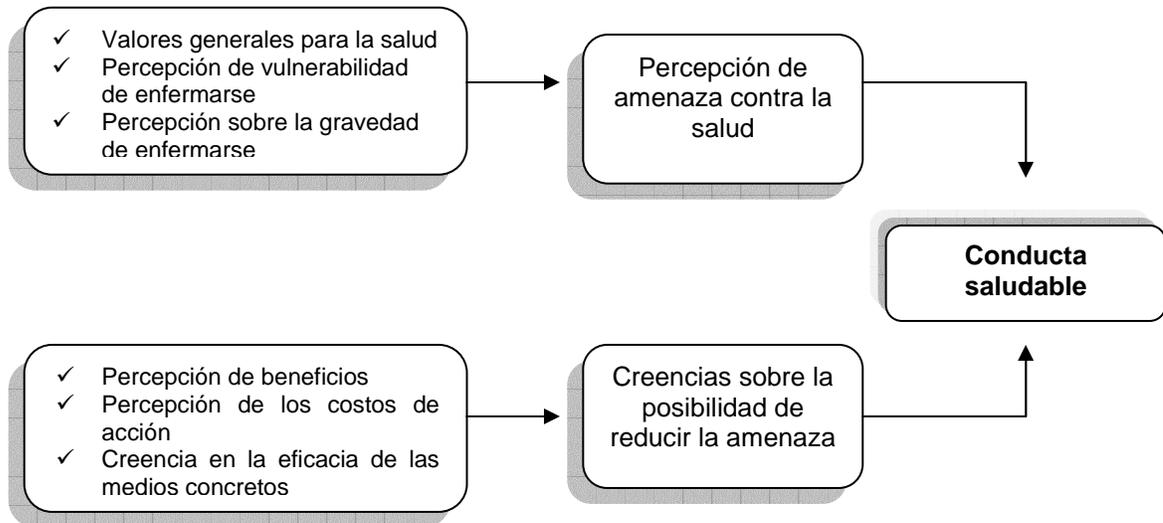


Fig. 10. Diagrama del Modelo de Creencias de Salud

Considerando los 6 elementos que presenta el modelo de Creencias de Salud, la **emisión de conductas sexuales seguras** para la prevención de la transmisión del VIH, es el resultado de que las personas **consideren su salud como un elemento importante** en sus vidas, **crean que son vulnerables** al contagio del VIH y **perciban qué tan grave** es para su salud ser portador del VIH (con estos elementos podemos decir que se cumpliría con la percepción de amenaza). La otra parte del modelo, consiste en que las personas **perciban los beneficios** obtenidos de un estado de salud libre de enfermedades, que las personas **crean que cualquier medida preventiva** en la transmisión del VIH (desde el uso del condón hasta el abstenerse de tener relaciones sexogenitales) **vale la pena** para evitar el contagio del mismo -pese a las características que dicha medida implica- y que las personas se **consideren capaces** de poder llevar a cabo comportamientos que garanticen la conservación de su salud y el logro de su objetivo (en este caso evitar la transmisión del VIH).

Desde este modelo, los estudios realizados con respecto al VIH/SIDA suponen que con la *percepción de amenaza* frente a la transmisión del VIH y una fuerte *creencia sobre la posibilidad de reducir dicha amenaza*, mayor será la emisión de *conductas preventivas* ante la posibilidad del contagio del VIH. No obstante, nuestra revisión bibliográfica demostró que las condiciones para que la

percepción de la amenaza se presente -en la transmisión del VIH- no están dadas, ya que no existe una relación directa entre *la percepción de vulnerabilidad y la percepción de gravedad*. A este respecto Soto et al. (1997) consideran que la relación entre la *percepción de vulnerabilidad* de infección de VIH y la *percepción de gravedad*, no es significativa ya que existe, por lo menos en España, un alto porcentaje de personas que consideran el VIH/SIDA como una enfermedad grave, sin embargo, estas mismas personas se consideran poco *vulnerables* ante la transmisión de VIH/SIDA y por ende, la *percepción de amenaza* no se presenta.

Lo anterior, constituye una de las principales críticas que se le han hecho a este modelo, ya que no se ha podido demostrar que existe una relación directa entre la *percepción de gravedad* y la *percepción de qué tan vulnerables* somos ante el VIH, pues aunque existe una *percepción* de que el VIH/SIDA es lo suficientemente *grave* como para tenerlo en consideración, la *percepción de vulnerabilidad* es muy baja y por ende la acción o acciones a tomar para reducir la amenaza no figuran en el repertorio de las personas (De León, Pelcastre y Rojas, 1999; Del Rio y Rico, 1996; Díaz y Rivera, 1999; Díaz et al., 1999; Flores y Díaz, 1999; Díaz y Alfaro, 1999; Páez, Ubillos, Pizarro y León, 1994; Peterson, et al. 1992; Ramos, Díaz, Saldivar y Martínez 1992; Reyes, 1990; Soto et al., 1997).

Incluso existen evidencias de que las personas que ejercen comportamientos considerados como de riesgo en la transmisión del VIH, *no se perciben como más vulnerables* en comparación con quienes no ejercen dichas conductas. De la misma manera, las personas que creen que han estado en peligro de contagiarse con el VIH y que creen que sus “características especiales” son las que han evitado que se contagien o bien han eliminado el virus de su organismo, tienden a presentar un mayor número de conductas de riesgo, a diferencia de quienes creen que no han estado expuestos al virus, lo cual demuestra que la *percepción de vulnerabilidad* no es un factor que se vincule con la *percepción de gravedad* o viceversa. Asimismo, se ha demostrado que cuando los niveles de percepción de la gravedad son tan altos que provocan miedo, las conductas preventivas se inhiben e incluso el miedo, producto de la *percepción de la amenaza*, lejos de promover la prevención, hace que el portador se oculte, que

la comunidad aumente su rechazo hacia él y que cada individuo niegue sus conductas de alto riesgo (Del Rio y Rico, 1996; Díaz y Alfaro, 1999).

El hecho de que las personas no se *perciban vulnerables* al contagio del VIH/SIDA, es un fenómeno ampliamente estudiado (De León et al., 1999; Díaz y Rivera, 1999; Díaz et al., 1999; Flores y Díaz, 1999; Díaz y Alfaro, 1999; Peterson et al., 1992; Ramos et al., 1992; Reyes, 1990) de tal manera que se tiende a atribuir el contagio del VIH a una imagen “gay”, al número de parejas sexuales, al uso ilegal de drogas y a conductas inmorales y castigadas, creando así estereotipos de las personas que pueden contagiarse del SIDA y al no coincidir dichos estereotipos con la autopercepción de las personas, éstas se suponen *invulnerables* al contagio del VIH/SIDA.

Esta escasa *percepción de vulnerabilidad*, a la que hacemos mención en el párrafo anterior, no es exclusiva de México o de otros países subdesarrollados como suele pensarse, pues la *percepción* mundial sobre la *vulnerabilidad* no es del todo diferente, ya que en los países desarrollados como Francia, el 61% de los hombres y el 58% de las mujeres declararon sentirse protegidos por creer que sus elecciones de pareja eran “buenas” aunque solo hubieran utilizado el aspecto físico de la persona o la creencia de que no pertenece a los grupos de alto riesgo (Del Rio y Rico, 1996).

Además, según Choi, Diehl, Yaqi, Qu & Mandel (2002) existen otros factores que influyen de manera importante para que exista una baja *percepción de vulnerabilidad*, tales como la situación económica, el no saber identificar parejas de alto riesgo, la confianza que se le atribuye a la pareja, el conocer una pareja atractiva o el mantenerse en un ambiente en que abunda el sexo público.

Asimismo, en un reporte presentado por Páez et al. (1994) se menciona que variables tales como la *percepción de vulnerabilidad* y la *percepción de gravedad*, al igual que *las barreras*, pueden variar de un contexto a otro e incluso de una persona a otra, ya que dicha percepción puede responder a la concepción que uno tiene de su pareja, de la fidelidad, la tendencia sexual, los factores culturales, educativo e intelectuales, entre otros.

En lo que respecta a la *percepción de los costos de acción o barreras* que se presentan en la emisión de conductas preventivas, tales como el uso del condón como método para prevenir la transmisión del VIH, encontramos en un estudio realizado por Ehrhardt et al. (2002) en una muestra de sexoservidoras de Filipinas, que tanto ellas como sus clientes consideran que el uso del condón reduce el placer y esta reducción de placer representa un barrera para el uso del condón, ya que el sacrificar el placer es un costo demasiado alto que muchas (os) no están dispuestas (os) a pagar.

Por otro lado y considerando que la utilización del modelo con personas diagnosticadas como seropositivas tiene, entre otros tantos objetivos, la búsqueda de adherencia a los tratamientos terapéuticos, Steele et al. (2001) evaluaron si existía relación entre dos de los componentes del modelo de Creencias de Salud (percepción de vulnerabilidad y barreras) y la adherencia a la terapia antiretroviral (ART por sus siglas en inglés). Sus resultados muestran que aunque la *percepción de vulnerabilidad* es moderada y se perciben pocas *barreras* para lograr la adherencia a la ART, no existe una mayor adherencia al tratamiento. Los autores concluyen entonces, que no existe una relación significativa entre las variables del modelo evaluadas y los resultados en la adherencia al tratamiento.

Finalmente, Latorre et al. (1992) consideran que el Modelo de Creencias de la Salud es un modelo limitado para ayudar a establecer comportamientos que promuevan y favorezcan la salud, ya que pese a los resultados positivos que se han encontrados en determinadas conductas de salud (como la eliminación del tabaquismo, profilaxis dental, dietas para el control de la obesidad, vacunación, etc.) estos, no son lo suficientemente contundentes.

2.2 MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA

Propuesto por Martín Fishbein e Icek Ajzen, el modelo de Acción Razonada tiene sus inicios en 1967 (Fishbein, Middlestadt & Hitchcock, 1994). Dicho modelo concibe al ser humano como un animal racional que procesa la información o la utiliza sistemáticamente, es así, como se vislumbra al sujeto como un tomador racional de decisiones, el cual se comporta en función de la valoración que realiza de los resultados de su comportamiento y de las expectativas que tiene sobre su comportamiento en relación a obtener determinados resultados (Becker et al., 1998; Kaplan et al., 1993; Latorre y Benert, 1992; Roa, s.f.).

Fishbein y Ajzen (1967, citados en Fishbein et al., 1994), con el modelo de la Acción Razonada intentan integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar las conductas saludables. Postulan que una conducta saludable es el resultado directo de la **intención comportamental**, es decir, de la intención del sujeto para llevar a cabo determinado comportamiento, ya que consideran que muchos de los comportamientos de los seres humanos se encuentran bajo control voluntario por lo que la mejor manera de predecir la conducta es por medio de la **intención** que se tenga de realizar o no dicho comportamiento. Esta **intención comportamental** (ver Figura 11) estará en función de dos determinantes: uno de naturaleza personal (**actitudes**) y el otro que es reflejo de la influencia social (**norma subjetiva**).

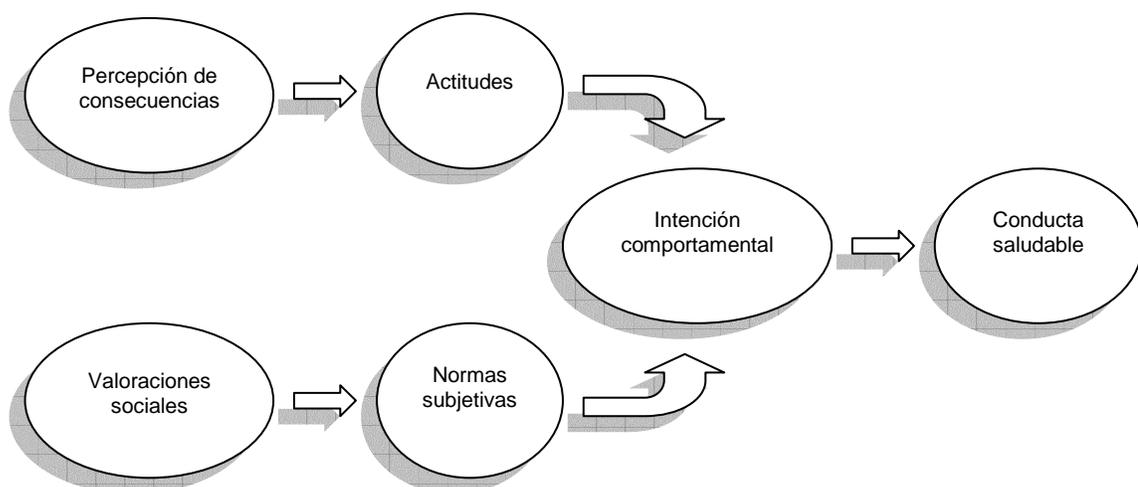


Fig. 11. Representación esquemática del Modelo de la Acción Razonada

Las **actitudes** hacia un comportamiento específico son un factor de tipo personal que comprende los sentimientos afectivos del individuo, ya sean de tipo positivo o negativo con respecto a la ejecución de una conducta preventiva y las percepciones de apoyo social que se tengan de dicha conducta. Las actitudes dependen a su vez de la **percepción de las consecuencias**, es decir, de las creencias que tienen las personas de que ciertas conductas producen determinados resultados y las evaluaciones de esos resultados.

Por otro lado, la **norma subjetiva** se define como la percepción de la persona sobre las presiones sociales que le son impuestas para realizar o no un determinado comportamiento, considerando las **valoraciones sociales** que se tienen, acerca del comportamiento del propio sujeto y la motivación general que posee él mismo para actuar conforme a las normas.

En síntesis, el modelo de la Acción Razonada establece que la intención de realizar o no realizar una conducta es una especie de balance entre lo que uno cree que debe hacer (actitudes) y la percepción que se tiene de lo que los otros creen que uno debe de hacer (norma subjetiva).

Asimismo, si lo que se desea es lograr hacer un cambio de conducta, Fishbein y Ajzen (1967, citados en Fishbein et al., 1994) consideran que una intervención desde el modelo de la Acción Razonada, debe integrar un grupo de variables que se encuentran relacionadas con la toma de decisiones a nivel conductual y debido a que toda *acción* ocurre respecto a un *objetivo*, en un *contexto* determinado y en un punto en el *tiempo*; entonces, la selección e identificación de dicha conducta debe tomar en cuenta estas variables.

Al referirse a la **Acción**, Fishbein et al. (1994) consideran necesario especificar de forma clara la conducta a analizar, ya que no es lo mismo dirigir la intervención al saber usar un condón, a comprar un condón o a traer consigo un condón.

Por su parte, el **Objetivo**, responde a la necesidad de saber lo que se quiere obtener, pues no es lo mismo acudir a una tienda de abarrotes, a una farmacia de autoservicio, a un supermercado o a una condonería, para adquirir

condones u otro tipo de medidas que contribuyan a la prevención en la transmisión del VIH (dedales de látex, condones de sabores, etc.).

En cuanto al **Contexto**, éste se refiere a la situación en dónde se pretende llevar a cabo la conducta deseada, esto es, el uso del condón con la pareja estable o con parejas casuales o bien con sexoservidoras.

La última variable a considerar es el **Tiempo**, es decir, el momento en que se ha de dar cierto comportamiento, pues no es lo mismo “usar condón *la próxima vez* que tenga relaciones sexogenitales con mi pareja estable” a “usar condón *todas las veces* que tenga relaciones sexuales anales con mi pareja estable”.

Toda vez que se han identificado y especificado las variables antes mencionadas, se puede dar paso al diseño de la mejor técnica para la prevención de la conducta problema ya que cada conducta requiere de una estrategia de intervención específica. Cabe aclarar que cualquier cambio en cada uno de los elementos antes presentados, representa la redefinición de la conducta de interés. Finalmente se ha de considerar que para obtener el mayor grado de eficacia de las intervenciones, éstas deben influir en las creencias que tiene el sujeto sobre la conducta a realizar, ya que si las expectativas de un sujeto acerca de una conducta determinada son positivas, las actitudes se dan en los mismos términos positivos, lo mismo pasa con las expectativas negativas y sus actitudes (Fishbein et al., 1994).

Para la intervención es necesario también determinar si la intención está bajo el control actitudinal, normativo o ambos, y una vez identificado el nivel en que se da, se debe de cambiar o reforzar la actitud o la norma subjetiva en razón de los resultados esperados (Fishbein et al., 1994).

La aplicación de este modelo en la prevención de la transmisión del VIH, consiste, por ejemplo, en **valorar positivamente el uso del condón y tener expectativas favorables acerca de los beneficios que se pueden obtener con su uso**, además se ha de tomar en cuenta si las personas que están en su entorno (amigos, familiares, etc.) **valoran de manera positiva el uso del condón**

y lo utilizan, con esto la intención del uso del condón puede verse reforzada y llevar a la concreción del comportamiento.

Pese a lo anterior, existen pruebas de que el tener *actitudes* y creencias favorables hacia el uso del condón, no significa que las personas lo vayan a utilizar, a este respecto Villagran y Díaz (1999a,1999b) y Ramírez, Lizárraga, Felix, Campas y Montaña (1998) encontraron que aunque una gran cantidad de estudiantes tienen una *actitud favorable* hacia el uso del condón (pues consideran que el condón no es ofensivo para las parejas, que los protege de enfermedades de transmisión sexual, que son útiles para prevenir el embarazo si se usan correctamente, que son fáciles de usar, que se consiguen fácilmente y que lo utilizarían si la pareja lo exigiese), no tienen la *intención* de utilizarlo, según ellos, porque reduce el placer de las relaciones sexuales y el usarlo hace que el hombre pierda la erección.

Lo anterior deja en claro, que existen *incongruencias* entre las *actitudes* y las *conductas que se manifiestan*; resultado de las pautas de conducta culturalmente determinadas, las cuales llevan a las personas a ser resistentes ante su propia participación en el ejercicio de su sexualidad. Prueba de esto es lo que Qu et al., (2002) identificaron en un grupo de 482 sexoservidoras, donde ellas tienen clara la necesidad de usar condón para evitar la transmisión del VIH; sin embargo, ya que su trabajo es dar placer y los clientes no muestran actitudes favorables hacia el uso del condón, ellas no hacen más que aceptar las relaciones sin protección para garantizar su sustento económico.

La inconsistencia entre *las actitudes y las conductas manifiestas* se puede ver a través de un gran número de estudios (Bowen, Williams, McCoy & McCoy, 2001; Díaz y Rivera, 1999; Ramírez et al., 1998; Villagran y Díaz, 1999b). Por ejemplo, Van de Ven et al. (1997) encontraron en un estudio exploratorio que en el caso de hombres que tienen sexo con hombres, existen factores predictores de conductas sexuales de riesgo con parejas casuales; uno de estos factores son las *actitudes*, las cuales son desfavorables hacia el uso del condón; sin embargo, estos hombres reportan usar condón cuando tienen relaciones anales con

hombres no infectados por el VIH, no así con hombres portadores del virus. Esta inconsistencia responde, según los autores a un sentimiento de altruismo por parte de los hombres diagnosticados como seropositivos. Con esto podemos ver que realmente no es necesaria la conjunción de las *normas subjetivas* y las *actitudes*, pues el sujeto actúa o bien bajo la influencia de las normas subjetivas o de las actitudes.

Actualmente, existe un extenso número de estudios que exploran las *actitudes* que se tienen frente al SIDA o bien frente al condón o al uso del mismo como método para evitar el contagio del VIH. En este tenor, Flores y Díaz (1999) evaluaron las *actitudes* que tienen los estudiantes universitarios hacia la muerte y el SIDA encontrando que las *actitudes más negativas* están dirigidas hacia el SIDA, el cual es considerado como indeseable, enfermo, malo, anormal, indecente, inaceptable peligroso y sucio; además, encontraron que *no existen diferencias significativas en las percepciones hacia el SIDA de las personas que usan condón y las que no lo usan*, lo que sugiere que *no existe relación entre el uso del condón y la actitud que se tiene hacia el SIDA*.

De igual manera, Díaz et al., (1999) identificaron que *no existe relación significativa entre el uso del condón y la percepción de riesgo (consecuencias)*; esto es, existe la misma percepción de riesgo en aquellos que usan condón y en quienes no lo usan; con lo cual podemos deducir que, contrario a lo que postula el modelo, por lo menos en este caso, *la intención no está en función de las actitudes originadas por la percepción de las consecuencias (percepción de riesgo)* y por ende no existe el motivo para prevenir las conductas sexuales de riesgo.

Considerando que son muchos los factores que intervienen en un cambio de comportamiento efectivo, Díaz (1999) ha demostrado que las *actitudes* por sí solas, explican únicamente el 10% de las conductas esperadas y las *normas subjetivas* no sobrepasan esa cifra, de tal manera que si se analiza la *interacción de las actitudes y las normas subjetivas*, el poder predictivo del modelo de Acción Razonada no sobre pasa el 20%. Incluso se ha encontrado que la conjunción de

las actitudes hacia el SIDA, la percepción de riesgo personal al contagio y la personalidad, no explican más del 10% de las conductas de riesgo (Díaz, 1990 citado en Villagran y Díaz, 1999a).

Específicamente hablando de la aplicación del modelo para predecir y explicar la conducta de uso del condón, Villagran y Díaz (1999a) han demostrado que los componentes del modelo de Acción Razonada permiten predecir alrededor del 25% de la conducta deseada (uso del condón) y que a pesar de la relación funcional significativa entre los componentes *actitudinales* y *normativos* encontrados en su estudio, el grado de predicción es menor en comparación con otras investigaciones. Dichas fallas del modelo son atribuidas al tipo de presiones sociales situacionales que interviene en la presentación de la conducta y al tipo de control (actitudinal o normativo) bajo el cual se da la intencionalidad.

En el caso de la predicción y explicación de la conducta de uso del condón como método para evitar la transmisión del VIH, el modelo descrito ha dejado mucho que desear, por lo cual es común ver la interacción del modelo de la Acción Razonada con algunos otros modelos como el modelo de Autoeficacia (Bandura, 1977) y el modelo de Fases de Acción orientada a la planeación (Gollwitzer, 1990; citado en Torres y Díaz, 1999), dicha complementariedad es propuesta por Torres y Díaz (1999) bajo el supuesto de que los elementos del modelo de acción razonada, no son determinantes en el establecimiento de conductas preventivas. La hipótesis de Torres y Díaz es considerar que después de haber una intención para el cambio de conducta, es necesario desarrollar las habilidades necesarias por medio de un entrenamiento (modelo autoeficacia) para después poder implementar estrategias de acción para una situación futura (modelo de Fases de Acción), y aunque este modelo planteado por Torres y Díaz aun no ha tenido frutos, sus autores consideran que se vislumbra como un buen predictor de conductas.

Cabe hacer mención que, según Villagran y Díaz (1999a), desde el Modelo de la Acción Razonada la evaluación de las intervenciones se han concentrado a medir cambios de conocimientos, *actitudes* o temor hacia el contagio del VIH y no

se toma en cuenta la conducta (sexual, en este caso) que se quiere cambiar, suponiendo erróneamente que la consideración de un cambio de conducta está relacionada con la verdadera modificación en los patrones conductuales del individuo.

Otra fuerte crítica recae en la hipótesis de que la intención no asegura el comportamiento preventivo, la cual fue confirmada por Boldero, Moore & Rosenthal (1992) quienes encontraron que el tener una “intención a priori” y una “intención de acción”, son dos cosas diferentes ya que la primera se queda en el plano de los deseos mientras que la segunda es considerada como la intención de “hacer” y se presupone como un predictor más fuerte del uso del condón.

Además, algunos otros autores (Qu et al., 2002; Semple, Patterson y Grant, 2002; Visser y Smith, 2001; Weisman et al., 1991;) aseguran que las características de los encuentros sexuales influyen en las acciones e intenciones y por consecuencia en el uso del condón como medida preventiva en la transmisión del VIH, por ende, deben de considerarse las situaciones bajo las cuales acontece un comportamiento sexual de riesgo.

2.3 MODELO TRANSTEÓRICO -O DE ETAPAS DE CAMBIO-

El modelo fue propuesto por Prochaska & DiClemente (1982) quienes, basados en su experiencia en psicoterapia, observaron que la gente pasaba por estados de cambio similares sin importar el tipo de psicoterapia aplicada. Dicho modelo intenta describir los cambios por los cuales una persona atraviesa en el proceso de cambio de una conducta problema a una que no lo es, considerando a la **motivación** como un factor importante en el cambio conductual y atribuyéndole al sujeto el rol activo y concibiéndolo como un auto-cambiador del comportamiento. El modelo se acompaña de otros elementos, además de la motivación, que a opinión de sus autores influyen en el cambio de conducta, dichos elementos son: **las etapas de cambio, el proceso de cambio, el balance decisional y la autoeficacia.**

Las **etapas de cambio** son propuestas por Prochaska & DiClemente (1982), quienes observaron que las personas que logran cambios intencionales en sus conductas habituales lo logran a través de un proceso dinámico integrado por cinco etapas, cada una de ellas con características propias y excluyentes, dichas etapas son: Precontemplación, Contemplación, Determinación, Acción y Mantenimiento (Tabla 3). Además hay que agregar una etapa en el caso de no cumplir con el mantenimiento de la conducta deseada, dicha etapa es la de recaída, la cual implica un nuevo inicio del ciclo en el modelo (Miller y Rollnick, 1999; Pardío y Plazas, 1998).

Tabla 3
Descripción de cada uno de los componentes del Modelo Transteórico

Se proponen que los sujetos transitan por 5 etapas para modificar conductas:

a) Precontemplación.

Desconoce que ciertas conductas ponen en riesgo su salud.

Desconoce la existencia de un problema de salud.

Conoce la existencia de un problema de salud pero está renuente a realizar cambios en su conducta.

b) Contemplación.

El sujeto advierte que ciertas conductas ponen en riesgo su salud o bien advierte la existencia de un problema de salud y se encuentra dispuesto a realizar cambios dentro de 6 meses.

c) Determinación.

El sujeto piensa seriamente modificar su conducta en un futuro próximo (dentro de 30 días).

d) Acción.

El sujeto se encuentra trabajando activamente en las modificaciones de las conductas que atañen a su salud, o bien en el problema de salud identificado.

e) Mantenimiento.

El sujeto adopta habitualmente las conductas adquiridas. Se considera que ha llegado a mantenimiento cuando la nueva conducta permanece por más de seis meses. El sujeto debe practicarla continuamente para no retroceder a etapas anteriores.

f) Recaída

En esta etapa el individuo inicia nuevamente el ciclo, es decir, el individuo deja de emitir la conducta deseada, lo cual es atribuido por la escasa motivación y el uso de una estrategia de cambio inadecuada.

Con la descripción de las cinco etapas, los autores del modelo suponen que no todas las personas a las que se dirige un programa de educación para la salud tienen la misma disposición para generar cambios de conducta. De tal manera que la ineficacia de los programas educativos se atribuye a campañas que enfocan sus esfuerzos en enseñar prácticas y estilos de vida saludables, cuando la mayor parte de la población ni siquiera ha identificado la existencia de un problema de salud (Miller y Rollnick, 1999).

La segunda dimensión del modelo corresponde a **los procesos de cambio**, los cuales se refieren a la forma en que se da el cambio de comportamiento de una etapa a otra, para tal efecto el modelo considera 12 formas de poder llevar a cabo esa transición. Cabe mencionar que en cada transición efectiva se emplean diferentes procesos según la etapa en que se ubique el sujeto (para mayor detalle ver Tabla 4).

El tercer componente, el **balance decisional**, se refiere a la valoración de las ventajas (pros) versus las desventajas (contras) de llevar a cabo un comportamiento preventivo. Es importante señalar, que dicho balance depende de la etapa en que se ubica la persona, esto es, debe de existir una evaluación por etapa, la cual tendrá por objetivo analizar las ventajas y desventajas de pasar a una etapa posterior.

Finalmente tenemos **la autoeficacia**, la cual es un concepto introducido por Bandura (1977) y se refiere a la percepción que tienen las personas sobre su capacidad para responder a un evento específico. Se considera que conforme los individuos avanzan en sus etapas de cambio, la autoeficacia en ellos será mayor (Espada y Quiles, 2002; Velicer et al., 1998).

Desde este modelo la forma en que se ha abordado la prevención de la transmisión del VIH/SIDA, tiene que ver primeramente con la **motivación** que tienen los sujetos para el cambio de conducta, ya sea el uso de condón de forma correcta y consistente en todas y cada una de sus relaciones sexuales o bien cualquier otro tipo de comportamiento específico que se desee cambiar y que

represente una disminución en las conductas sexuales de riesgo en la transmisión del VIH.

Tabla 4.
Procesos de cambio y sus definiciones que propone el modelo Transteórico
(Velicer, Prochaska, Fava, Norman & Redding, 1998)

Proceso de cambio	Definición
Aumento de conciencia	Esforzarse por que el individuo busque nueva información que le permita entender y retroalimentarse sobre la conducta problema.
Contracondicionamiento	Sustitución de aquellas conductas problemas por otras que sean alternativas y que representen menor riesgo.
Consuelo dramático	Experimentar y expresar sentimientos asociados sobre la conducta problema y sus soluciones
Reevaluación del ambiente	Consideración y evaluación de cómo la conducta problema afecta a otros
Ayudarse en las relaciones	Confiar, aceptar y utilizar las redes de apoyo social durante el proceso de cambio de comportamiento.
Control de sistemas interpersonales	Evitar a las personas y situaciones que fomentan la conducta problema.
Manejo de reforzamiento	Reforzarse uno mismo o ser reforzado por otros por haber cambiado de una conducta de riesgo a una saludable.
Auto-liberación	Elegir y comprometerse en el cambio de conducta incluyendo creer en las habilidades de cambio.
Auto-reevaluación	Evaluar como se siente de si mismo con respecto a la emisión de conductas problema.
Liberación social	Darse cuenta, estar disponibles y aceptar las alternativas del sujeto que estén libres de problemas en los estilos de vida de la sociedad.
Control de estímulos	Controlar las situaciones y otras causas que fomenten las conductas problema.
Uso de sustancias	Evitar el uso de sustancias que o fármacos que afecten el metabolismo, el apetito y las emociones

Posterior a la identificación de la conducta que se desea cambiar –por ejemplo, el uso de condón- se ha de **identificar la etapa de cambio** en que se encuentra el sujeto al que se pretende dirigir el programa (lo cual se puede hacer por medio de cuestionarios), es decir, se ha de identificar si el sujeto desconoce que el no usar condón en todas y cada una de sus relaciones sexogenitales lo

pone en riesgo de adquirir el VIH/SID -etapa de precontemplación- o si el sujeto está dispuesto a utilizar el condón en un futuro próximo –etapa de determinación- etc.

Una vez identificada la etapa de cambio, el programa educativo podrá diseñarse y se deberán elegir métodos y estrategias que respondan adecuadamente a la **etapa de cambio**, esto es, se deberá recurrir a los **procesos de cambio** -los cuales se aplican a criterio del encargado del programa-, el **balance decisional** –mostrándole al sujeto las ventajas y desventajas que tiene el uso del condón- y la **autoeficacia** –inculcar en el individuo la creencia de que es capaz de utilizar el condón en sus relaciones sexuales-. Con la conjunción de los elementos anteriores, se pretende desde este modelo, lograr que el sujeto alcance la etapa de mantenimiento y permanezca en la misma (ver Figura 12).

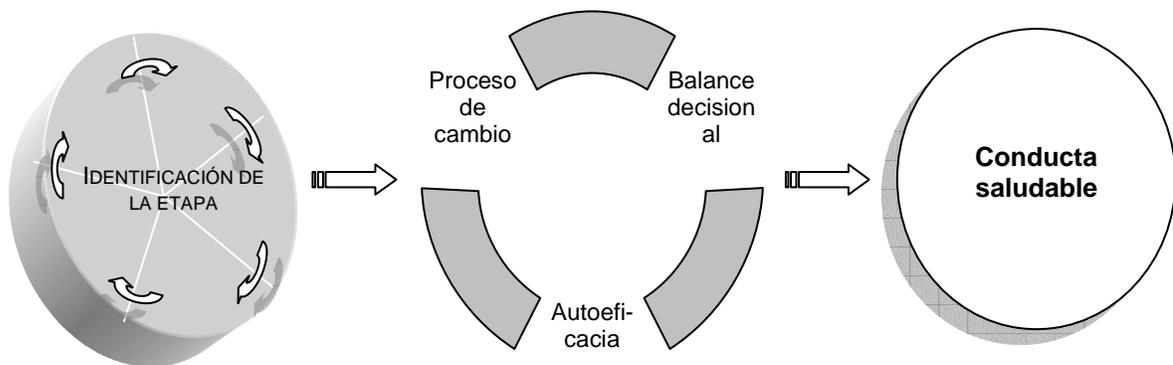


Fig. 12. Representación esquemática del “Proceso de cambio” del modelo Transteórico.

Las principales investigaciones en la prevención del VIH derivadas de este modelo, trabajan con la *motivación* que tiene el sujeto para cambiar su conducta, dicha motivación obedece según Friedman et al. (1999) al *deseo de evitar la transmisión del VIH*, sin embargo, además de la motivación se han de tomar en cuenta las habilidades que tienen los sujetos, a este respecto Friedman et al. consideran que otras variables que pueden afectar la frecuencia del uso del condón como método para evitar la transmisión del VIH, son la comunicación entre la pareja, el conocimiento de su estado de seropositividad, el tipo de pareja

(estable o casual), si los compañeros sexuales son o no usuarios (as) de drogas intravenosas y la edad de los usuarios de las drogas, ya que existe evidencia de que entre los jóvenes es más fácil observar el cambio de conducta en lo que respecta al uso del condón.

Por otro lado, el modelo Transteórico, figura como un modelo que permite evaluar la *motivación o disposición* para desarrollar conductas saludables (Courney-Doniger, Levenkron, Knox, Cowell & Urban 1999; Fisher & Fisher 2000; MacNair-Semands, Cody & Simono, 1997), esto es, permite clasificar a las personas según su nivel de motivación para saber qué tan motivadas están para llevar a cabo un cambio conductual y poder, con base en la clasificación, escoger la técnica/intervención más adecuada según la motivación del sujeto.

Además, la aplicación de este modelo permite según Grimley, Riley, Bellis & Prochaska (1993) y MacNair-Semands et al. (1997) evaluar la percepción de riesgo al contagio del VIH/SIDA y el conocimiento sobre el mismo que tienen las personas en cada una de las *etapas de cambio*, desde la etapa de precontemplación, en donde prevalece un mínimo conocimiento y una escasa percepción de riesgo de contraer el VIH, hasta la etapa de preparación, en donde los individuos se consideran listos para efectuar el cambio dentro del siguiente mes.

Según uno de los creadores del modelo, la evaluación de consecuencias negativas y positivas (**balance decisional**) es el mejor predictor en el proceso de cambio, ya que en la etapa de precontemplación, la percepción de costos en el cambio de conducta es mayor que la percepción de beneficios, lo cual se invierte conforme se avanza en las etapas. Consideran además que si se quiere avanzar en las etapas, el incremento de la motivación positiva o aspectos positivos puede ser la mejor manera de promover el cambio (Grimley et al., 1993; Prochaska et al., 1994).

Aunque el modelo Transteórico se ha aplicado en una gran variedad de formas, es dentro de los modelos aquí revisados el que cuenta con menor investigación, ya que según Fisher y Fisher (2000), se considera desde la

perspectiva aplicada que existe gran dificultad en poder diseñar intervenciones basados en este modelo, pues lo que hace es identificar qué tan dispuestas están las personas para cambiar y aunque sugiere algunas formas en que ha de darse el proceso de cambio, no identifica de manera específica cómo se ha de dar la intervención según los procesos de cada etapa (recordemos que los procesos de cambio pueden variar en cada una de las etapas y no son los únicos).

Finalmente, según algunos autores, el modelo Transteórico es considerado como un modelo inespecífico y que no puede ser evaluado como tal, esto se debe a que no queda claro como sus componentes y subcomponentes interactúan, puesto que sus componentes son considerados como constructos individuales y por ende, no hay evidencia de que exista una relación significativa entre ellos (Becker et al., 1998; Fisher y Fisher, 2000).

2.4 MODELO DE AUTOEFICACIA

El concepto de Autoeficacia fue propuesto por Bandura en el año de 1977 con la publicación de la obra “la auto-eficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual” y tiene sus orígenes en la Teoría Cognitivo-Social, la cual a su vez, es una versión actualizada de la Teoría del Aprendizaje Social, ambas desarrolladas por Albert Bandura (Bandura, 1994).

Las bases del modelo de autoeficacia (Bandura, 1977) se dan en términos de una triada de causalidad recíproca, es decir, se describe por medio de tres componentes que operan en interacción unos con otros. Los tres componentes determinantes de acción propuestos por Bandura son: 1) determinantes personales en forma de cogniciones, emociones y factores biológicos; 2) la conducta e, 3) influencias ambientales (ver Figura 13).

Es dentro del componente de determinantes personales donde según la teoría Cognitivo-Social, los individuos interpretan y evalúan sus propias experiencias y sus procesos de pensamiento y es aquí donde Bandura (1977) atribuye la existencia de un autosistema, el cual permite a las personas ejercer un control sobre el medio ambiente y sus creencias, factores que a su vez alteran las

conductas subsecuentes. Este autosistema incluye las habilidades de simbolizar, aprender de otros, planificar estrategias alternativas, regular la propia conducta y la auto-reflexión.

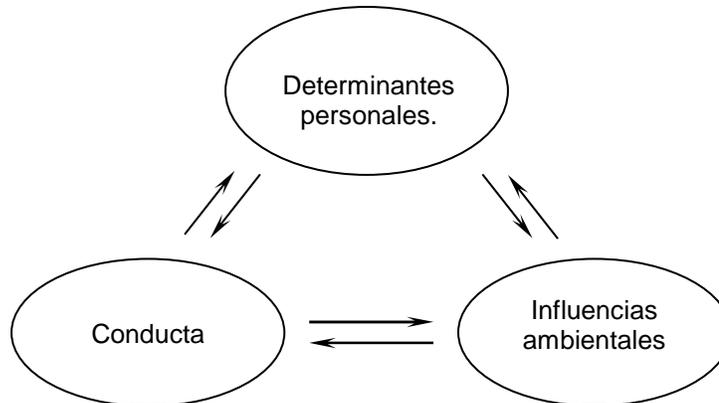


Fig. 13. Esquematación de la triada de causalidad recíproca propuesta por Bandura para describir el comportamiento desde la Teoría Cognitivo-Social (1986, citado en Bandura 1994).

Con lo anterior, Bandura (1977) propone que la conducta humana es el resultado de la interacción entre este autosistema y las fuentes de influencias externas y medioambientales, ya que el individuo opera dentro de las influencias socioculturales. Asimismo, Bandura considera que la capacidad humana de auto-referencia del pensamiento, permite a las personas evaluar y alterar su propio pensamiento y su conducta, dichas evaluaciones incluyen percepciones de auto-eficacia, que es como Bandura definió a “las creencias en las capacidades propias para organizar y ejecutar el curso de acciones requeridas para manejar las posibles situaciones”; en sí, la autoeficacia no es otra cosa que las auto-evaluaciones que hace el individuo sobre lo que se cree capaz de hacer.

El proceso de cómo la autoeficacia funciona es simple: primeramente las personas se comprometen con una conducta, para después interpretar los resultados de sus acciones y es con base en estos resultados como desarrollan creencias sobre si son capaces o no de llevar a cabo conductas subsecuentes en contextos similares.

El modelo de Autoeficacia como modelo psicológico en el área de la salud supone que uno de los principales problemas con respecto al cambio conductual

es que comúnmente se intenta enseñar a las personas lo que deben o necesitan hacer para llevar a cabo una conducta saludable, a este respecto Bandura (1994) considera que lo que realmente se debe de enseñar a las personas, son habilidades que fomenten la autoeficacia, por ejemplo, las habilidades de autorregulación que les permitan ejercer el control sobre ellos mismos y sobre otros en la práctica de comportamientos saludables, dichas habilidades, tienen que ver con el manejo de la automotivación, las autocreencias y las autoguías (formas de actuar).

La autorregulación, por su parte, requiere de habilidades de automonitoreo que permitan a las personas reconocer cuándo deben de poner en práctica su sistema autoregulatorio, promoviendo así, la emisión de conductas saludables por medio de un cambio de comportamiento autodirigido. Bandura, considera que para lograr dicho cambio, la gente necesita reconocer las razones para alterar sus hábitos riesgosos, los significados de sus conductas, sus recursos y de apoyos sociales para hacerlo.

Bandura (1994) piensa que una buena intervención que tenga por objetivo el cambio de comportamiento, debe desde la perspectiva del modelo de Autoeficacia, considerar cuatro variables (ver Figura 14), las cuales están dirigidas a alterar cada uno de los tres componentes determinantes de acción propuesto por la teoría Cognitivo-Social.

El primer elemento, es el componente **informativo**, éste se refiere a la distribución de información sobre el tema tratado. El componente informativo intenta hacer conscientes a las personas de lo vulnerables que son ante determinada enfermedad, su forma de transmisión, el desarrollo de la enfermedad y todas las características de la misma. También busca informar a las personas sobre todas aquellas conductas que representan un riesgo para su salud y cuáles no, cómo hacerle para desarrollar comportamientos seguros, qué tan importante es conservarse sano, cuáles son los beneficios derivados de los comportamientos saludables, las ventajas de poder regular su conducta, etcétera.

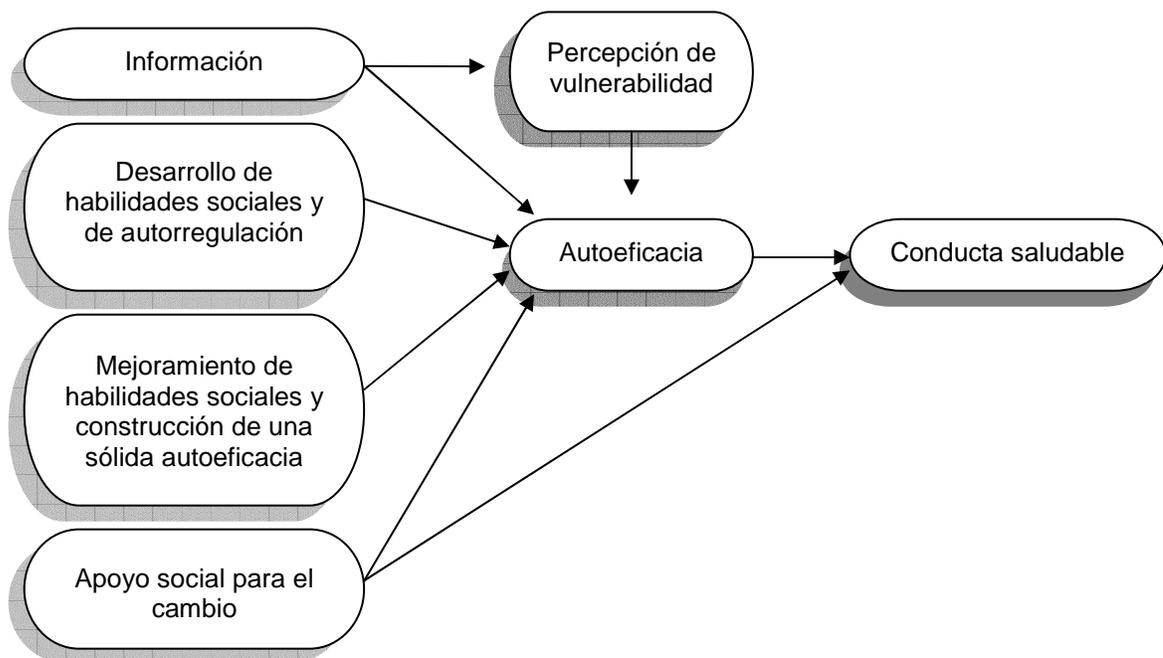


Fig. 14. Representación esquemática del modelo de Autoeficacia.

El segundo componente se refiere al **desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación** que permitan a las personas el transformar la información en conductas o acciones de prevención efectivas. Cabe mencionar que en este componente, no se recomienda aún poner a los sujetos en situaciones de riesgo real. En realidad lo que se hace en este paso, es identificar en los propios sujetos los disparadores de riesgo, conocer la serie de conductas que llevan al riesgo, saber qué se debe de hacer y cómo se debe de hacer para salir de la situaciones de riesgo, saber reforzarse uno mismo por prácticas no riesgosas, saber cómo regular su conducta por medio de la propia insistencia del sujeto de que determinadas conductas implican un riesgo, etcétera.

El tercer componente esta dirigido al **mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia**, lo cual se logra por medio de simulacros de situaciones que pueden ir desde un simple juego de roles hasta situaciones de alto riesgo en donde con ayuda de un guía y de la retroalimentación, el individuo puede ensayar y mejorar la habilidades necesarias

para enfrentar de una manera efectiva una situación de riesgo en la vida real. Los ensayos pueden llevarse a cabo en diferentes contextos y con diferentes niveles de complejidad. El objetivo de este elemento es desarrollar al máximo las habilidades autoregulatorias y las habilidades sociales, que conlleven al desarrollo y fortalecimiento de la autoeficacia.

Y por último, tenemos la **creación de una red de apoyo social** que asegure el mantenimiento de las conductas preventivas adquiridas, ya que el cambio de comportamiento se da en un contexto social específico con una influencia social normativa. En este componente se ha de considerar la identificación de redes sociales que tengan más influencia y de aquellas que tengan la habilidad de reforzar o castigar.

En cuanto a la forma en que este modelo pretende prevenir la transmisión del VIH/SIDA, considera que todas las personas están regidas por un autosistema, el cual, posee una variedad de habilidades con las cuales se pueden enfrentar y en el mejor de los casos, evitar de forma efectiva las conductas de riesgo. El objetivo es desarrollar autoeficacia, una de las principales habilidades del autosistema, la cual es posible desarrollar si existe una adecuada autoregulación de las demás habilidades de las personas. Para poder desarrollar la autoeficacia, el sujeto debe desarrollar las habilidades propuestas por cada uno de los cuatro componentes que propone el modelo.

En el primer elemento (componente informativo) el individuo debe conocer qué es el VIH, cómo se transmite, cuáles son los síntomas, cómo se puede prevenir, cuáles son las conductas de riesgo, qué tipo de conductas son las que ellos llevan a cabo, si son de riesgo o prevención, etc. En el segundo componente (desarrollo de habilidades sociales y de autorregulación) el sujeto debe considerar las situaciones en que ha estado más expuesto a comportamientos de riesgo (bajo el influjo de alguna droga o del alcohol, después de una fiesta, etc.) y las formas en que debe de cambiar para mostrar comportamientos preventivos, tales como el uso del condón en todas sus relaciones sexuales, la posibilidad de emplear conductas alternativas a la penetración vaginal o anal (tales como la masturbación

o las caricias), tener la confianza de investigar sobre el pasado sexual de su pareja, considerar la comunicación como un elemento importante para el desarrollo de conductas preventivas, etcétera.

Toda vez que el sujeto sabe y tiene la información necesaria sobre el VIH/SIDA, ha reconocido las conductas de riesgo que ha practicado y ha considerado las posibles alternativas para evitar la transmisión del VIH, el sujeto pasa a la siguiente fase (mejoramiento de las competencias sociales y la construcción de una sólida autoeficacia), en donde se ensayarán las habilidades sobre aquellos comportamientos considerados como preventivos, es decir, el sujeto aprenderá y ensayará desde la forma de comprar un condón, la forma de ponerse un condón, la forma de preguntar sobre el pasado sexual de la pareja, las formas de proseguir en caso de que la pareja se sienta agredida, las características de una comunicación asertiva, las formas de decir no cuando se sienta en riesgo, etc. Dichos ensayos deberán de considerar la dificultad del comportamiento y podrán ser practicados a manera de simulacros que de forma progresiva aumenten su nivel de complejidad, empezando por ejemplo, con situaciones imaginarias, hasta que el sujeto pueda hacer frente a situaciones reales.

Por último, se han de establecer redes de apoyo social que permitan al sujeto mantener los comportamientos saludables, esto se hace identificando aquellas personas (familiares, amigos, maestros) que tienen mayor influencia sobre el individuo e instituciones (CONASIDA, TELSIDA, SAPTEL, DIVERSITEL, etc.) a las cuales poder acudir en caso de buscar apoyo a fin de mantener o fortalecer los cambios de conducta.

Pese a lo integro que parece estar este modelo, no se salva de caer en errores como el creer que con una alta percepción de riesgo, las personas tomarán acciones para prevenir el contagio del VIH, es así, como nos encontramos con estudios que buscaban reforzar la autoeficacia por medio de la percepción de riesgo, bajo la hipótesis de que si una persona podía percibir el riesgo en el que se encontraba frente al SIDA, esta podría desplegar las acciones

de autoprotección necesarias, fortaleciendo así la autoeficacia (Bell, Molitor & Flynn, 1999).

En realidad la mayor parte de los estudios están enfocados a desarrollar los procesos del *autosistema*, es decir, la autoeficacia, la autodeterminación, la autoestima, la autoguía, la automotivación, la autoinstrucción, el autorespeto, entre otros. Sin embargo, Nelly, Lawrence, Hood & Brasfield (1989) y Sieving et al. (1997) consideran que la aplicación del modelo de autoeficacia ha de ser específico, ya que el desarrollo de habilidades siempre debe responder a las características de la población y debe contemplar, además de fomentar la autoeficacia, el desarrollo de las habilidades de comunicación, la percepción de vulnerabilidad, el acceso a servicios de salud que trabajen en la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la responsabilidad hacia los otros, la educación sexual, el desarrollo de una estabilidad emocional y el desarrollo de habilidades para buscar apoyo; en fin todas las habilidades que permitan al sujeto percatarse sobre el riesgo de infección en que se ven inmersos y regular su comportamiento encaminado a la emisión de conductas preventivas efectivas.

Dentro de los estudios que apoyan el desarrollo de las habilidades del *autosistema* podemos encontrar el realizado por Ortega, Ramos, y Gallegos (1992) quienes diseñaron un programa para fomentar la autoestima y la autodeterminación que ayudara a hacer frente a los problemas originados por la prostitución en la frontera entre México y Estados Unidos. Los resultados mostraron una fuerte afiliación al programa de aquellas personas que se concebían como vulnerables quienes además adoptaron una actitud más favorable hacia el uso del condón como método para prevenir la transmisión del VIH.

En lo referente a usuarios y ex-usuarios de drogas, Carpio-Cedraro, Bracho, y Anderson (1992), encontraron que para el cumplimiento de medidas de salud preventivas en la transmisión del VIH, es necesario la elaboración de un programa que además de considerar la autoeficacia (la convicción de evitar el contagio del

VIH/SIDA), tome en cuenta la modificación de creencias, actitudes y valores que en su conjunto permita el cambio de comportamiento.

La principal crítica que se le ha hecho a este modelo, es la generalidad que engloba el término autoeficacia, ya que esta puede ser alta en relación con ciertas metas que se propone la persona, pero baja en relación con otras. Es por esto, que, si se quiere aplicar el modelo, es necesario conceptualizar claramente y con áreas de contenido específico la conducta problema (Alarcón, 2002; Shively, Smith, Bormann y Gifford, 2002).

Por otro lado, Nelly et al. (1989) consideran la importancia de tener un control sobre las habilidades que se desarrollan, ya que debido a las características de las habilidades del *autosistema*, muchas veces es difícil identificar las variables que ocasionan el cambio.

2.5 ALGUNAS CONSIDERACIONES TEÓRICO-METODOLÓGICAS ACERCA DE LOS MODELOS COGNOSCITIVOS

Cada uno de los modelos antes descritos, se sustenta en la teoría cognoscitiva y heredan una serie de limitaciones propias de dicha teoría. Estas críticas tienen su origen en las limitaciones conceptuales y metodológicas que envuelven al paradigma cognoscitivo y que han propiciado, entre otras cosas, la confusión del objeto de estudio de la psicología, el análisis reduccionista del comportamiento humano y el traslapamiento de la labor profesional del psicólogo con la de otras disciplinas (Ribes, 1982; Rodríguez, 2002).

Cabe aclarar que hacer una revisión sobre las limitaciones teórico-metodológicas que actualmente acechan a la psicología, representa (por su amplitud) la necesidad de un espacio propio, mismo que por las características del presente trabajo queda fuera de nuestro alcance. Por tal motivo, solo analizaremos de manera breve, aquellas limitaciones que corresponden a la teoría cognoscitiva. Invitamos al lector interesado en profundizar sobre el tema, a revisar las fuentes de referencia aquí mencionadas.

Para poder entender de una mejor manera las limitaciones que acechan a la teoría cognoscitiva, haremos una muy breve revisión histórica sobre el origen, desarrollo y objeto de estudio de la teoría cognoscitiva.

Históricamente la teoría cognoscitiva surge como una alternativa para superar, el binomio E-R (propuesto por el conductismo para el análisis del comportamiento), y propone la existencia de procesos mediadores entre estos dos eventos. Dicha alternativa fue creada, en principio, por aquellos que consideraban que la conducta no sólo debía explicarse por estímulos y respuestas, sino que además tendrían que tomarse en cuenta otros factores, que suponían la teoría conductista dejaba de lado; tales como las emociones, la imaginación o los sentimientos. Fue así, que se propuso la existencia de eventos mediacionales entre el estímulo y la respuesta, siendo dichos eventos, (también conocidos como eventos mentales), el objeto de estudio de la psicología cognoscitiva, los cuales tienen como principal característica que se dan en el interior del organismo, son inobservables y carecen de localización espacial. (Mercado, 2003; Rodríguez, Díaz-González y Zarzosa, 2003).

La teoría cognoscitiva se propone como un paradigma que pretende explicar la organización funcional de la "mente", de tal forma que esta postura, no considera a la conducta como su objeto de estudio, sino los procesos que "controlan" la conducta (atención, memoria, imaginación, pensamiento, percepción, etc.), ya que según los cognoscitivistas, existen una serie de procesos mediante los cuales la información sensorial (representación "interna" sobre el mundo) que "ingresa" al organismo se procesa, transforma y recupera en el sistema nervioso, el cual metafóricamente funge como un complejo sistema de cómputo. Es decir, el organismo responde a la información que ingresa al sistema nervioso por medio de las representaciones internas que hacen las personas de lo externo (desde objetos físicos hasta los conceptos abstractos), considerando lo psicológico como algo dentro del organismo (Mercado, 2003; Rodríguez et al., 2003; Tomasini, 2001).

En nuestros días, existen por lo menos tres posturas bajo el enfoque cognitivo y todas convergen en que la conducta puede ser explicada por la actividad del procesamiento de información y de la estructuración de representaciones (Rodríguez et al., 2003) y aunque dicha hipótesis ha tenido en los últimos años gran acogida por estudiosos de la conducta, nosotros estamos convencidos de que ésta padece de algunas limitaciones teórico-metodológicas; dentro de las cuales podemos mencionar:

1. Se fundamenta en una concepción dualista

Se fundamenta en el paradigma cartesiano mente-cuerpo, el cual supone la existencia de un mundo interior del organismo y un mundo exterior a éste, cada uno de estos mundos, con propiedades diferentes; el mundo interior o privado es inobservable y con temporalidad pero sin ubicación espacial; mientras que el mundo externo es público, observable y se da en un tiempo y espacio determinado. Estos dos mundos, según Descartes, están formados por sustancias diferentes que constituyen al individuo; el cuerpo y el alma (o mente). El cuerpo sometido a las leyes de la mecánica y la mente a las leyes de la metafísica (Ryle, 1967) y aunque estas dos dimensiones (cuerpo-mente) poseen distintas características, Descartes argumentaba que el alma o mente era una sustancia pensante, que tenía cierta influencia sobre el cuerpo y viceversa, existiendo una mutua afectación entre el cuerpo y la mente; dicha interacción era la responsable de regular o determinar las acciones de los seres humanos, es así, como la teoría cognoscitiva justifica su objeto de estudio, atribuyéndole a los procesos mentales el mayor peso explicativo en el análisis del comportamiento humano (DíazGonzález y Rodríguez, 2003; Ribes 1990a, 1990b, 2001; Ribes y López, 1985; Rodríguez, 2002).

El concebir la existencia de eventos internos versus eventos externos, ha dado como resultado la creación de seudoproblemas psicológicos confundiendo el objeto de estudio de la psicología, ya que con la idea de que existe un mundo paralelo al mundo material y con el uso de la metáfora, se han creado una serie de conceptos que intentan describir el comportamiento humano con base en

procesos que tienen lugar “dentro” del cuerpo, dichos procesos comparables con los de una computadora, son utilizados como eventos mediadores entre un estímulo -ya sea interno o externo al organismo- y su respuesta.

Metodológicamente hablando, la adopción de este paradigma, limita a la teoría cognoscitiva y hace que ésta caiga en algunos errores tales como el creer que existe un mundo interno e inaccesible, el cual sólo puede ser descrito por el propio individuo y no puede ser referido por nadie más, cayendo en las limitaciones inherentes de la introspección.

Derivado de lo anterior, se da la confusión propia del “cosificar el lenguaje”, ya que en el afán de estudiar la conducta, se han propuesto categorías que son consideradas como unívocas y con referentes empíricos. Este problema ha sido descrito de manera extensa por Ryle (1967) bajo el nombre de “error categorial”, siendo este “error categorial” el que hace que categorías como la “mente”, “la memoria” o “la imaginación”, sean cosificadas bajo el supuesto de que dichas categorías designan cosas, ya sea “dentro” del organismo o fuera de éste, razón por la cual suele creerse que categorías tales como la “memoria” tienen una ubicación espacial, es decir, una localización fisiológica dentro del cerebro o la “mente”, la cual funge como “almacén” de los recuerdos (véase Corral, 2003).

Dicho error categorial proviene, en primer lugar, de creer que las palabras tienen un solo significado, lo cual sabemos es falso ya que todas las palabras tienen distintos referentes, los cuales se asignan según el contexto, razón por la cual y contrario a la lógica cognoscitiva, el lenguaje es multívoco; lo anterior hizo que las categorías propuestas por la teoría cognoscitiva, sean categorías con referentes ambiguos, que la llevan a acercarse cada vez más a la postura del solipsismo.

Incluso estamos en condiciones de decir, que el mismo término “cognición” -como se verá más adelante- no posee un significado específico, ya que mientras para unos las cogniciones son las creencias, para otros son los pensamientos, para otros tantos los procesos de aprendizaje o la memoria, según lo que cada quien entienda por el término “cognición”.

En segundo lugar y debido que el ser humano tiene la capacidad de abstraer por medio del lenguaje, éste puede crear categorías del orden de lo abstracto, sin embargo y pese a lo anterior, la teoría cognoscitiva postula que todas sus categorías tiene un referente empírico, cuando en realidad su referente es abstracto, por ejemplo, si hablamos sobre la relación que una persona tiene con su novia, fácilmente identificaremos (de manera visual) a la persona y a la novia, sin embargo, la relación no se refiere a algo concreto sino a un tipo de interacción que se da entre esas dos personas. Identificamos entonces dos niveles distintos de referir, uno en un nivel empírico y otro en un nivel abstracto (Ribes, 1990b; Ryle, 1967).

Ahora bien, si la mente pertenece a un nivel lógico y el cuerpo a otro, entonces ¿cómo algo (como la “mente”) que no tiene lugar en el espacio puede estar dentro de algo o contener algo dentro de ella?, o bien ¿Cómo es que, bajo la leyes de la mecánica propuesta por Descartes, un referente empírico, puede alterar o interactuar con un referente abstracto?; a este respecto podemos mencionar que la explicación acerca de cómo se da la interacción mente-cuerpo, o bien cómo estas dos entidades son afectadas entre sí, ha representado para quienes apoyan esta postura teórica una ardua labor e incluso el propio Descartes se vio en serias dificultades para poder explicar dicha afectación (Ryle, 1967).

2. Retoma el paradigma del reflejo

Los elementos para el análisis de la conducta, que actualmente rigen la teoría cognoscitiva, se fundamentan en el paradigma del reflejo (derivado de la mecánica cartesiana), el cual propone una relación mecánica entre un impulso o fuerza externa y el movimiento del cuerpo (Ribes, 1990a). Dicho paradigma fue retomado por la teoría cognoscitiva al adoptar el paradigma E-R propuesto por la teoría conductista (el cual estaba sustentando en la fisiología del reflejo), al proponer que entre un estímulo y su respuesta existían eventos mediacionales que afectan el comportamiento (Rodríguez et al., 2003).

A nivel teórico la adopción de este paradigma, distorsionó el objeto de estudio de la psicología, ya que el paradigma del reflejo no fue diseñado para el estudio de la conducta, dicho paradigma fue transferido a la psicología desde la biología; lo que implicaba que la psicología trabajara con supuestos conceptuales distintos a su propio objeto de estudio (Ribes 1990a; Ribes y López, 1985).

Las principales limitaciones metodológicas que se dan como consecuencia de la adopción de este paradigma son, a saber, cuatro:

A) la segmentación del evento conductual, es decir:

- Hace de la psicología cognoscitiva una psicología **causalista**, por un lado consideran que existe una *causa predeterminada* responsable de que las personas actúen de cierta manera, postulando *a priori* la **causa** del comportamiento. Por otro lado, reduce el estudio de la conducta a un estímulo y una respuesta, bajo la relación causa-efecto considerando a la conducta como diacrónica, es decir lineal y unidireccional, donde un suceso antecede al otro. Lo anterior se pudo ver en los modelos previamente descritos, los cuales dan por sentado que existen en todos los individuos determinantes cognitivos previos a la conducta, los cuales son la causa directa de la emisión de tal o cual comportamiento, siendo además unidireccionales y condicionales, es decir, tiene que darse primero un evento para que después se cumpla el otro (Ribes 1990a; y Rodríguez, 2002).
- Hace que el objeto de estudio de la psicología se reduzca a **respuestas puntuales (atómicas)** dentro de un continuo, haciendo énfasis en situaciones en donde solo puede ocurrir una respuesta a la vez, o bien siendo sólo un tipo de variable la causante de tal o cual conducta, reduciendo una interacción compleja a solo episodios de conducta. Este hecho considera que cualquier evento que no demuestre su existencia directa en la relación Estímulo-Respuesta queda eliminado, fungiendo como un modelo reduccionista. Lo anterior trae como consecuencia que se dejen fuera factores de índole disposicional, es decir, que facilitan o

interfieren en la emisión de un comportamiento específico, tales como la historia del individuo, sus capacidades, etcétera (DíazGonzález, 1996; Ribes y López, 1985).

Si bien, los modelos aquí descritos intentan explicar el comportamiento en términos de factores cognitivos, la aceptación de éstos implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento, dejando de lado la importancia que tiene el ambiente sobre el mismo. Esta característica se presenta en los cuatro modelos revisados y aunque el modelo de Autoeficacia y el modelo de Acción Razonada intentan incorporar factores tales como el contexto, éstos no lo consideran como una variable de peso en la descripción de los modelos (Fernández-Abascal 2003; Ribes, 1990a; Ribes y López, 1985; Rodríguez, 2002; Soto et al., 1997).

B) refuerza la creación de seudoproblemas, los cuales son considerados de esta manera ya que surgen como categorías nuevas que intentan explicar el comportamiento pero a partir de un problema mal planteado, es decir, los modelos cognoscitivos parten, en principio de que existe un mundo externo y un mundo interno y es con dicho fundamento que proponen nuevas categorías que expliquen el comportamiento “interno” y “externo” cuando de antemano sabemos que el paradigma cartesiano representa en el estudio de la conducta un gran “error categorial” (véase Ryle 1967). Es así que se crean nuevas categorías que representan seudoproblemas puesto que su mismo fundamento padece de problemas (Ribes 1990a; Ribes y López, 1985).

C) restringe la situación al aquí y ahora, lo que implica que el responder del individuo se da en términos de la situación, eliminando la posibilidad de que la historia del individuo influya en su manera de responder e incluso de que el individuo pueda desligarse funcionalmente del aquí y ahora, función que se da gracias al lenguaje y que caracteriza al ser humano (Díaz-González, 1996; Ribes, 1990b; Ribes y López 1985).

D) La psicología cognoscitiva, al adoptar el paradigma del reflejo para el estudio de la conducta, hereda sus limitaciones, lo que la llevó entre otras cosas, a convertirse en una psicología **organocéntrica** al postular al reflejo como una unidad descriptiva del comportamiento, centrandose su objeto de estudio en las reacciones del organismo y marginó la influencia de los eventos ambientales. Cabe mencionar que bajo este paradigma se considera que todo lo que el organismo hace es conducta, lo cual trae como consecuencia el confundir el concepto de conducta con el de reactividad biológica (DíazGonzález, 1996; Ribes, 1990b; Ribes y López, 1985).

Por otro lado, es bueno señalar que la mayoría de las escuelas cognoscitivas, sino es que todas, se fundamentan en proposiciones constructivistas las cuales postulan que cada individuo construye su propia realidad y centran su objeto de estudio -cualquiera que este sea- en lo que el organismo hace, desacreditando la importancia que puede tener el medio ambiente sobre el mismo (Rodríguez, et al., 2003).

3. Considera la misma complejidad de los procesos

Teóricamente, desde la postura cognoscitivista, existe sólo un pequeño número de procesos que intentan describir el comportamiento, es decir, se considera que todo tipo de comportamiento puede ser explicado ya sea por procesos de percepción o de aprendizaje. Lo anterior implica que el modo de actuar del individuo está gobernado por las representaciones internas que hacen las personas sobre el "exterior" y la forma de procesar dicha información (Mercado, 2003).

Esto significa que el comportamiento está regulado o por un solo proceso (percepción), por diferentes tipos de procesos que se reducen a un solo proceso básico (procesamiento de información) o por la suma de diferentes procesos que interactúan en un mismo nivel. Lo anterior trae como consecuencia, por un lado, que no se reconozcan diferentes niveles cualitativos de interacción; y por otro lado, llevó a creer que todos los procesos (memoria, imaginación,

pensamiento=cognición, etc.) tienen el mismo nivel de complejidad, con lo cual se elimina cualquier capacidad evolutiva del hombre, tanto filogenética, como ontogenéticamente (Ribes y López, 1985; Rodríguez, 2002).

4. Falta de delimitación de su objeto de estudio

La teoría cognoscitiva, ha gozado de una amplia aceptación en los últimos tiempos, esto en razón de que ha respondido a las demandas que la sociedad le ha impuesto y de la manera en que ésta ha querido, sin importar si existe un sustento teórico de sus procedimientos o si estos tienen alguna vinculación con un conocimiento psicológico básico. Así, la teoría cognoscitiva se perfila como una teoría pragmática que tiene como principal objetivo el responder de forma eficaz a las demandas que la sociedad le impone (Zarzosa, 1991). Lo anterior ha traído como consecuencia que sea la exigencia social la que determine el objeto de estudio de la psicología, lo que el psicólogo debe o no de hacer y en que áreas se debe insertar.

En el caso de la psicología cognoscitiva, ésta ha respondido a los problemas psicológicos, de la forma en que la sociedad lo ha demandado, puesto que si consideramos las opiniones socialmente dominantes acerca de lo que se considera psicológico, estas giran en torno a la actividad “mental”, entonces la psicología debe de estudiar –según los usuarios del servicio- cuáles son esos procesos mentales que contribuyen a que una persona actúe de cierta manera (Rodríguez et al., 2003).

Creemos que el que sea la exigencia social la que define el objeto de estudio de la psicología, ha llevado entre otras cosas: a confundir el objeto de estudio de la psicología y su quehacer en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana y esto lo atribuimos a que:

a) **no considera la necesidad de un modelo teórico propio**, ya que en vez de crear un cuerpo teórico propio, empieza a adoptar modelos ajenos a la psicología, dichos modelos usados como metáfora, intentan describir el comportamiento humano, generando con esto una psicología pragmática

(Zarzosa, 1991). Este tipo de explicaciones (las cognoscitivas) tuvo gran acogida por parte de los usuarios del servicio y de quienes lo aplican, puesto que ven en ellos una lógica congruente con el sentido común en que se ve el comportamiento, basado en la concepción cartesiana mente-cuerpo;

b) **no tiene un objeto de estudio específico**; la forma en que la teoría cognoscitiva se desarrolló, hizo que ésta, sin saberlo, confundiera su campo de conocimiento, fijando su objeto de estudio en las cogniciones, ya sea como reacción biológica o como una serie de procesos que se dan en el “interior” del cuerpo. Pero además dicho objeto de estudio no está claramente definido, ya que el término “cognición”, engloba una serie de procesos no definidos de manera específica, tales como, los pensamientos, los sentimientos, la memoria, la imaginación, etcétera (Rodríguez et al., 2003). Incluso el significado de la palabra “cognición” no es específico, ya que para unos la cognición es igual a pensamiento, mientras que para otros equivale a la totalidad de la vida consciente (Ryle, 1967).

Al no existir una definición clara y específica del término cognición trae como consecuencia una delimitación ambigua del campo profesional del psicólogo, ya que cada escuela cognoscitiva define sus propias categorías con delimitantes poco claras y por consiguiente su campo de acción se traslapa con el de otras disciplinas, por ejemplo, la biomédica –por el “sustento” fisiológico- o la informática -por analogía-.

Lo anterior se puede observar en los diferentes modelos aquí presentados, puesto que cada uno de los modelos centra su atención en diferentes factores, por un lado, uno toma en cuenta las creencias, otro las actitudes, otro la motivación y el último la autoeficacia, y aunque entre estos modelos se comparten algunas variables, cada uno le apuesta a una variable diferente y le atribuyen a ésta el mayor peso explicativo en el cambio de comportamiento.

Lo anterior significa que el estudio de los fenómenos psicológicos se reduzca en función de los factores considerados *a priori* como los “determinantes”

de la conducta, es decir elimina la posibilidad de examinar la conducta en toda su complejidad al centrar la atención en una **causa** única que rige la conducta;

c) **carece de un lenguaje técnico**, puesto que el vocabulario psicológico está constituido, en su mayoría, por una serie de términos del lenguaje ordinario, lo cual se debe entre otras cosas, a que la psicología se relaciona directamente con el quehacer y hablar cotidianos. Dicha incorporación de términos tiene como principal inconveniente que el lenguaje ordinario es ambiguo, ya que una palabra se asocia con varios significados, los cuales dependen del contexto en que se digan (véase “Juegos del Lenguaje” Wittgenstein, 1980). Por ejemplo el término pensar tiene varias acepciones, a saber:

- ✍️ Pensar como recordar.- “¡chin! No use condón con la chava de la fiesta de ayer”...¿qué haces?...“estoy **pensando** en que tuve relaciones sin protección ayer en la fiesta”
- ✍️ Pensar como autoreferirse.- “Y si me contagia el VIH/SIDA... No, no creo ella no es de esas... bueno y si sí... ¿Qué haces? “Estaba **pensando** si uso o no condón”
- ✍️ Pensar como opinión.- “la clase pasada el maestro nos dijo que el VIH/SIDA no se contagia por la saliva” ¿y tu que piensas? Yo **pienso** que no puedo contagiarme mientras no entre en contacto con la sangre, los fluidos cervico-vaginales o el semen infectado”
- ✍️ Pensar como creencia.- “La Biblia dice que no debo de tener relaciones sexogenitales antes del matrimonio” ¿y tu que crees? “Yo **pienso** que tiene toda la razón”
- ✍️ Pensar como entender.- “Ayer me dijeron que el SIDA es una enfermedad de homosexuales” ¿y en que piensas? “estoy **pesando** que todos somos vulnerables al virus del SIDA, ya que las formas de transmisión son varias“
- ✍️ Pensar como analizar.- ¿qué pasaría si beso a una persona que tiene una lesión en la boca y además es portador del virus del SIDA? “Upss. Déjame **pensarlo**”

✎ Pensar como evaluar.- “Si una de las formas más frecuentes en la transmisión del VIH/SIDA es el contacto sexogenital, entonces me convendría utilizar el condón con cada una de mis parejas sexuales para evitar contagiarme del virus...” que bueno que lo **pienso** ahora, para así no estar desprevenido en esos momentos.

Como podemos dar cuenta, la palabra “pensar” -como muchas otras del lenguaje ordinario- tiene distintas acepciones. El problema viene cuando la psicología retoma, tal cual, dichas palabras considerando que éstas son unívocas, de manera que plantea el estudio del pensamiento como una entidad o proceso siendo que éste alude, como ya vimos, a distintos “procesos”. Es por esto, que creemos necesaria la creación de un lenguaje técnico propio, que sea unívoco y que permita el entendimiento dentro de la disciplina tal y como lo han hecho otras disciplinas tales como la química o la medicina.

5. Relación Ciencia-Tecnología

En este último punto hemos de considerar que la psicología cognoscitiva se ha propuesto como una alternativa en el estudio y sobre todo en la modificación de conducta; esto es, se propone como una alterativa que intenta dar solución a los problemas conductuales que se le presenten.

Históricamente, la teoría cognoscitiva tuvo como principal limitante, la postulación de variables mediacionales, hecho que motivó a algunos a crear distintas escuelas cognoscitivas que retomaran influencias de otras teorías e incluso disciplinas, -tales como la cibernética o la fisiología- que les ayudaran a poder explicar el comportamiento. Esto condujo a que dichas escuelas construyeran sus modelos conforme su propia práctica, lo que originó entre otras cosas, que se alejaran de sus propios fundamentos cuando éstos no les permitían cumplir con la demanda social, teniendo como principal objetivo el lograr la efectividad de sus intervenciones versus la aplicación de un conocimiento derivado del conocimiento básico.

Actualmente y en particular los modelos cognitivos se han encargado de responder a demandas sociales al margen de un conocimiento básico, lo cual ha traído como consecuencia, la adopción de otro tipo de modelos derivados de la misma psicología o en el peor de los casos de otras disciplinas y esto a su vez ha repercutido, en el traslapamiento de la labor profesional del psicólogo con el de otras disciplinas, la confusión del objeto de estudio de la psicología, en la reducción del campo de acción del psicólogo supeditada a las demandas sociales temporales y en la escasez de una tecnología conductual científica que permita al psicólogo en su actividad profesional -bajo los criterios de coherencia, pertinencia y autocorrección- vincular su contenido teórico con el campo aplicado (Ribes y López, 1985; Rodríguez, 2002).

En si y hasta ahora la teoría cognoscitiva es considerada como una vertiente pragmática que se da al margen de una teoría básica y que sólo busca responder a una demanda social contraria a la vertiente científica (que sería la ideal) que consiste en la aplicación del conocimiento psicológico derivado de la ciencia, supeditando su función social a su contenido epistémico (Rodríguez, 2002).

La mayoría de los modelos aquí descritos han respondido a una demanda social, por ejemplo el modelo de creencias de la salud, el cual fue creado en respuesta a la escasa participación de la comunidad en la detección y prevención de enfermedades, por otro lado el modelo Transteórico resulta de una serie de observaciones hechas en la terapia clínica por los fundadores del modelo, constituyendo una practica pragmática en lo que a intervención se refiere pues no cuenta con un marco teórico congruente con su forma de intervención y surge de la aportación de varias teorías (Prochaska & DiClemente, 1982).

Con todo lo anterior y considerando la necesidad de resolver las irregularidades que se han generado a lo largo de la historia de la psicología, abogamos por la creación de un modelo alternativo que supere estas limitaciones, dicha alternativa la podemos encontrar en la teoría Interconductal (Kantor 1980), la cual sirve de base para el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, propuesto por el Dr. Ribes Iñesta en el año de 1990c.

Esta alternativa se distingue de los demás modelos ya que:

- ***Abandona la lógica mecanicista del paradigma del reflejo, para estudiar la conducta de manera sincrónica y jerárquica***

El modelo interconductual se presenta como una redefinición del objeto de estudio de la psicología; “como un paradigma metateórico alternativo al conductismo histórico y a sus derivaciones basadas en el paradigma del reflejo” (DíazGonzález, 1996, pp. 10). Esta metateoría consigue superar, las anomalías y contradicciones surgidas en la investigación experimental, la cual sienta sus bases en el modelo mecanicista -lógica que ha venido permeando la actividad psicológica en todas sus representaciones- (Ribes y López, 1985).

Desde este marco teórico se propone que en el análisis de la conducta se conciba a ésta como una relación sincrónica (simultánea) entre eventos, permitiendo superar el reduccionismo en el que han caído otras teorías que obedecen a una forma de análisis lineal. Asimismo, se considera que la conducta humana posee diferentes niveles de complejidad y es por eso, que se postulan niveles jerárquicamente organizados de interacción los cuales son descritos por Ribes y López (1985) en una taxonomía funcional del comportamiento. De esta manera, se consigue incorporar fenómenos psicológicos no considerados por el paradigma conductista y abordados por otras aproximaciones –por ejemplo el cognocitivismo y sus mapas mentales, sus teorías sobre la memoria, la personalidad, etcétera- (DíazGonzález, 1996).

- ***Rompe con el esquema tradicional de afectación mente-cuerpo***

Desde esta perspectiva (teoría Interconductista), defendemos la idea de que no existen procesos mentales o internos que afecten el comportamiento humano, de tal forma que se rompe de manera tácita con el paradigma mente-cuerpo, ya que para nosotros los procesos “mentales” no son otra cosa que la descripción de eventos referidos como “internos”, “privados” o “subjetivos”, y que tienen su origen en la necesidad de expresar la reactividad biológica producto de un estímulo, es decir el poner en palabras lo que un individuo está percibiendo según una serie de

acciones de índole biológico o de lo convencional (Ribes, 1982, 1990b; Ribes y López, 1985).

En palabras de Ribes (1990b, p. 19) “hablar de términos mentales es hablar de propensiones, tenencias e inclinaciones y este hablar tiene significado sólo y exclusivamente en el contexto de su uso”.

- ***Específica su marco teórico conceptual, el cual a su vez tiene un objeto de estudio definido***

Kantor (citado en Ribes y López, 1985) se inscribe en la tradición filosófica del conductismo, es decir dentro de la concepción especial de la psicología como la ciencia del comportamiento. Sin embargo, se distingue de Skinner por la forma en que desarrolla sus formulaciones categoriales, en este sentido Kantor considera la necesidad de concebir a la psicología como un área de conocimiento distinto al de la biología y desarrolló categorías que recogen la tradición objetiva del conductismo sin verse afectadas por la influencia mecanicista. Es así como Kantor (1980, véase “Teoría de Campo”) delimita claramente el objeto de estudio de la psicología y se refiere a éste con el término “Interconducta”, término que define al comportamiento como un campo de interacciones recíprocas entre la actividad de un organismo individual y su entorno, puntuando su interés en la interacción del individuo con su medio y no en la actividad del organismo, abandonando la concepción organocéntrica del comportamiento (Ribes, 1990a; Ribes y López, 1985).

- ***Delimita claramente los factores psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad***

Confiamos en que el hecho de que la psicología estudie el comportamiento, no quiere decir que ésta sea la disciplina que debe de dar cuenta de todo lo que hacen los seres humanos, pues éste es demasiado complejo como para poder ser explicado por una sola disciplina, es por eso, que se propone identificar dentro de cualquier tipo de problema humano, la dimensión psicológica, ya que cualquier

tipo de problema conductual puede ser abordado desde diferentes dimensiones, por ejemplo, la biológica y la social (Ribes, 1990c).

A este respecto Ribes (1990c) en su modelo delimita claramente la dimensión psicológica en el proceso de salud-enfermedad, identificando los factores psicológicos específicos, la relación entre ellos y su relación con factores no psicológicos.

- ***Considera categorías especialmente creadas para poder estudiar casos particulares***

Convencidos de la necesidad de estudiar y transformar el comportamiento en su medio social, se establecieron categorías especiales que permiten estudiar casos singulares, porque consideramos que existen formas cualitativamente distintas en que una persona puede interactuar con su medio, a este respecto Ribes y López (1985), basados en la “Teoría de Campo” propuesta por Kantor (1980) y el concepto de Interconducta, proponen “un sistema de clasificación de las interacciones conductuales que provee una lógica para distinguir los niveles de organización del comportamiento” (p. 19) estas categorías son desarrolladas en una Taxonomía Funcional del Comportamiento. Dicha taxonomía permite explicar desde los comportamientos más simples hasta los comportamientos más complejos que es capaz de llevar a cabo el ser humano, así, como la identificación de cada uno de los niveles, lo cual cobra importancia en el momento de seleccionar o diseñar el modelo de intervención, cuando así se requiera.

- ***Cumple con los criterios necesarios para poder postularse como la interfase necesaria entre el conocimiento científico y el conocimiento tecnológico***

El objetivo final de la psicología como ciencia es el construir a partir de su objeto de estudio un conocimiento sólido, para que después éste sea aplicado toda vez que sea identificado lo psicológico dentro de lo que se desea transformar; a este respecto DíazGonzález y Carpio (1996) consideran una serie de criterios necesarios para la aplicación del conocimiento psicológico, entre los cuales

destacan la necesidad de crear categorías intermedias que permitan un continuo entre las categorías en donde se pretende aplicar lo psicológico y las categorías con que está construido el conocimiento psicológico, con el propósito de evitar la extrapolación directa del conocimiento científico y sus consecuencias (Ribes y López, 1985).

El modelo propuesto por Ribes (1990c) se perfila como un modelo “interfase” que permite la conexión entre el lenguaje científico y el ordinario en donde existe una congruencia entre sus bases conceptuales y metodológicas, es decir, una justa correspondencia entre lo científico y lo tecnológico, por medio del cual se puede analizar en el ámbito de la salud y desde la perspectiva psicológica, cómo los factores conductuales interactúan con los procesos fisiológicos y bioquímicos y determinar tanto la génesis de la enfermedad como su prevención, tratamiento y rehabilitación (DíazGonzález y Carpio, 1996; Simón, 1993).

Finalmente y para poder dar paso a la descripción del modelo psicológico de la salud biológica, podemos decir que la teoría interconductual representa para nosotros una alternativa que a diferencia de los modelos expuestos anteriormente identifica de manera puntual la dimensión psicológica en la prevención en la transmisión del VIH, es decir, identifica en primera instancia lo que el psicólogo debe hacer frente a la prevención del VIH y delimita claramente los factores psicológicos que intervienen en el proceso salud-enfermedad.

A MANERA DE RESUMEN

En la actualidad existe un gran número de modelos psicológicos que intentan intervenir en el área de la salud, los cuales en su mayoría se derivan de la teoría cognoscitiva, en ejemplo de estos es:

El **modelo de Creencias de Salud**, el cual propone que las acciones de un individuo están basadas en sus creencias. Se identifican los elementos claves que tienen influencia en la toma de decisiones, por ejemplo la percepción de susceptibilidad del individuo, la severidad percibida de la enfermedad y las barreras de prevención percibidas. El modelo de Creencias de Salud se basa en tres premisas:

- la creencia de que un determinado problema es importante o suficientemente grave como para tenerlo en consideración,
- la creencia-percepción de que uno es vulnerable a ese problema
- la creencia-percepción de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable.

La Teoría de Acción Razonada considera la intención como influencia principal sobre el comportamiento, su precepto clave es que las intenciones son una combinación de actitudes personales con respecto a la conducta y las opiniones de las personas que le rodean, ambas influidas por el círculo social en el que se desenvuelven.

El Modelo de Etapas de Cambio explica el proceso del cambio de conducta en varias fases, desde cuando no se está consciente de los efectos negativos de una conducta, hasta lograr mantener conductas de auto-protección. La forma de pasar de una a otra etapa es diferente de un individuo a otro, aún estando dentro de una misma población. Las personas no necesariamente pasan a través de las etapas en la misma secuencia y a veces hasta pueden repetir ciertas etapas. Las cinco etapas que presenta este modelo son: Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento.

El modelo de autoeficacia, define a la Autoeficacia como las creencias de las personas sobre sus capacidades para ejercer el control sobre su propio funcionamiento o sobre eventos que afectan sus vidas. Se basa en que las creencias sobre sus habilidades afectan sus decisiones en la vida, su nivel de motivación, la calidad del funcionamiento, su forma de afrontar el infortunio y su vulnerabilidad ante el estrés y la depresión. La autoeficacia es desarrollada por cuatro diferentes tipos de influencia, éstas incluyen la experiencia, el aprendizaje por observación, la motivación, los estados emocionales que indican el nivel de vulnerabilidad para hacer frente a una situación y la valoración que se tiene sobre la capacidad del individuo, es decir, la persuasión social sobre las capacidades que uno tiene. Para hablar de autoeficacia es necesario que las personas creen que pueden ejercer el control sobre su motivación, sus procesos de pensamiento, sus estados emocionales y sus hábitos conductuales.

Para concluir este capítulo podemos decir que todos los modelos aquí discutidos, tienen un factor en común y es que todos evalúan el comportamiento a partir de las cogniciones, tomando como base la teoría cognoscitiva, la cual posee una serie de limitaciones teórico-metodológicas tales como el fundamentarse en una concepción dualista, el retomar el paradigma del reflejo, la concepción de la misma complejidad de los procesos en el análisis del comportamiento, la falta de delimitación de su objeto de estudio y la falta de relación entre la ciencia y la tecnología, lo cual ha conducido, entre otras cosas a la confusión del objeto de estudio de la psicología, al análisis reduccionista del comportamiento humano y al traslapamiento de la labor profesional del psicólogo con la de otras disciplinas.

“...la prevención, la curación, la rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando”.

(Ribes, 1990c, p. 20)

CAPITULO 3

MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por el Dr. Emilio Ribes Iñesta (1990c) se presenta como un modelo alternativo en la forma de abordar la dimensión psicológica en los problemas de salud. Creado bajo una perspectiva Interconductual (Kantor, 1980), el modelo planteado por el Dr. Ribes se muestra como un eje vinculador entre dos modelos o formas en que actualmente se ha abordado el binomio salud-enfermedad y que cubren dimensiones distintas; la concepción biomédica y la sociocultural. De acuerdo con este modelo, la salud biológica o la enfermedad será el resultado de la forma en que el comportamiento media los efectos del ambiente sobre el organismo.

La creación del Modelo Psicológico de Salud Biológica parte de que el conocimiento del proceso biológico de una enfermedad y las condiciones sociales en que se da, no son suficientes en el proceso de prevención, curación y rehabilitación, se requiere de más y esto implica el saber cómo aplicar este conocimiento de forma efectiva al grado de que afecte en el actuar cotidiano de las personas, encaminándolas a la emisión de comportamientos preventivos (Ribes, 1990c).

3.1 SUPUESTOS BÁSICOS DEL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

El modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes (1990c) sienta sus bases en la “Teoría Interconductual” (Kantor, 1980) la cual ha demostrado que posee un cuerpo de conocimientos que le permiten cumplir con los criterios generales que debe de ostentar una teoría en psicología (Ribes y López, 1985). Dicha teoría ha permitido entre otras cosas, identificar un objeto de estudio propio de la Psicología, el cual ha sido definido con el término “Interconducta” y se refiere a la interacción construida entre el organismo y ciertos elementos del medio.

Ribes (1990c), por su parte, define el comportamiento –o interconducta– como la práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales, esto querría decir en el ámbito de la salud, que las alteraciones biológicas definitorias de la enfermedad no pueden desligarse en su génesis y manifestaciones de las circunstancias ambientales y socioculturales que delimitan su ámbito propiciador, de esta manera -y desde este modelo- el comportamiento es considerado como un eje mediador entre las características biológicas propias del organismo y las características socioculturales que le dan contexto. Es así, que la intervención de la psicología en el área de la salud se ve justificada debido a que el comportamiento es un elemento que funge como un regulador en el proceso de salud-enfermedad.

Lo anterior cobra sentido si consideramos que un individuo no puede desligarse de los efectos que sobre él tiene el ambiente, razón por la cual las personas tenemos que hacer uso de nuestra capacidad para ajustar nuestra interacción con el ambiente de manera funcional, lo cual trae como consecuencia intrínseca un cambio en el funcionamiento biológico del individuo, así, la forma de interacción del individuo con su medio regula el proceso de salud-enfermedad. Es por esto, que en el proceso de salud enfermedad, debemos de tomar en cuenta la forma en que los comportamientos operan, es decir, si los comportamientos son de riesgo o de prevención -los cuales, sobra decir, son representados por las prácticas sociales y culturales que responden a costumbres y hábitos-. Tales

prácticas tendrán como resultado un estado biológico que será categorizado como de salud o de enfermedad.

Los supuestos teóricos que le dan vida al Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990c), son los siguientes:

1. La descripción psicológica del binomio salud-enfermedad, obedece a la dimensión individualizada que tiene lugar entre la interacción de factores biológicos del organismo y las relaciones socioculturales.
2. Los factores biológicos y sociales, analizados desde un modelo psicológico de la salud, no tienen correspondencia alguna con las formas propuestas desde sus disciplinas originales.
3. Los factores biológicos se representan como la condición misma de existencia y las funciones biológicas que integran la actividad.
4. Los factores socioculturales son representados como las formas particulares que caracterizan a un individuo en su interacción con las situaciones de su medio y con base en una historia personal.

La dimensión psicológica de la salud, implica entonces lo que hace o deja de hacer un individuo frente a una situación particular, lo cual da como resultado la salud o la enfermedad. De esta manera, tal dimensión consta de tres factores principales:

- A. Las maneras consistentes en que actúa un individuo en su contacto con situaciones que afectan de forma potencial su estado biológico.
- B. Las competencias que definen la efectividad del individuo frente a una gama de situaciones que afectan de forma directa o indirecta, el estado de salud.
- C. La forma en que el comportamiento participa en la modulación de los estados biológicos.

Estos tres factores en su conjunto representarían acciones propiciadoras de enfermedad o acciones preventivas y en su caso acciones de curación o de rehabilitación.

3.2 COMPONENTES DEL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica (Ribes, 1990c) se compone de seis elementos (Figura 15). Los cuales están clasificados en dos categorías; la primera corresponde a los procesos y esta compuesta por tres elementos psicológicos fundamentales que tienen que ver con el proceso psicológico relacionado con el mantenimiento, pérdida o recuperación de la salud, dichos elementos corresponden a variables psicológicas vinculadas con la historia del individuo (la historia interactiva del sujeto dentro de la cual se encuentran los estilos interactivos y la historia de competencias), a sus capacidades (las competencias funcionales presentes) y a las formas en que su acción regula su reactividad biológica (la modulación biológica por las contingencias).

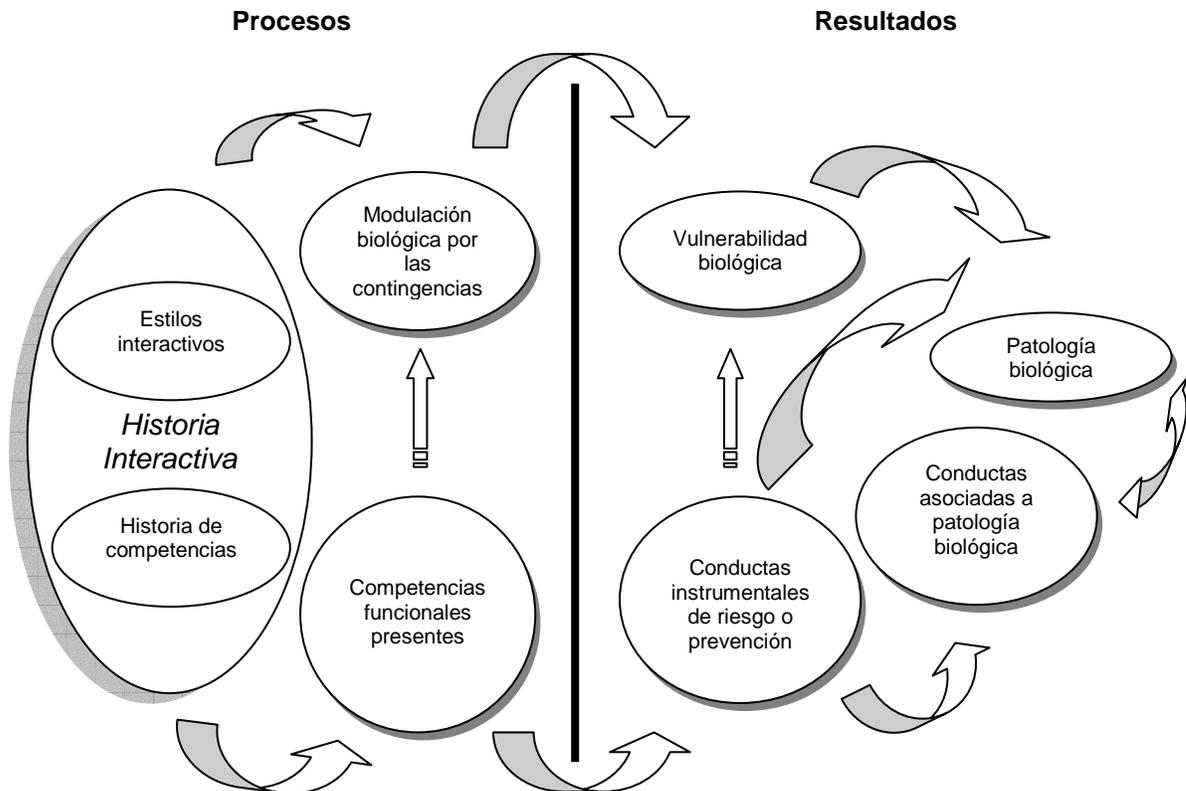
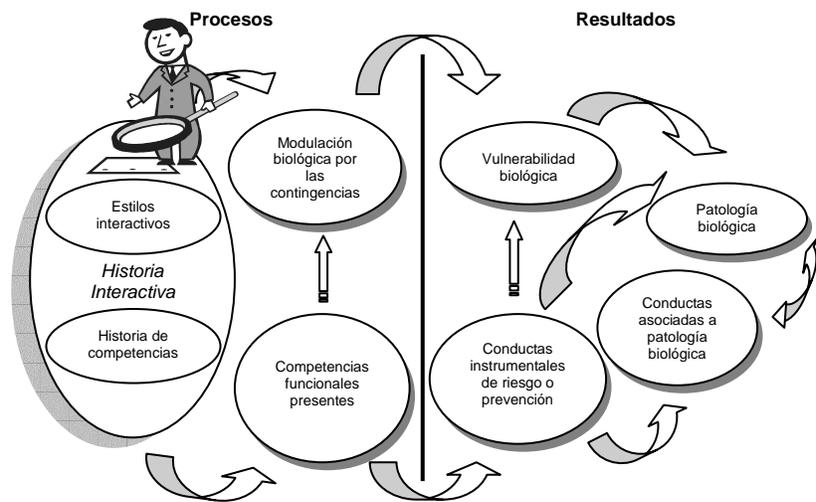


Fig. 15. Representación esquemática del Modelo Psicológico de la Salud Biológica propuesto por Ribes (1990c).

Por otro lado, la segunda categoría se refiere a los resultados, es decir, los efectos obtenidos de la interacción de los tres componentes de la categoría procesos, dichos resultados se dan a un doble nivel, por un lado afectan el grado de vulnerabilidad biológica del organismo y por el otro, influyen en la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales. Los elementos que componen esta categoría son las conductas instrumentales preventivas o de riesgo, los factores biológicos relacionados con la vulnerabilidad biológica presente y la aparición o no de la patología biológica o bien de conductas asociadas a la misma (ver Figura 15).

El proceso Psicológico de la Salud

Los tres factores que conforman el proceso psicológico de la salud, interactúan de manera diferencial uno del otro y el punto de referencia de dicha interacción es la modulación de los estados biológicos determinando la aparición o no de alguna patología biológica.



La historia interactiva del individuo obedece a cómo se ha comportado el individuo en el pasado en situaciones particulares y a las relaciones comprendidas en dichas situaciones, de esta forma la historia crea la disposición del individuo a interactuar en una situación específica presente, facilitando o interfiriendo con la emisión de ciertas conductas, sin embargo, debe quedar claro que la historia no constituye el factor decisivo para que se responda funcionalmente en una situación. Este componente se analiza en dos dimensiones separadas: a) la historia de competencias del individuo y b) sus estilos interactivos:

- a) *La historia de competencias del individuo.*- Las competencias en palabras de Ribes (1990a) “son conceptos que se refieren a capacidades o acciones que producen resultados o logros específicos en situaciones en la que se requiere de alguna destreza o habilidad específica para alcanzar dicha situación” (p.87). El término competencia se refiere, entonces, a las habilidades y destrezas que pueden ser manifestadas en respuesta a un criterio.

La historia de competencias se refiere a la capacidad adquirida por el individuo para interactuar de forma efectiva en situaciones que requieren de ciertos resultados. Este elemento facilita o interfiere en la emisión de las conductas que en una situación determinada cumplen con los requerimientos establecidos; esto es, tanto más correspondan las competencias pasadas con las contingencias actuales, la interacción se verá facilitada y viceversa. Cabe hacer mención, que entre más variedad de situaciones haya en la historia de competencias, la capacidad para enfrentar contingencias actuales será mayor (Ribes, 1990c).

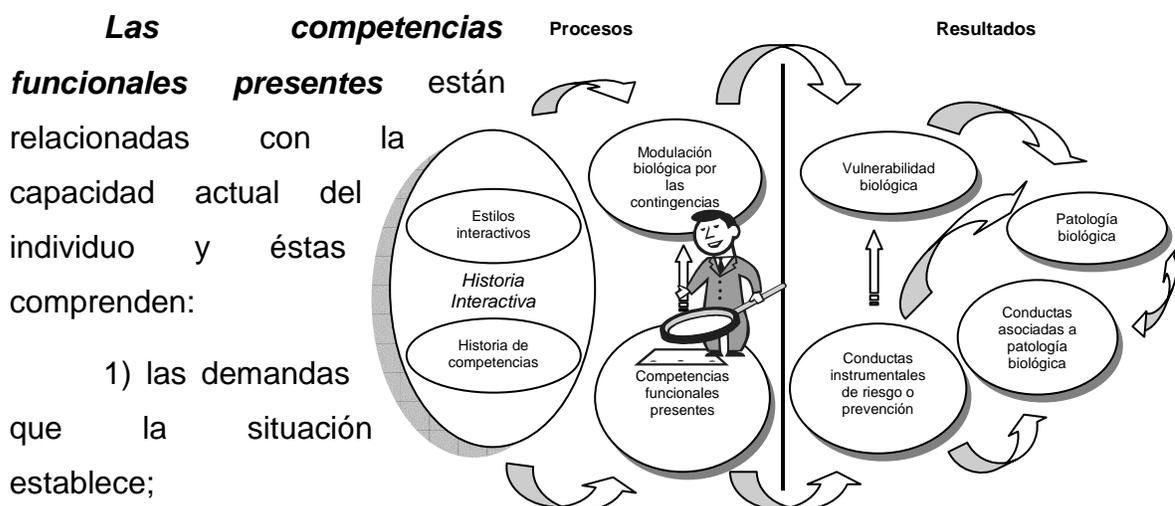
b) *Los estilos interactivos.*- son la *manera* en que cada individuo aprende a entrar en contacto con determinado tipo de situaciones. Son lo que tradicionalmente se considera como personalidad y significa la forma consistente e idiosincrásica en que el individuo se comporta frente a una situación nueva. Los estilos interactivos desarrollados por el individuo conforman la manera en que el individuo se comportará, aunque esto no quiere decir, que se conocerán las conductas que el individuo desarrollará, sino la *manera*, es decir, los modos consistentes con los que el individuo hace frente a determinadas situaciones, son entonces, los estilos interactivos los que modulan la oportunidad, la velocidad y la precisión de las conductas efectivas que se desenvolverán en una situación determinada, en otras palabras funcionan como un regulador de competencias.

Toda vez que se ha identificado el estilo interactivo del individuo, es posible predecir la forma en que el individuo entrará en contacto con una situación determinada, lo cual permite examinar la manera en que el sujeto ajustará su comportamiento a los requerimientos de dicha situación. Ribes (1990c) ha propuesto una serie de situaciones (arreglos contingenciales) que de no establecer criterios de efectividad pueden hacer que el individuo despliegue sus estilos idiosincrásicos. En la Tabla 5 se muestran dichos arreglos, los cuales se encuentran divididos entre aquellos que se vinculan con el desarrollo de estrés y aquellos que influyen en el grado de competencia (Ribes, 1990c).

Tabla 5. Clasificación de arreglos contingenciales que evalúan estilos interactivos

Vinculadas con el estrés	Vinculadas con la Influencia en el grado de competencia
Toma de decisiones	Persistencia o logro
Tolerancia a la frustración	Flexibilidad al cambio
Reducción del conflicto	Tendencia a la transgresión
Tolerancia a la ambigüedad	Curiosidad
Tendencia al riesgo	Dependencia de señales
Impulsividad y no impulsividad	Responsividad a nuevas contingencias

Nota: Para una descripción más detallada de cada uno de estos arreglos ver Ribes, 1990c



2) los factores que definen el contexto (características de la situación o condiciones biológicas momentáneas del individuo) y,

3) la capacidad de interacción que tiene el individuo ante dicha situación con base en sus experiencias anteriores.

Asimismo, las competencias pueden ser clasificadas en cuatro niveles distintos, los cuales se distinguen entre sí, según el grado de complejidad que representa su ejecución. Estos cuatro niveles funcionales en que pueden tener lugar las competencias efectivas, son definidos por Ribes (1990c) de la siguiente manera:

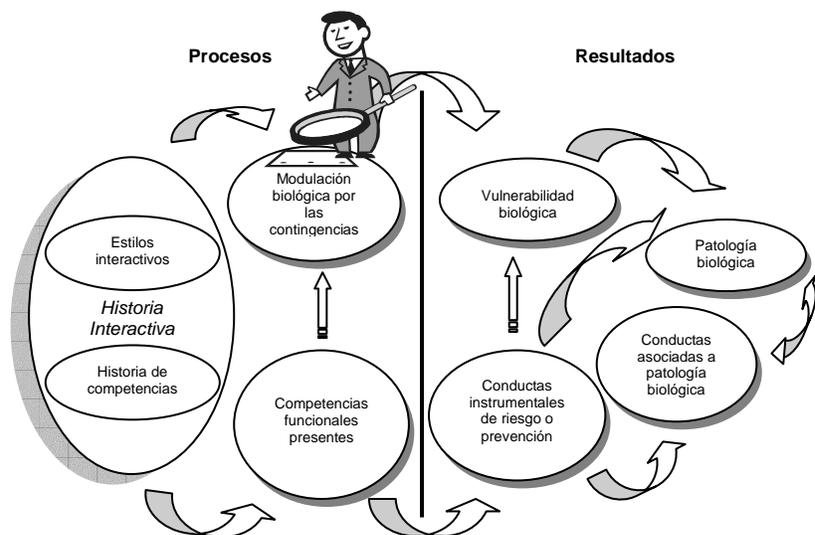
-  Interacciones situacionales no instrumentales.- El individuo reacciona sin alterar la interacción, siendo éste, regulado por factores presentes en una situación determinada. En este caso estamos hablando, en el tema de la prevención del VIH/SIDA, de personas que no proponen el uso del condón y se someten a las condiciones que impone la pareja sexual.
-  Interacciones situacionales instrumentales.- El individuo responde a la situación produciendo cambios en ella, cambios que afectan, ya sea de forma favorable o desfavorable su propio comportamiento. El mejor ejemplo, que ilustra este tipo de interacción es la persona que toma la iniciativa para tener relaciones sexuales, sin advertir el riesgo en que se encuentra. En este sentido la mayoría de las conductas de riesgo, sino es que todas, pueden ser consideradas como conductas instrumentales, donde el individuo únicamente responde a la situación.
-  Interacciones extrasituacionales.- El individuo responde en términos de su experiencia, desligándose funcionalmente del aquí y ahora, es decir responde a la situación presente “*como sí*” estuviera en otra; o bien responde a la situación “*como si no*” estuviera en ella. Un buen ejemplo sería cuando una persona antes de tener un contacto sexual ocasional, considera que puede contagiarse del VIH/SIDA y responde a la situación regulado por su información o por sus creencias.

 **Interacciones transituacionales.**- Son las interacciones más complejas y están representadas por la función sustitutiva no referencial, dicha función es el nivel más alto de la taxonomía propuesta por Ribes y López (1985) y responden al orden de las creencias, solo que a diferencia del nivel anterior, este responde a creencias fundamentadas en metateorías (por ejemplo, la religión), lo cual implica la abstracción de las condiciones con las que se enfrenta el sujeto. En este último caso, el sujeto que está a punto de tener relaciones sexuales con su novia y es fiel creyente de Dios, respondería no solo a su información sobre el tema del VIH, como en el caso anterior, sino que además respondería mediado por las creencias que le ha impuesto su religión sobre las relaciones premaritales.

La identificación del nivel competencial tiene la función de permitirnos saber en que nivel se desenvuelven las personas con las que se ha de trabajar, lo cual nos deja conocer con mayor precisión cuales son los elementos que se han de considerar para obtener los mejores resultados en el cambio de conducta.

El último punto en la categoría procesos es **La modulación de los estados biológicos**, y éste se refiere a los efectos que tiene el entorno en nuestros estados biológicos. En palabras de Ribes

(1990c): “las condiciones biológicas del organismo pueden ser afectadas diferencialmente dependiendo de la manera en que el individuo actúa frente a las contingencias de una situación determinada” (p. 28). Lo anterior tiene sus bases en el estudio de Brady, Porter Conrad y Manson (1985, citados en Ribes, 1990c)



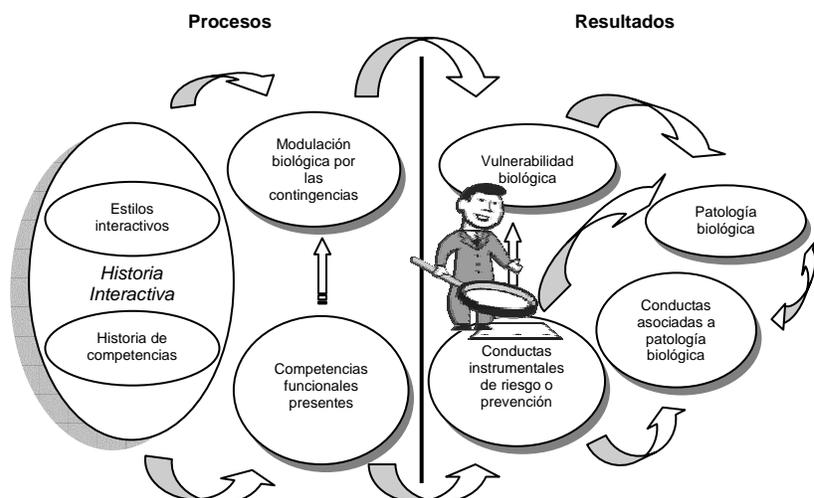
quienes demostraron que el comportamiento es capaz de regular las formas de reacción biológica, dependiendo del tipo de conducta a ejecutar y de los parámetros que definen la situación (ver Figura 15).

La modulación de los estados biológicos, depende de cómo el individuo acostumbra enfrentar a su medio, en este caso tiene que ver directamente con los estilos interactivos que presenta el sujeto y su influencia en los procesos biológicos; por ejemplo, los efectos en el organismo de una persona con baja tolerancia a la frustración en situaciones en que los resultados no son los esperados. Dichos efectos pueden alterar ya sea a nivel del sistema nervioso, inmune o endocrino. Lo que esto representa es que las variables psicológicas son capaces de influir en el sistema inmune, ya sea debilitándolo o fortaleciéndolo, lo cual trae como resultante una alteración en el grado de vulnerabilidad del individuo (Ribes, 1990c).

Los resultados del proceso psicológico de la salud

Las resultantes que propone el modelo, pueden ser tanto del orden psicológico (conductas instrumentales de riesgo), como del orden biológico (la vulnerabilidad biológica y los estados patológicos que constituyen las características definitorias de la enfermedad), y el resultado de la interacción de estas dos resultantes es la condición patológica, que desde el punto de vista psicológico, es consecuencia de una baja vulnerabilidad y la emisión de conductas instrumentales de riesgo.

Las conductas instrumentales de riesgo o prevención consisten en acciones ejecutadas por los individuos que aumentan o disminuyen, la posibilidad de contraer



alguna enfermedad. Ribes (1990c) define a las conductas instrumentales como “las acciones efectivas que aumentan o disminuyen los riesgos de contacto con los agentes fisicoquímicos y biológicos productores de patología biológica” (p. 31).

Las conductas instrumentales pueden ser clasificadas en *conductas productoras de patología (riesgo) directa*, las cuales se refieren al contacto directo con el agente patógeno; o *indirectas*, que son aquellas que sin entrar en contacto directo con el agente dañino aumentan la vulnerabilidad del organismo ante dicho agente, la principal características de este tipo de conductas indirectas está en que no producen efectos inmediatos y específicos.

Por otro lado, tenemos las *conductas instrumentales preventivas* las cuales hacen referencia a prácticas preventivas en situaciones donde el agente patógeno puede estar, al igual que en el caso de las conductas de riesgo, en contacto *directo* o *indirecto*. Las conductas instrumentales preventivas donde el agente patógeno está en contacto directo se refieren a conductas que involucran el contacto directo con el agente dañino pero en este caso, a diferencia de las conductas productoras de patología directa, se toman las debidas precauciones (las cuales no son garantía para evitar la adquisición de un agente patógeno), por ejemplo, los trabajadores del sector salud quienes, con precauciones tales como el uso de guantes de látex, se encargan de obtener las muestras de sangre para hacerles la prueba del VIH/SIDA; o bien, el tener relaciones sexuales con preservativo, lo cual no exime de poder ser contagiado del VIH (Ribes, 1990c).

Las conductas instrumentales preventivas donde el agente patógeno está en contacto indirecto, se refieren a conductas preventivas donde no hay exposición directa al agente patógeno y corresponden a conductas que previenen a largo plazo la aparición de una enfermedad, por ejemplo, lavarse las manos antes de comer o después de ir al baño, etcétera (Ribes, 1990c). Cabe señalar que particularmente en el caso de la prevención de la transmisión del VIH/SIDA, no se puede hablar de una conducta instrumental preventiva indirecta, puesto que para la transmisión del VIH se requiere de un contacto directo con el virus. En sí,

este tipo de conductas preventivas es más común verlas en enfermedades de origen crónico.

Con todo lo anterior podemos decir que el hablar de conductas instrumentales, es hablar sobre la capacidad del individuo para producir cambios en el ambiente, es decir, el *saber hacer* en diferentes situaciones contingenciales; ya que, el que tenga o no lugar una conducta instrumental depende siempre de las competencias efectivas disponibles, las circunstancias biológicas del individuo, el campo contingencial con el que se enfrenta el individuo y la forma en que sus competencias modulan interactivamente dichas contingencias, sin embargo, el factor principal en la ejecución de conductas instrumentales es la capacidad del individuo, la cual según Ribes (1990c) se puede concebir como:

- 1) la disponibilidad de las conductas requeridas en tanto morfologías efectivas de comportamiento.
- 2) la disponibilidad de información sobre por qué se tiene que realizar o no cierta conducta.
- 3) la disponibilidad de información respecto a las ocasiones y oportunidad en que deben realizarse determinados comportamientos.
- 4) La disponibilidad de formas de interacción alternativas a las conductas con efectos instrumentales con cierto grado de riesgo.

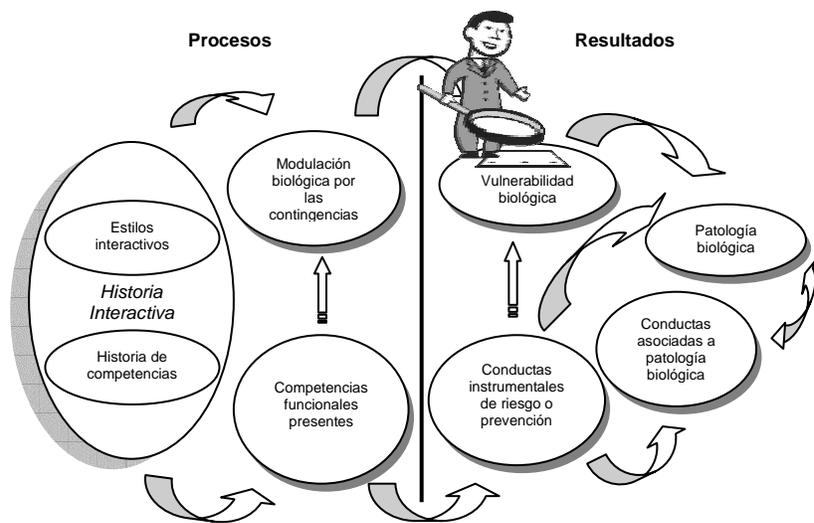
Es importante subrayar que la información a la que se hace referencia desde el Modelo Psicológico de la salud Biológica responde a la capacidad que tiene el individuo de emitir conductas instrumentales preventivas, es decir, a la historia de una práctica efectiva, al saber cómo hacerlo, dónde hacerlo, cuándo hacerlo, etc. y no solamente a un conocimiento capaz de memorizar (Ribes, 1990c).

Dentro de las conductas instrumentales, es posible distinguir que existen dos tipos según su proximidad temporal con las consecuencias. Un primer tipo responde a las conductas instrumentales con efectos inmediatos en la salud, en las cuales se facilita que el individuo evite realizarlas dada la proximidad temporal

entre el comportamiento y los efectos sobre el organismo, mientras que el segundo tipo, responde a conductas instrumentales con efectos demorados, las cuales tienen como principal efecto enfermedades crónicas o infecciones con periodos de incubación largos, como en el caso del VIH/SIDA; en este tipo de conductas, la prevención se dificulta debido a la demora de los efectos sobre el organismo.

La prevención se hace más compleja en el momento en que se combinan las conductas con efectos inmediatos que se consideran agradables, con los comportamientos con repercusiones nocivas a largo plazo, ya que no solo existe una demora en los efectos sobre el estado de salud, sino que se producen efectos inmediatos que compiten en sentido contrario, tal es el caso del alcoholismo o la drogadicción. Por otro lado y debido a que las conductas instrumentales están reguladas por factores adicionales a los efectos en la salud, puede pasar que las conductas de riesgo ocurran aún cuando existen las conductas preventivas; por ejemplo, los tan de moda deportes extremos. A este respecto, Ribes (1990c) señala la conveniencia de analizar las conductas preventivas en términos de sus efectos respecto a las conductas de riesgo y los factores situacionales que promueven su presencia y no solo su morfología. En otras palabras se han de buscar conductas preventivas incompatibles con las conductas de riesgo.

La vulnerabilidad biológica es considerada como aquellas condiciones orgánicas que aumentan el riesgo de que el individuo desarrolle alguna enfermedad aguda o crónica. Dicha



vulnerabilidad puede verse afectada por interacciones biológicas (prácticas

sanitarias inadecuadas o algún tipo de contagio de enfermedades virales, etc.) y por razones de naturaleza orgánica (alteraciones genéticas o congénitas).

Se debe considerar el grado de vulnerabilidad del organismo en el momento en que se da la interacción ya que éste, funge como un factor de peso en la adquisición de alguna enfermedad patológica, puesto que se considera a la vulnerabilidad como una condición biológica que adquiere la característica de factor disposicional en el desarrollo de alguna enfermedad. Cabe mencionar que el grado de vulnerabilidad, nunca es estable, pues sobra decir, experimenta cambios con el paso del tiempo; a razón, de la historia interactiva previa, las características de la interacción presente y la forma en que el sujeto percibe la interacción con el agente nocivo (Ribes, 1990c).

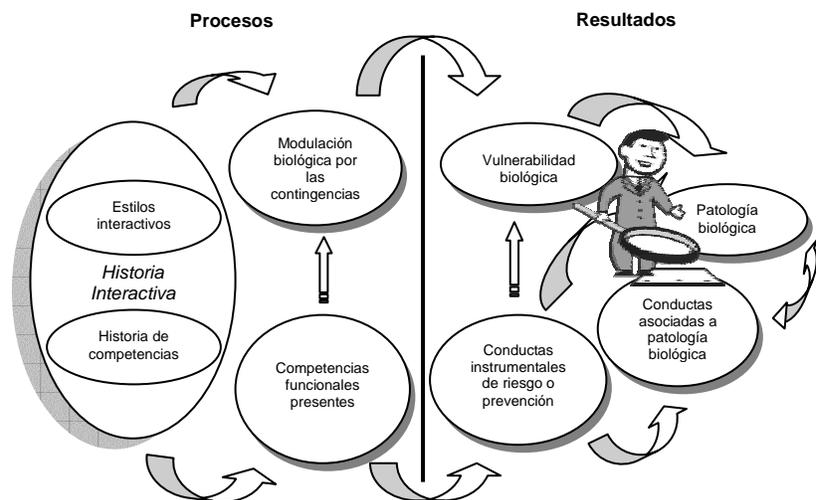
La vulnerabilidad ha de considerarse entonces, como una condición que en su nivel mínimo, le da al organismo un menor riesgo de contagio frente a cualquier patología. Esto implica, en el campo de la salud, la búsqueda de los niveles mínimos de vulnerabilidad y el incremento del nivel de inmunocompetencia en los individuos que se encuentran en riesgo de contagio de alguna enfermedad. En este tenor, una forma de mantener el grado de vulnerabilidad en sus niveles mínimos consiste en eliminar los agentes estresantes, ya que se ha comprobado que a mayor estrés mayor vulnerabilidad; sin embargo, debe quedar claro que el estrés no es en sí mismo un elemento suficiente para el desarrollo de una enfermedad, sino que además han de considerarse el contacto con un agente patógeno y las características propias del elemento nocivo (Bayés y Arranz, 1988).

Hay que mencionar que el sistema inmune esta en constante interacción con los sistemas nervioso y endocrino por lo que cualquier cambio en alguno de estos tres sistemas, puede afectar a los otros dos y sobre todo en el sistema inmune el cual tiene una influencia directa sobre el estado de vulnerabilidad. (Bayés y Ribes, 1989). Además es pertinente decir, que dentro de los eventos que pueden influir sobre la vulnerabilidad del individuo, podemos encontrar de dos tipos; eventos con características del orden de lo orgánico y eventos con características del orden de lo psicológico. Los factores de tipo orgánico se

refieren a un daño físico localizable que implican un cambio en el funcionamiento normal ya sea temporal o permanente, mientras que los del orden de lo psicológico se refieren a problemas producto de la interacción con otros o con el medio y por lo regular son temporales, pues no existe daño físico alguno y todo está controlado por la forma en que el individuo modula sus estados biológicos.

Finalmente como resultado del **proceso** psicológico de la salud y sus **resultantes**, tenemos la emisión de **conductas asociadas a patología biológica o la presentación de la patología biológica**.

Las conductas asociadas a patología biológica se presentan como conductas que ocurren al mismo tiempo, como efecto secundario de un tipo de patología o como resultado de ciertas conductas



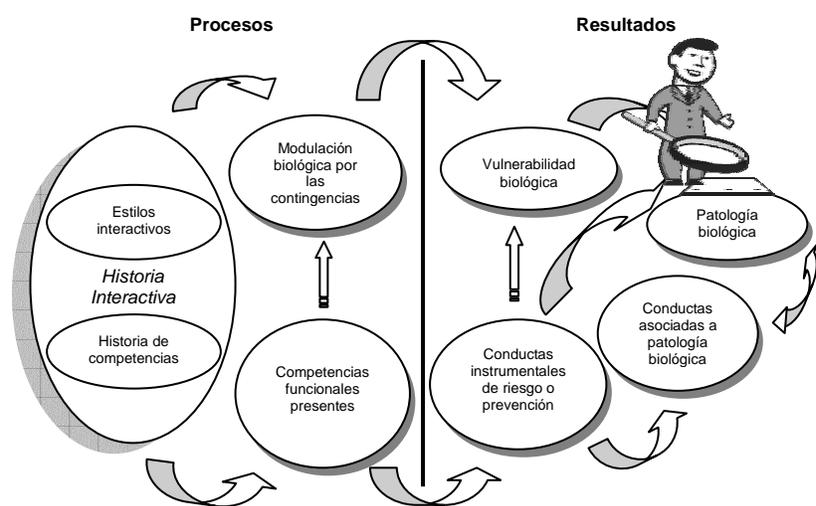
instrumentales, sin que exista patología biológica alguna.

Dentro de las conductas asociadas a la enfermedad que se correlacionan con la existencia de una patología podemos encontrar tres formas distintas en que se da la correlación. La primera se presenta como una conducta efecto de una alteración biológica (es el caso de las afasias, o alguna limitante física que impide el desenvolvimiento funcional de una persona). Una segunda manera es el resultado del proceso de curación o rehabilitación (por ejemplo, los efectos de algún fármaco o tratamiento de curación). Por último tenemos los comportamientos de índole estrictamente psicológico, es decir, donde no existe la vinculación con alguna patología (la tristeza, desesperación, etc.). En estos casos hay que tener presente que este tipo de comportamientos son en muchas ocasiones generadores de un nuevo proceso psicológico, o bien, aumentan la

vulnerabilidad del organismo respecto a una patología nueva o la que se cree poseer (Ribes, 1990c).

Por otro lado, las conductas asociadas a enfermedad producto de las conductas instrumentales sin que exista patología alguna, pueden ser tanto comportamientos enfermos que se presentan a la hora de enfrentar situaciones problema (gente irritable, enojona o hipertensa), o comportamientos enfermos que regulan los efectos de la interacción del individuo con su contexto como pueden serlo algunos síntomas somáticos (Ribes, 1990c).

La aparición de patología biológica se da a partir de la interacción de la vulnerabilidad biológica y la emisión de conductas instrumentales de riesgo; es decir, la



de conductas instrumentales productoras de patología y la existencia de un elevado grado de vulnerabilidad biológica, lo cual se traduce en un estado de patología biológica.

Una forma de representar este tipo de interacciones y su resultado, se muestra en la Tabla 6 donde se vislumbran cuatro formas resultantes del proceso psicológico de la Salud, los cuales estarán determinados tanto por el nivel de *vulnerabilidad biológica* a la enfermedad, como por la capacidad para la ejecución de *conductas instrumentales de riesgo*.

Tabla 6. Combinaciones resultantes del Modelo Psicológico de la Salud Biológica.

Conductas instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica	→	Desarrollo de una enfermedad patológica
Conductas instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica	→	Probabilidades variables en la aparición de la enfermedad
Conductas instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica	→	Probabilidades variables en la aparición de la enfermedad
Conductas instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica	→	Bajas probabilidades de desarrollar la enfermedad

En relación a la patología biológica, pese a que la naturaleza del problema ya es estrictamente biomédico, resulta necesario no descuidar el aspecto psicológico. De esta manera, la función del psicólogo en este nivel se traduce en: a) buscar una adherencia terapéutica efectiva, por medio de la planeación y la supervisión, b) en identificar y desarrollar comportamientos que se requieren en los problemas rehabilitativos y, 3) en atacar la aparición de comportamientos asociados a la patología biológica que en ocasiones adquiere autonomía funcional y se convierten en si mismos en un problema terapéutico (Ribes, 1990c).

3.3 LA PREVENCIÓN DESDE EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

Considerando el comportamiento como el regulador de los efectos del ambiente sobre el organismo, las acciones de prevención están determinadas por el comportamiento que muestra el individuo en una situación determinada, comportamientos que con base en sus resultados pueden considerarse como preventivos o de riesgo.

Al hablar de prevención, Ribes (1990c) acierta al decir que todo tipo de acción preventiva, requiere de la participación del individuo actuando, es decir, todo programa preventivo esta dirigido al cambio de comportamientos que representen un riesgo para la salud.

Resulta claro entonces que para el abatimiento de los problemas de salud se necesita de una estructura que establezca el tipo y grado de las acciones preventivas que se deben tomar. Actualmente, existen *programas sociales de prevención*, los cuales consideran la proliferación de ambientes físicos que impiden la adquisición de alguna patología, por ejemplo, lavar frutas y verduras, el mantenimiento de un drenaje en condiciones óptimas o bien su establecimiento, la potabilización de agua, etc., que favorezcan un desarrollo biológico libre de patología (Ribes, 1990c).

Por otro lado, los *programas biológicos de prevención* en el área de la salud, se rigen bajo la concepción médico-asistencial, la cual considera en su estructura de prevención tres niveles que van desde la administración de vacunas para evitar la adquisición de alguna patología, la intervención para la erradicación de alguna patología presente y la atención a pacientes terminales (Ribes, 1990c).

Ribes (1990c) considera necesario estructurar desde el punto de vista de la psicología una clasificación que permita al psicólogo, identificar las funciones que deberá desempeñar según el estado biológico de salud o enfermedad que presente el usuario, es así, como propone tres formas de intervención que cualquier **Programa Psicológico de Prevención** ha de considerar para su elaboración. Cabe mencionar que los niveles de prevención propuestos por Ribes no son excluyentes entre sí ya que las actividades a realizar dentro de cada nivel de prevención pueden vincularse en los diferentes niveles e incluso con los mismos objetivos.

Lo que hace diferente al programa psicológico de prevención de los demás programas (biológicos y sociales), es que en éste, los tres niveles propuestos implican la participación directa del sujeto en la emisión de conductas instrumentales preventivas y se basa en criterios y programas fundamentados en el comportamiento particular del individuo, es decir, son individuales por naturaleza. Asimismo considera que una dimensión psicológica de prevención es de vital importancia, ya que sin ésta las intervenciones preventivas de la dimensión biomédica y socioambiental carecerían de eficacia.

Desde la perspectiva psicológica de la salud, los tres niveles de intervención para la prevención de comportamientos de riesgo, son los siguientes:

Primario. Las acciones de prevención primaria forman parte de las prácticas vinculadas a la vida cotidiana previas a la aparición de riesgos biológicos. Lo que se busca es dotar a los individuos sanos de todas aquellas habilidades y destrezas que le permitan enfrentar con éxito las diversas actividades que enfrentan a diario. Algunas acciones preventivas de este nivel corresponden en desarrollar estilos de vida que reduzcan la propensión a condiciones de vulnerabilidad biológica, la promoción de comportamientos alternativos a aquellos que inducen riesgos para la salud, el adiestramiento en la evitación de accidentes y la adquisición de comportamientos que prevengan la muerte o lesiones en desastres naturales.

Secundario. Este tipo de acciones preventivas entran en acción una vez desarrollada la enfermedad, cuando ésta se encuentra en sus inicios o cuando se es propenso a desarrollar alguna patología biológica, es decir, la población ya no es una población sana sino una población *altamente vulnerable* o con una enfermedad crónica que se encuentra en sus inicios, o con cualquier otra enfermedad susceptible de agravarse, en donde los daños aún son reversibles en la mayoría de los casos. En este nivel la intervención consiste: en reconocer los indicadores de riesgo o patología, lograr el acceso al servicio médico pertinente, la adherencia a las prescripciones terapéuticas y preventivas, y en adquirir las competencias que le permitan al paciente acudir oportunamente al servicio médico. Cabe hacer notar que este nivel, al igual que el tercero, se considera preventivo en la medida en que impide el avance de la enfermedad.

Terciario. Este nivel corresponde a los niveles segundo y tercero del modelo biomédico. Desde el punto de vista psicológico, este nivel se aplica cuando existe una condición patológica que ha evolucionado produciendo daños irreversibles o parcialmente reversibles. Las acciones que corresponden a este nivel son de índole conductual y corresponden a: implementar el comportamiento de adherencia terapéutica, la eliminación de comportamientos que interfieren con la eficacia de los tratamientos biomédicos, reducción de las reacciones de estrés y

la emisión de comportamientos que favorezcan los procesos de rehabilitación. En realidad este nivel está encaminado a la prevención en el deterioro acelerado del individuo con un cuadro patológico grave en donde existe una alta probabilidad de muerte.

3.4 EL SIDA DESDE EL MODELO PSICOLÓGICO DE LA SALUD BIOLÓGICA

El Modelo Psicológico de la Salud Biológica se presenta como un modelo a nivel preventivo, y en el problema de la transmisión del VIH puede utilizarse en los tres niveles de intervención mencionados en el apartado anterior, las funciones de cada nivel se describen de la siguiente manera:

Tercer nivel. En este nivel el psicólogo trabajará con enfermos de SIDA, y su función consistirá en:

- 1) Buscar la adherencia terapéutica de todos aquellos pacientes que se encuentran bajo tratamiento, con el fin de que confíen en la ayuda médica pese a lo avanzado de su enfermedad, esto para mantener el equilibrio existente entre el genoma del VIH y los linfocitos T4, ya que de romperse dicho equilibrio -que está en condiciones precarias- existirá una respuesta de vulnerabilidad que se traducirá en una intensificación de la patología biológica adquirida.
- 2) Eliminar comportamientos que influyan o interfieran con la eficacia de los medicamentos suministrados, dotando al paciente de las habilidades que le permitan sobrellevar los efectos secundarios que producen los fármacos, ya que debemos de considerar que los pacientes con SIDA deben tomar hasta 12 pastillas al día y algunos de estos medicamentos producen, entre otras reacciones secundarias, náuseas, fatiga, sudoración excesiva, etcétera.
- 3) Buscar el grado mínimo de estrés y ansiedad, lo cual permitirá reducir el estado de vulnerabilidad del paciente, en términos de que a menor ansiedad menor vulnerabilidad, lo cual representa ganancias a nivel inmunológico.

- 4) Brindar apoyo psicológico a los pacientes y a sus familiares, con el fin de contribuir y aumentar la efectividad del tratamiento y el proceso de rehabilitación (Bayés y Ribes, 1989; Ribes, 1990c; Rodríguez et al., 2000).

Segundo nivel. En este nivel, la labor del psicólogo se centra en las personas consideradas como seropositivas, y tratará de que cada persona alcance en todo momento su nivel mínimo de vulnerabilidad posible, con la finalidad de evitar la transición de un estado de portador asintomático a uno de enfermedad manifiesta. Asimismo y al igual que en el nivel anterior, se debe promover la adherencia terapéutica que facilite la permanencia en el estado de seropositividad, además de:

- 1) Dotar al individuo de las habilidades necesarias para enfrentar de modo efectivo las circunstancias que conllevan el riesgo de re-infección del VIH. Es aquí donde las conductas instrumentales preventivas han de establecerse, promoviendo el desarrollo de estilos interactivos que favorezcan la salud, entre los cuales Bayés y Ribes (1989) proponen el de tolerancia a la ambigüedad, debido a que la baja tolerancia podría suponer una labilidad emocional y por consiguiente una alta vulnerabilidad, esto en razón del largo periodo de incubación del VIH. Por su parte, Ribes (1990c) propone desarrollar los estilos interactivos de persistencia o logro, flexibilidad al cambio, tendencia a la transgresión, curiosidad, dependencia de señales y responsividad a nuevas señales, estilos que influirán en las competencias efectivas del sujeto y su interacción sin provocar un alto grado de estrés, lo cual representa un factor determinante para el grado de vulnerabilidad en que se pretende ubicar al individuo para evitar o alargar el mayor tiempo posible el desarrollo del SIDA.
- 2) Conductas instrumentales preventivas que impidan la re-infección o el contagio de otras personas, por ejemplo, usar condón en todas y cada

una de sus relaciones sexo-genitales, conocer la historia sexual de su pareja, etcétera.

- 3) Enseñarle al sujeto a identificar las tendencias que tiene para involucrarse en conductas instrumentales de riesgo, por medio del establecimiento de conductas que permitan identificar los indicadores de riesgo tales como, el tipo de práctica sexual que realiza el individuo, ya sea sexo anal, vaginal u oral, contextos sociales que probabilizan encuentros sexuales o el abuso de sustancias, como el alcohol o la droga, que auspicien conductas de riesgo, entre otras.
- 4) Instruir al sujeto en conductas instrumentales que le faciliten saber a dónde y con quién dirigirse para recibir la atención médica adecuada.
- 5) Instruir al paciente para que despliegue conductas que le permitan ser atendido en clínicas de salud.
- 6) Promover un estilo de vida saludable, a través de la alimentación adecuada, enseñarle a enfrentar de la mejor manera situaciones productoras de estrés, inculcarle cuidados personales propicios y por qué no, hacer algún tipo de deporte que no altere de manera drástica su vulnerabilidad biológica. (Bayés y Ribes, 1989; Ribes, 1990c; Rodríguez et al., 2000).

Primer Nivel. En este nivel se concentra el principal campo de inserción del psicólogo en el área de la salud, pues en palabras de Ribes (1990c, p. 72) "... las acciones de naturaleza biomédica... sólo cubren dos niveles de prevención (el segundo y tercero)... y con el objeto de alcanzar un nivel preventivo primario en la práctica es necesario sustituir el modelo biomédico de salud por un modelo psicológico...", ya que en este nivel existen en menor número las acciones de naturaleza médica; asimismo, se caracteriza por la ausencia de la enfermedad en el individuo y le atribuye al comportamiento el mayor peso en el proceso regulador de la salud-enfermedad.

En este nivel la labor del psicólogo consiste en:

- 1) Establecer en el individuo las habilidades necesarias para poder enfrentar de modo efectivo las circunstancias que conllevan el riesgo de infección del VIH, por medio del desarrollo de estilos interactivos que favorezcan la salud y que se mencionaron anteriormente, sólo que en este nivel el propósito es el de evitar la infección del VIH.
- 2) Desarrollar conductas instrumentales preventivas, por medio de la promoción de hábitos sexuales preventivos eficaces, ya sea tener relaciones sexuales con una sola pareja, usar condón de manera consistente –léase, usar el condón cada vez que se tienen relaciones sexuales (100% de las veces), sin excepciones- y sistemática, conocer sobre la transmisión del VIH, llevar a cabo prácticas sexuales alternativas al coito, tales como la abstinencia, las caricias, la masturbación, etc., o realizar cualquier tipo de relación que evite el intercambio de fluidos, entre otras. (Bayés y Ribes, 1989; Ribes, 1990c; Rodríguez et al., 2000).
- 3) El desarrollo de competencias efectivas que puedan probabilitar un comportamiento preventivo eficaz; esto se ha de lograr haciendo que el individuo reconozca las señales o condiciones de estímulo que indican la cercanía de una situación de riesgo y por ende la oportunidad de practicar algún comportamiento preventivo alternativo, por ejemplo, la proximidad de una fiesta o una reunión donde la oportunidad de relacionarse sexualmente es muy alta y de esta manera poder ir a la fiesta llevando consigo un condón o bien no ir a dicha fiesta.
- 4) Enseñar al sujeto a identificar las consecuencias a corto y largo plazo que se pueden derivar de una conducta preventiva y de una de riesgo.
- 5) Entrenar al individuo en el reconocimiento de los comportamientos preventivos eficaces, los cuales van desde la evitación de comportamientos de riesgo, la eliminación de elementos nocivos del comportamiento de riesgo, la ejecución de comportamientos

compatibles no peligrosos y la demora del comportamiento de riesgo hasta que pueda practicarse sin peligro o con un riesgo menor (Bayés y Ribes, 1989). Todas estas competencias responden al saber cómo, dónde y cuándo ha de llevarse a cabo el comportamiento sexual preventivo, esto es, el saber cómo usar un condón, con quién usarlo, dónde conseguirlo o bien cómo desarrollar una conducta sexual asertiva.

- 6) Establecer conductas instrumentales que permitan reconocer indicadores de riesgo, lo cual implica que el individuo identifique en su forma de relacionarse qué **tipo de conductas sexuales** (morfologías de conducta) son las que habitualmente despliega y cuáles de esas representan un riesgo de infección.
- 7) Establecer conductas instrumentales que permitan reconocer indicadores de riesgo en las **situaciones** que probabilizan que ejerza o no una práctica de riesgo, donde han de considerarse **factores disposicionales** como los gustos, preferencias, estados de ánimo, conmociones emocionales, condiciones biológicas, etc. que influyan en la ejecución de comportamientos de riesgo.
- 8) Establecer conductas instrumentales que permitan reconocer indicadores de riesgo en las **personas** que influyen directa o indirectamente en la ejecución de comportamientos de riesgo, así como las funciones que tiene cada una de ellas.
- 9) Modificar en la medida de lo posible las creencias que influyen en la ejecución de comportamientos de riesgo; esto se logra, por ejemplo, eliminando la concepción de que el uso del condón representa una falta de hombría o que el coito vaginal es bueno pero no la masturbación, o bien un cambio de creencias sobre la propia vulnerabilidad del sujeto con base en la típica frase “a mi no me va a pasar” etc. (Bayés y Ribes, 1989; Ribes, 1990c; Rodríguez et al., 2000).

Como se ha podido ver, el campo de acción de la psicología en la prevención de la transmisión del VIH, abarca desde las primeras acciones necesarias para evitar el contagio del VIH, hasta la prevención del avance de la enfermedad causada por el virus del inmunodeficiencia adquirida; y aunque la psicología puede intervenir en cualquiera de los tres niveles, consideramos que la principal labor del psicólogo debe centrarse en el primer nivel de intervención para evitar se propague la pandemia, lo cual no significa que se dejen de lado los demás niveles.

La intervención del psicólogo en el primer nivel, debe obedecer a un *saber hacer*, es decir: un saber qué se tiene que hacer, en qué circunstancias hacerlo, cómo reconocerlo, cómo decirlo, cómo hacerlo, haberlo hecho antes o haberlo practicado, saber por qué se tiene que hacer o no hacer y reconocer si se tiende o no a hacerlo, saber cómo reconocer la oportunidad de hacerlo y de no hacerlo, saber hacer otras cosas en dicha situación, o lo que es igual, saber hacer lo mismo pero de otra manera (Ribes, 1990c).

Lo anterior se traduce en la ejecución de conductas instrumentales preventivas que le permitan al individuo modular su interacción, lo cual se lleva a cabo por medio de las competencias funcionales efectivas de las personas, dichas competencias vistas como eventos disposicionales, regulan el comportamiento e influyen de manera directa en que una persona se infecte o no del VIH.

Retomando las categorías del Modelo Psicológico de la Salud Biológica, creemos que son las competencias que el individuo posee, una parte fundamental del proceso psicológico relacionado con el mantenimiento, pérdida o recuperación de la salud. De esta manera proponemos la evaluación de dichas competencias, ya que de hacerlo, esto nos permitirá identificar cuáles son las competencias efectivas y el nivel en que dichas competencias se desempeñan en los comportamientos de riesgo y de prevención.

Para dicha evaluación, se requiere de un sistema analítico de evaluación congruente con el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, a este respecto Ribes, DíazGonzález, Rodríguez y Landa (1986) proponen el Análisis

Contingencial, el cual, se propone como una tecnología, derivada de un conocimiento básico que tiene como principal objetivo poder ser un conocimiento aplicable sin caer en limitaciones metodológicas tales como la extrapolación del conocimiento científico o la analogía de procesos (DíazGonzález y Carpio, 1996; Rodríguez, 2002).

3.5 ANÁLISIS CONTINGENCIAL

El Análisis Contingencial se fundamenta en una serie de consideraciones conceptuales sobre el comportamiento y la aplicación del conocimiento psicológico desarrollado por Ribes y López (1985). Su aplicación tiene una doble función dentro del análisis del comportamiento humano; por un lado, cuando es usado como **sistema** permite analizar funcionalmente el comportamiento individual y las categorías que lo conforman; por otro lado, usado como **metodología**, es utilizado para analizar el comportamiento con el fin de transformarlo (Rodríguez, 2002).

El Análisis Contingencial tiene como principal objeto de estudio, la interacción entre el organismo y el ambiente, siendo su principal unidad de análisis el comportamiento que se da a partir de la conducta de un individuo y su relación con los demás participantes en una situación determinada. DíazGonzález, Landa y Rodríguez (2002) mencionan, que desde el Análisis Contingencial se concibe al comportamiento como una compleja red de relaciones entre un individuo, otros individuos y su contexto normativo, ubicado en una situación determinada, siendo el comportamiento, el organismo y el ambiente un todo inseparable.

La forma en que se pretende analizar dicha interacción es por medio del análisis funcional, esto es, se estudia la forma en que se relaciona un individuo en particular con su grupo de personas, los objetos del ambiente y el contexto de la interacción, observando cuidadosamente como dependen unos factores de otros en situaciones cualitativamente distintas y así, identificar cuáles son los elementos que conforman la interacción y poder describir el papel que juega cada uno de ellos en una situación particular. Para analizar funcionalmente el comportamiento individual y las categorías que lo conforman, el Análisis Contingencial como sistema, se compone de cuatro dimensiones, a saber:

- **Sistema Microcontingencial.** Este sistema se refiere a la interrelación que establece un individuo con su medio en una situación en particular y se evalúa por medio de un análisis funcional de los elementos que conforman dicha interacción en situaciones específicas. En este sistema se evalúan, la morfología de la conducta, las situaciones en que se da dicha conducta, las relaciones de mediación y las personas que las emiten y los efectos (Rodríguez, 2002).
- **Sistema Macrocontingencial.** Este sistema se enfoca al estudio del contexto normativo en que se da la interacción y funge como el complemento del sistema Microcontingencial. El objetivo del análisis Macrocontingencial, es analizar la correspondencia entre la conducta del individuo y las prácticas normativas de su grupo social, con lo cual se puede evaluar el contexto normativo que regula las relaciones que se dan en el sistema Microcontingencial, ya que se parte de que la individualidad de una persona se forma de características impuestas por el grupo de personas que le dan contexto.
- **Factores Disposicionales** los cuales son “colecciones de ocurrencias” (Ryle, 1967) que funcionan como elementos -y es importante decirlo, **no** como variables- en donde dadas ciertas circunstancias, probabilizan o interfieren en la emisión de algún comportamiento; por ejemplo, la historia del individuo, sus capacidades, tendencias y gustos que posibilitan la emisión de una u otra conducta en determinadas circunstancias (Rodríguez, 2002).
- **Personas** significativas de la interacción, es decir, se estudia la forma y nivel en que se da la mediación de la interacción entre un individuo y la conducta de una persona o un grupo de personas significativas para él.

Con el análisis de estas cuatro dimensiones, el Análisis Contingencial, como sistema, permite explicar cómo se regulan las prácticas valorativas de un individuo o bien, qué factores psicológicos son determinantes para que una persona presente o no algún comportamiento, que en su valoración social puede

ser considerado problemático o potencialmente problemático (DíazGonzález et al., 2002; Rodríguez, 2002).

Sin embargo, para poder lograr nuestro objetivo -la evaluación de competencias en personas diagnosticadas como seropositivas- retomaremos únicamente el sistema Microcontingencial, el cual nos permite gracias a sus cuatro dimensiones, evaluar las competencias funcionales presentes de las personas por medio de un análisis funcional de las situaciones en que se presentan las conductas de riesgo o de prevención (Rodríguez, et al., 2000; Rodríguez, DíazGonzález, Robles, Moreno y Frías, en prensa).

3.5.1 SISTEMA MICROCONTINGENCIAL

El sistema Microcontingencial consta de la identificación de los elementos que conforman una interacción, la evaluación de sus funciones y la descripción del proceso de mediación o el nivel de complejidad del comportamiento (Rodríguez, 2002).

Para llevar a cabo el análisis del sistema Microcontingencial, debemos de entender que éste se compone de cuatro elementos que dependen uno de otro y el peso explicativo de cada uno de ellos depende de la interacción, asimismo se asume que alguno de estos cuatro elementos estructura el campo de contingencias de un modo en particular, es decir, lo regula. Dicha regulación o mediación² se da a través de la conducta de una persona en particular, siendo esta persona el mismo usuario o alguna otra persona significativa en la interacción.

Los cuatro elementos que conforman el sistema Microcontingencial son:

- a) **Las Morfologías de Conducta**, las cuales se definen como las formas de respuesta del individuo y de las personas significativas en la interacción, lo que quiere decir, que se debe identificar lo que hace o no un individuo en la interacción analizada y lo que hacen los otros;

² El concepto de mediación se refiere a la forma en que se configura una relación específica. Al elemento que estructura ese modo de interacción se le llama mediador.

b) **Las Situaciones**, el contexto en que se da un comportamiento en particular, esto es, el conjunto de características físicas y sociales del individuo bajo análisis y del ambiente. Las situaciones poseen la función de disposicionales, en la medida en que probabilizan o interfieren de una u otra manera la interacción. Los elementos que se han de analizar en este apartado son las circunstancias sociales, el lugar o lugares, los objetos de acontecimientos físicos, conductas socialmente esperadas, las competencias o incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado, las inclinaciones, propensiones y las tendencias (ver Tabla 7).

Tabla 7. Elementos disposicionales en el rubro de situaciones

Elementos Disposicionales	Descripción	Ejemplo
1) Circunstancias sociales	Tipo de circunstancia social en que se da la interacción y contexto inmediato que auspicia la relación.	Relación de pareja homosexual o heterosexual; estable u ocasional. Contexto inmediato como fiestas o reuniones con amigos.
2) Lugar o lugares	Ambiente físico	Una casa sola, una discoteca, un bar, etcétera.
3) Objetos o acontecimientos físicos	Objetos o acontecimientos que probabilizan una interacción.	Tipo de ropa, un perfume en particular, la ingesta de algún tipo de alimentos, etcétera.
4) Conductas socialmente esperadas	Según el momento, ya sea histórico o cultural, existen demandas convencionales de comportamiento.	Por ejemplo el usar condón en todas y cada una de las relaciones sexuales. O bien, en la condición de hombre tomar la iniciativa para iniciar una relación sexual o nunca negarte a ellas.
5) Las competencias o incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado.	Las competencias que una persona ha adquirido y desarrollado a lo largo de su historia.	Saber ponerse un condón antes de iniciar contacto sexual. O ser asertivo para rechazar ofertas sexuales.
6) Inclinaciones y propensiones	Gustos y preferencias Estados de ánimo Conmociones emocionales Condiciones biológicas.	Preferencias sexuales. Tristeza, felicidad, etc. Furia, miedo, etc. Dolor de cabeza enfermedades diversas, etc.
7) Tendencias	Costumbres, hábitos y formas de conducta.	Tener relaciones sexuales solo después de un par de copas o no usar condón por falta de costumbre, etcétera.

c) **Las personas**, esta dimensión se refiere específicamente a la relación de mediación entre personas, ya que, debido a que la conducta es considerada como una interrelación entre personas y su medio, éstas cobran gran importancia debido a la función que cada una de ellas ejerce en una interacción en particular. Para poder analizar esta categoría, la relación básica a identificar, es la función de individuo mediado-individuo mediador, ya que el resto de las funciones que se proponen, son de tipo disposicional.

El objetivo de este elemento es identificar cuál es el comportamiento mediador y que individuo lo emite, cuál es el comportamiento mediado que individuo lo hace y en que nivel se da la mediación (Ribes y López, 1985).

La forma de identificar la influencia que tiene cada persona en la interacción conductual, es distinguida por Rodríguez (2002) de la siguiente manera:

- ↳ Mediador. Cuando el comportamiento de un sujeto estructura la relación entre los individuos, es decir domina o dirige el comportamiento de otros.
- ↳ Mediado. Es el comportamiento regulado, de un individuo, por las contingencias del comportamiento del individuo mediador.
- ↳ Auspiciador. Es aquella persona que facilita o promueve una interacción particular, sin intervenir en ella.
- ↳ Regulador de propensiones e inclinaciones. Es el papel que juegan aquellas personas cuyo comportamiento hace más probable cierto tipo de interacciones, modulando gustos preferencias y estados de ánimo.
- ↳ Regulador de tendencias. Persona que regula la tendencia de un individuo a comportarse de forma específica. La función reguladora puede ser por capacidad o por historia, es decir, si esa función se fue construyendo históricamente o si se adquirió por poseer características similares a otros reguladores.

Cabe aclarar, que también es necesario identificar la forma en que se regula la interacción ya que la conducta mediadora puede ser de dos tipos, directa si una persona regula el comportamiento de otros por medio de acciones contenidas en una situación determinada, o indirecta, si la mediación se da a través de interacciones lingüísticas que remplazan funcionalmente a aquellas circunstancias concretas en que tiene lugar la interacción. La importancia que tiene la identificación de la mediación Microcontingencial se debe a que toda vez que sea identificada dicha mediación, será posible ubicar al comportamiento en la Taxonomía propuesta por Ribes y López (1985), y con esto se puede evaluar el grado de complejidad del comportamiento (Ribes et al., 1986; Rodríguez, 2002).

- d) **Los efectos** se refieren a la relación de consecuencia entre la morfología de conducta de un individuo y de los otros, en donde se identifican tres tipos de comportamiento, el comportamiento efectivo, aquél que afecta el comportamiento de otros; el comportamiento inefectivo, aquél que no altera el comportamiento de otros y el comportamiento afectivo, aquél que afecta el comportamiento de quien lo emite. En el caso del Análisis Contingencial y en específico en el sistema Microcontingencial los efectos que se han de identificar son: si hay efectos sobre las conductas de otros o de uno mismo, o bien si no los hay (Rodríguez, 2002; Rodríguez et al., 2000).

3.6 EL ANÁLISIS CONTINGENCIAL COMO SISTEMA APLICADO PARA LA EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS FUNCIONALES EN PERSONAS SEROPOSITIVAS

El contagio del VIH, al igual que el resto de las demás enfermedades de origen adquirido, tiene que ver con lo que el individuo hace o deja de hacer, y dicho hacer responde a la capacidad que tienen las personas para regular los efectos del medio sobre su organismo, es decir, a las *competencias funcionales presentes*.

Creemos entonces que las capacidades que tiene el individuo para relacionarse con otros, así como su información y sus experiencias en el ámbito sexual constituyen, entre otras cosas, competencias que funcionan como disposicionales, es decir, competencias que pueden facilitar la emisión de

conductas sexuales preventivas o por el contrario pueden hacer que el individuo se involucre en situaciones o prácticas sexuales de riesgo.

Considerando lo anterior y retomando el Modelo Psicológico de la Salud Biológica, (Ribes, 1990c) así como el Análisis Contingencial y más específicamente del Sistema Microcontingencial, el presente trabajo cobra importancia al evaluar las competencias de un grupo de personas diagnosticadas como seropositivas. Esto nos permitirá analizar la influencia que tienen los componentes de las competencias sobre las mismas en la emisión de conductas de riesgo y de prevención, en una muestra de pacientes seropositivos, ya que al identificar los factores que dan pie para que se presenten dichas conductas podremos esclarecer los factores psicológicos que componen las interacciones consideradas como de riesgo en la transmisión del VIH/SIDA y por consiguiente estructurar programas de prevención que repercutan de manera efectiva en la conducta sexual de las personas.

Para poder lograr nuestro objetivo, debemos contar con un instrumento que evalúe de manera específica los componentes que conforman las competencias, las cuales como ya se ha mencionado influyen directamente sobre la emisión de interacciones efectivas en términos de prevención o riesgo -ver Tabla 8- (Ribes, 1990c), de tal manera que el instrumento debe ilustrar dentro de sus reactivos, las formas en que las personas suelen relacionarse sexualmente (las morfologías del comportamiento del individuo), las distintas situaciones que dan contexto a las prácticas sexuales (la situación y las demandas que la situación establece), el papel que juega el comportamiento de la demás personas significativas en la interacción (relaciones de mediación), así como los efectos de sus prácticas sexuales ya sean sobre uno mismo o sobre las demás personas, así como los resultados que tiene el comportamiento en relación con los requerimientos establecidos.

Dicho instrumento ha sido desarrollado por Rodríguez et al., (en prensa) quienes se dieron a la tarea de crear un instrumento que les permitiera evaluar competencias funcionales vinculadas con la transmisión del VIH/SIDA. Cabe

mencionar que este instrumento fue construido haciendo uso de las cuatro dimensiones del Sistema Microcontingencial, los cuales permitieron evaluar cada uno de los factores que componen las competencias.

Tabla 8
Características que componen las competencias y elementos que se han de tomar en cuenta en la evaluación de las mismas.

Conductas efectivas	<ul style="list-style-type: none"> a) Morfologías del comportamiento del individuo y de otros. b) Conducta relativa a una persona específica o a circunstancias no personales c) Características dinámicas de la interacción.
Situaciones	<ul style="list-style-type: none"> a) Circunstancia social (familiar, laboral, etc.) b) Lugar o lugares c) Objetos o acontecimientos físicos d) Conductas socialmente esperadas (específicas y genéricas) e) Competencia social en la emisión de dichas conductas <ul style="list-style-type: none"> - saber hacerlo - cómo lo hace - capacidad por experiencia, información o instrucción f) Inclinaciones (Gustos preferencias estado de animo, conmoción emocional, condición biológica, etc.) g) Tendencias (interacciones que el usuario llevó a cabo en el pasado, en qué circunstancias y con qué efectos, etc.)
Personas (que actúan directa o indirectamente en cada una de las funciones)	<ul style="list-style-type: none"> b) Auspiciador (aquel que facilita las condiciones para que algo suceda) c) Disposicional (aquel que genera estados de animo o regula inclinaciones) d) Mediador de la contingencia (determina el tipo de interacción que se está dando; regula la contingencia) e) Mediado (aquel que es regulado por el mediador) f) Regulador de tendencias (no genera la tendencia sino la regula dada su función histórica o su capacidad como ejemplo).
Efectos	<ul style="list-style-type: none"> b) Intrasituacionales y extrasituacionales c) Directos o indirectos d) Sobre otros o sobre uno mismo e) Singulares y múltiples f) Concurrentes y secuenciales g) Inmediatos o demorados h) Relativos a su valoración costo-beneficio

Nota: Tabla tomada de Ribes, 1990c

Finalmente y para dar paso a la metodología seguida en la presente investigación, queremos mencionar que este trabajo se propone como un estudio con valor heurístico, ya que se perfila como uno de los primeros intentos en abordar el proceso de salud-enfermedad y especialmente en la prevención del VIH/SIDA, desde la perspectiva Interconductual. De tal forma que creemos que el Modelo Psicológico de la Salud Biológica en conjunción con el Análisis Contingencial, representan una alternativa teórico-metodológica que supera de manera radical a los modelos psicológicos que intervienen en el área de la salud y que actualmente rigen la investigación sobre el VIH/SIDA.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los factores (personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio y/o prevención del VIH/SIDA, en pacientes seropositivos.

Objetivos específicos

1. Identificar en una muestra de pacientes seropositivos a aquellos sujetos cuya competencia para la prevención del contagio o re-infección del VIH/SIDA es alta, moderada y baja.
2. Caracterizar cada uno de los grupos de competencia sexual (alta, moderada y baja).
3. Evaluar la relación entre el índice de competencia sexual y las variables de comparación, tales como el uso consistente del condón, el número de parejas sexuales y el tiempo que tienen viviendo los participantes con el virus –fecha de diagnóstico.
4. Identificar si existe relación entre las variables evaluadas (las Situaciones, los Efectos y Personas).
5. Determinar si existen diferencias significativas entre los grupos de competencia sexual con respecto al índice de competencia sexual.

6. Determinar si existen diferencias significativas entre los grupos de competencia sexual con respecto a las variables: Situaciones, Personas y Efectos.

Tipo de estudio

El presente estudio fue de tipo descriptivo, a este respecto Hernández, Fernández y Baptista (1991) menciona que este tipo de estudios buscan especificar las propiedades importantes de cualquier fenómeno que sea sometido a análisis.

Diseño de 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 et al. 1991).

Variables demográficas

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Ocupación
- Nivel de ingresos.
- Máximo grado de estudios.
- Preferencia sexual.

Variables relacionadas con la condición de seropositividad.

- Fecha aproximada de diagnóstico.

Fecha aproximada en que se le notificó al paciente que era portador del VIH/SIDA, por parte de una institución de salud. Dicha fecha se utilizó para identificar el tiempo que tienen los participantes del estudio viviendo con el virus.

- Vía de transmisión.

Forma de contagio del VIH/SIDA (sexual, sanguínea o perinatal).

Variables Independientes

➤ Situaciones

Se refiere al contexto en que se da un comportamiento en particular, es decir, las circunstancias sociales, el lugar o lugares, los objetos o acontecimientos físicos, conductas socialmente esperadas, las competencias o incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado, las inclinaciones, propensiones y las tendencias, 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 instrumentales de riesgo.

➤ Efectos

Es la relación de consecuencia entre la morfología de conducta de un individuo y de los otros. En esta categoría se ha de identificar la presencia de efectos negativos o bien la ausencia de éstos.

Variables Dependientes

La variable dependiente correspondió al índice de competencia sexual, el cual osciló entre 0 y 1, en donde valores cercanos a cero sugieren mayor competencia sexual y las cercanas a 1, menor competencia sexual.

Asimismo y considerando la existencia de procesos de comportamientos cualitativamente distintos, se describe, 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 sexual en términos de capacidad para proponer medidas de prevención o de competencia social (Interacciones situacionales no instrumentales).

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. La competencia social vinculada con riesgo, se evaluó mediante una opción de respuesta (último inciso de la columna 3 -indicador de competencia social- Ver más adelante Tabla 10).

- Indicador de competencia en términos de ejecución de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención (Interacciones situacionales instrumentales).

En éstas, a diferencias 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 lo que haga el individuo en relación a la prevención del contagio del VIH/SIDA (Indicador de ejecución de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención, columna 2, Tabla 10).

- Indicador de competencia en términos de experiencia, información o creencias (interacciones extrasituacionales-transituacionales).

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 capacidad en términos de experiencia, información y creencias, columna 1, Tabla 10).

MÉTODO

Selección de la muestra

Fueron 68 pacientes diagnosticados como seropositivos de un hospital de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) del Estado de México. La selección se hizo por medio de un muestreo de selección intencional -no probabilística- (Hernández et al. 1991) ya que los participantes fueron aquellos pacientes que acudían a consulta externa del mencionado hospital. Los criterios que se utilizaron para la aceptación de los sujetos participantes fueron: que hubieran sido diagnosticados como seropositivos y que supieran leer y escribir. Cabe mencionar que para fines analíticos, dicha muestra se dividió en tres grupos y la asignación de las personas a cada uno de los grupos dependió de su grado de competencia en la prevención del VIH/SIDA.

Materiales

Se emplearon 68 sobres bolsa -de papel ante- tamaño media/carta, cada uno los cuales contenían una hoja de respuesta y un cuestionario. También se emplearon lápices, gomas y una carta de consentimiento informado (ver anexo 1).

Aparatos

Se utilizó una computadora Pentium 3 propiedad de la UNAM para la captura, análisis y representación de los resultados, así como el programa estadístico SPSS10.

Instrumento de evaluación

Se utilizó un cuestionario autoaplicable desarrollado por DíazGonzález, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías (2003), el cual estuvo conformado por diversos reactivos de opción múltiple. Dicho cuestionario estuvo dividido en tres partes: 1) Datos demográficos (9 reactivos –los cuales se ubicaron sólo en la hoja de respuestas-); 2) Conocimientos generales sobre VIH/SIDA (29 reactivos) y 3) Competencias funcionales (43 reactivos); cada parte especificaba las instrucciones a seguir (Anexo 2).

Es importante señalar que en el presente trabajo únicamente se reportan los datos de la primera y tercera parte, es decir, la parte que evaluó los datos demográficos y la que evaluó las competencias funcionales.

La tercera parte del cuestionario estuvo dividido, a su vez, en dos partes, la primera correspondía a 13 reactivos que hacían referencia a la historia sexual de los participantes. Mientras que la segunda constaba de 30 reactivos, los cuales evaluaron las competencias funcionales presentes, por medio de enunciados que ilustraron situaciones en donde lo importante radicó en la forma de relacionarse sexualmente (*Morfología de conducta*, 6 reactivos), las *Situaciones* en que tienen lugar las prácticas sexuales (15 reactivos), el papel que tiene el comportamiento de otras *Personas* significativas (5 reactivos) y los *Efectos* de las prácticas de riesgo (4 reactivos). Es pertinente mencionar que los seis reactivos que evaluaron morfología de conducta, fueron tomados en cuenta sólo para la obtención del índice de competencia sexual, ya que dicha categoría figura como un componente que se ha de tomar en cuenta para la evaluación de competencias; sin embargo y por razones propias de este estudio, no serán analizados de manera específica puesto que correspondería a otro segmento de análisis. Asimismo, los primeros trece reactivos, mencionados al principio de este párrafo, no serán analizados pues no se consideran en el análisis de competencias.

En la Tabla 9, se presenta, de forma muy general, la manera en que estuvieron organizados los 30 reactivos que evaluaron las competencias funcionales, en donde se especifica la categoría a la que pertenece cada reactivo. Vemos entonces, las cuatro categorías del Sistema Microcontingencial (Situaciones, Morfología de conducta, Personas y Efectos) y los niveles de competencia funcional: *situacional no instrumental*, *situacional instrumental* y *extrasituacional/transituacional*. A dichos niveles se ha sumado el nivel interpersonal, el cual se agrega considerando que las prácticas sexuales se dan en el contexto de relaciones interpersonales y permite identificar las conductas instrumentales de relación entre personas. Por otro lado, las filas permiten identificar los reactivos pertenecientes a cada categoría y la organización de las opciones de respuesta según el nivel competencial.

Tabla 9

CATEGORÍAS DEL SISTEMA MICROCONTINGENCIAL	NIVELES DE COMPETENCIA			
	<u>EXTRASITUACIONAL</u> Y <u>TRANSITUACIONAL</u> (creencias y conocimientos)	<u>INSTRUMENTAL</u> Situacional (acciones concretas preventivas)	<u>NO INSTRUMENTAL</u> (re-acciones al contexto situacional sin alterarlo)	<u>INTERPERSONAL</u> (Comportamientos eficaces o ineficaces de relación interpersonal)
<u>MORFOLOGÍAS (PRÁCTICAS)</u> <i>Reactivos:</i> 17-22	Todos los incisos de la 1ª columna	Todos los incisos de la 2ª columna	Último inciso de la 3ª columna	Primeros tres incisos de la 3ª columna
<u>SITUACIONES</u> <i>Reactivos:</i> 13-16, 23-33	Todos los incisos de la 1ª columna	Todos los incisos de la 2ª columna	Último inciso de la 3ª columna	Primeros tres incisos de la 3ª columna
<u>PERSONAS</u> <i>Reactivos:</i> 34-38	Todos los incisos de la 1ª columna	Todos los incisos de la 2ª columna	Último inciso de la 3ª columna	Primeros tres incisos de la 3ª columna
<u>EFFECTOS</u> <i>Reactivos:</i> 39-42	Todos los incisos de la 1ª columna	Todos los incisos de la 2ª columna	Último inciso de la 3ª columna	Primeros tres incisos de la 3ª columna

Tabla 9. Organización de las categorías microcontingenciales en relación con los niveles de competencia.

Cada reactivo incluía una serie de opciones de respuesta -las cuales podían clasificarse como de riesgo y prevención- distribuidas en tres columnas (indicadores), cada una de las cuales correspondió a un nivel competencial distinto, es decir, a formas cualitativamente distintas de comportamiento –ver Tabla 10-. Cabe mencionar, que los participantes podían elegir más de una opción de respuesta por columna y por ende, por reactivo.

Tabla 10

Columna 1	Columna 2	Columna 3
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.	
e) No creo que pase nada.	e) No empleo condón.	
f) Creo que hay que aprovechar el momento.	f) No tengo la relación.	d) Complazco a mi pareja.
g) Creo que puede haber embarazo.	g) Compro condones.	
	h) Aplazo el momento.	

Nota: Se muestra un ejemplo de las opciones de respuesta del cuestionario, en donde es posible diferenciar las opciones de riesgo -en negritas- de las de prevención. Cabe mencionar, que el uso de negritas no aparece en el cuestionario y solo se emplean aquí para ayudar al lector a diferenciar las opciones que nosotros consideramos como de riesgo.

La columna 1, evaluó el nivel de respuesta extrasituacional y transituacional, es decir, si una persona respondió a una situación de comportamiento sexual en términos de sus experiencias, de sus conocimientos o bien, de sus creencias. Dicha columna, se denominó *indicador de la capacidad en términos de su experiencia, información y creencias*.

La columna 2, evaluó el nivel de respuesta situacional-instrumental, esto es, si un individuo se comportaba de acuerdo a las condiciones presentes de la situación, con acciones concretas, que podían ser preventivas o de riesgo. Es importante señalar que la primera opción de respuesta de esta columna le permitió

al participante señalar si “nunca había vivido una situación semejante” a la descrita en los reactivos. Para posteriores menciones, así como para el análisis de dicha columna, ésta se nombró: *indicador de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención*.

La columna 3, constituyo el *indicador de competencia social*, el cual se refiere a la competencia que un individuo posee para relacionarse con otros y que trascienden el mero contacto sexual; competencias que se identificaron como interpersonales. Es necesario distinguir que el nivel de competencia situacional no-instrumental -el cual hace referencia a situaciones en donde el individuo solamente responde ajustándose, en el terreno de lo sexual, a las disposiciones de su pareja, comportándose y aceptando lo que esta última establece- estuvo representado por una sola opción de respuesta ubicada en la última opción de esta columna.

Procedimiento

Situación de aplicación

El instrumento se aplicó en la biblioteca del hospital, en la cual había cuatro mesas de lectura (2.20 mts. X 1.60. mts.) una barra en donde se realizaban los prestamos de libros y aproximadamente 8 estantes-libreros. Todo estaba en un cuarto de aproximadamente 30 m².

Para aplicar el instrumento de evaluación, lo primero que se hizo fue contactar al epidemiólogo encargado de la clínica de VIH del hospital mencionado. Después de varias entrevistas y habiendo presentado el proyecto, éste autorizó la aplicación del instrumento. A partir de ese momento (julio del 2002) y durante 28 días hábiles, 4 investigadores acudieron a la sala de consulta externa, en donde se esperó a los pacientes fuera del consultorio médico, quienes antes de recibir consulta eran notificados del estudio a través del médico y se les conducía a la biblioteca del hospital.

Una vez instalados en la biblioteca se les explicó el propósito del estudio y se les notificó sobre la confidencialidad de los datos, incluso se les mencionó que

si no querían poner su nombre, pusieran un seudónimo que les permitiera identificar su cuestionario, en caso de que requirieran información sobre sus respuestas. Al mismo tiempo se les entregó una carta de consentimiento informado por duplicado (una para ellos y otra para los investigadores) en donde se les explicó la confidencialidad y el uso que se les daría a los datos, la cual deberían firmar si decidían participar en la investigación, dicha carta contenía el número telefónico y el nombre de cada uno de los investigadores con los que se podían poner en contacto para obtener retroalimentación sobre sus respuestas.

A los que decidieron participar en dicha evaluación se les explicó que el instrumento constaba de tres partes y que cada una de ellas tenía instrucciones específicas, sin embargo, el investigador permaneció a la vista de los participantes por si estos tenían alguna duda durante el tiempo en que contestaban el cuestionario.

Es importante señalar que algunos pacientes tenían problemas de visión por lo que fue necesario aplicar el cuestionario a manera de entrevista. El tiempo aproximado que tardaron los pacientes en contestar osciló entre los 30 y 70 minutos. Cuando terminaron de responder el cuestionario, se les dieron las gracias por su participación, acto seguido los pacientes regresaron con su medico a recibir consulta y por sus medicamentos.

Tratamiento de datos

Para poder lograr nuestro objetivo, y basados en el concepto de competencia que propone el Dr. Ribes (1990), así como en los componentes que la estructuran y que se deben de tomar en cuenta para evaluar la capacidad conductual del individuo, el tratamiento de nuestros datos se dividió en tres fases, a saber:

1) Primeramente se obtuvo un índice de competencia sexual que nos permitiera, por un lado, identificar en la muestra el grado de competencia de cada uno de los participantes, y por otro, la asignación de los mismos a uno de los tres grupos de competencia sexual. Para obtener el índice, se re-categorizaron las opciones de respuesta en riesgo y prevención, para posteriormente asignarles un valor a cada una de ellas, (0 = prevención y 1 = riesgo). Con dicha re-

categorización, el puntaje máximo posible del instrumento era de 82, en caso de que el participante hubiese elegido en todo el instrumento opciones de riesgo y el mínimo de 0, si el participante elegía en todos los reactivos, opciones de prevención. Posterior al cálculo de los puntajes totales, cada uno de ellos se dividió entre 82 para así obtener un índice entre 1 y 0 en donde los índices cercanos a 1 indicaron menor competencia sexual y los índices cercanos a cero, mayor competencia sexual.

2) Acto seguido y para lograr una caracterización de cada uno de los grupos de competencias sexual, así como una descripción de los factores –componentes de las competencias- relacionados con bajos y altos grados de competencia, se hizo un análisis por grupo en donde se identificó el porcentaje de opciones de riesgo, las opciones de riesgo más elegidas y el nivel competencial en que se dieron dichas respuestas en cada uno de los componentes que configuran las competencias (situaciones, personas). El análisis de la categoría Efectos, consistió en la identificación de la existencia o no, de consecuencias negativas y de la fuente de dichos comentarios, ya que consideramos que el recibir burlas o comentarios negativos, como consecuencia de la proposición de comportamientos preventivos, disminuye la probabilidad de que el individuo proponga nuevamente medidas de prevención, razón por la cual, el haber recibido consecuencias negativas fue catalogado como riesgo

3) La tercera y última fase, consistió en un análisis estadístico de tipo inferencial, que nos permitiera: a) determinar si existe relación entre algunas variables de comparación ampliamente relacionadas con la transmisión del VIH/SIDA (uso consistente del condón, edad de debut sexual, fechas de diagnóstico, número de parejas sexuales) y el índice de competencia sexual, lo cual se obtuvo por medio del coeficiente de correlación “r” de Pearson; b) identificar si había diferencias significativas entre los tres grupos de competencia sexual con respecto al índice de competencia, lo cual se hizo por medio de la prueba de análisis de varianza (ANOVA) e identificar específicamente entre que grupos se dan esas diferencias, para lo cual se utilizó la prueba de comparación múltiple HDS Tukey. Y, finalmente; c) identificar si existieron diferencias

significativas entre los tres grupos de competencia sexual con respecto a las categorías de análisis (situaciones, personas y efectos) e igual que en el caso anterior, identificar de forma específica entre que grupos se dieron las diferencias con el uso del análisis de varianza y la prueba HDS Tukey, de comparación múltiple.

Cabe aclarar, que en este estudio, se analizaron los resultados haciendo referencia únicamente a las respuestas de riesgo, ya que como estudio descriptivo, pretendemos identificar, con base en el modelo Psicológico del Salud Biológica y por medio del Análisis Contingencial como sistema, los factores que están involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio y re-infección del VIH/SIDA en pacientes seropositivos.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

Los participantes fueron 68 pacientes diagnosticados como portadores del VIH, con edades que oscilaron entre los 20 y 60 años de edad; teniendo como edad promedio los 35 años. El 78% de la muestra fueron del sexo masculino y el 22% del sexo femenino. En cuanto a su estado civil, el 32% de los participantes de este estudio estaban casadas, el 53% era solteros (as), el 8% eran viudos (as), el 6% vivía en unión libre y el restante 2% contestó la opción de “otros”, pero no especificó su estado civil.

En lo que respecta a su nivel socioeconómico, el 10% dijo ser trabajador (a) a nivel técnico, el 9% desempleados (as), el 14% eran obreros (as), el 20% eran profesionistas, el 7% comerciantes, el 12% pensionados (as) y el 28% no especificó su ocupación. Sus ingresos oscilaban desde menos de 1'800 pesos (36%), hasta más de 5 mil pesos mensuales (18%).

En cuanto a su nivel escolar había participantes con: maestría (1.5%), con licenciatura (19.7%), con carrera técnica (12.1%), con preparatoria (7.6%), con secundaria (34.8) y con primaria (24.2%).

En lo relacionado a las variables asociadas a su condición de seropositividad, podemos decir que el 64.5% de los participantes tenía menos de 3

años como portador del virus ya que había sido diagnosticado como portador del VIH durante el periodo 1999-2002, mientras que el 35.5% de la muestra tenía entre 4 y 14 años viviendo con el virus, pues fueron diagnosticados durante el periodo de 1988 a 1998 (Figura 16).

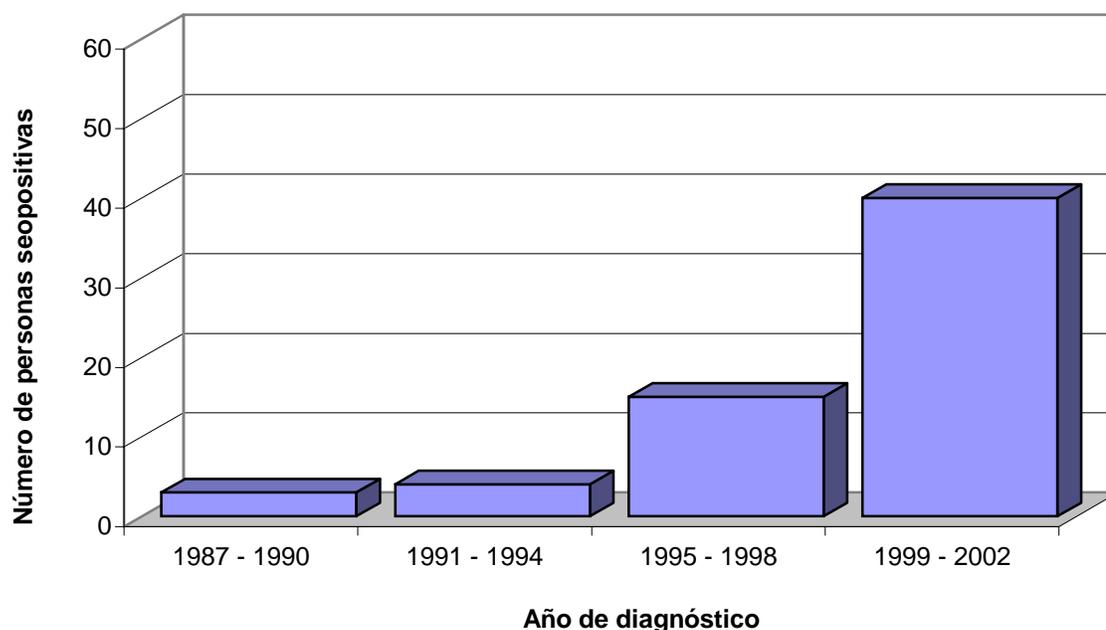


Figura 16. Muestra el número de personas diagnosticadas como seropositivas por periodos de 4 años.

En lo referente a la vida sexual de los participantes, el 69% de los participantes reportaron seguir teniendo relaciones sexuales, de los cuales el 45% mantenían relaciones homosexuales, el 31% heterosexuales y el 24% bisexuales. Del 69% (N=47) de los participantes que tienen una vida sexual activa, el 93% dijo utilizar condón en todas sus relaciones sexuales, mientras que el otro 7% dijo no utilizarlo. El 90% de los que reportaron utilizar condón, comentó que proponían el uso de medidas preventivas para evitar la transmisión del VIH/SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual. Finalmente, de los 47 participantes que aún tiene una vida sexual activa, solo el 53% reportó haber usado condón en todas sus relaciones sexuales en el último mes, mientras que el resto (47%) mencionó haber tenido, al menos una vez, contacto sexual sin protección.

Evaluación de competencias

La obtención del índice de competencia sexual nos permitió observar la forma en que se distribuyó la muestra con respecto a la curva de distribución normal -ver Figura 17- en donde el valor mínimo obtenido por los participantes de este estudio fue de .00 y el máximo de .66, mientras que la media se ubicó en .21 con una desviación estándar de .16. Asimismo, encontramos que el 66.2% de los participantes estaba por debajo de la media con un índice menor a .21 y el 76.5% se encontraba a ± 1 desviación estándar.

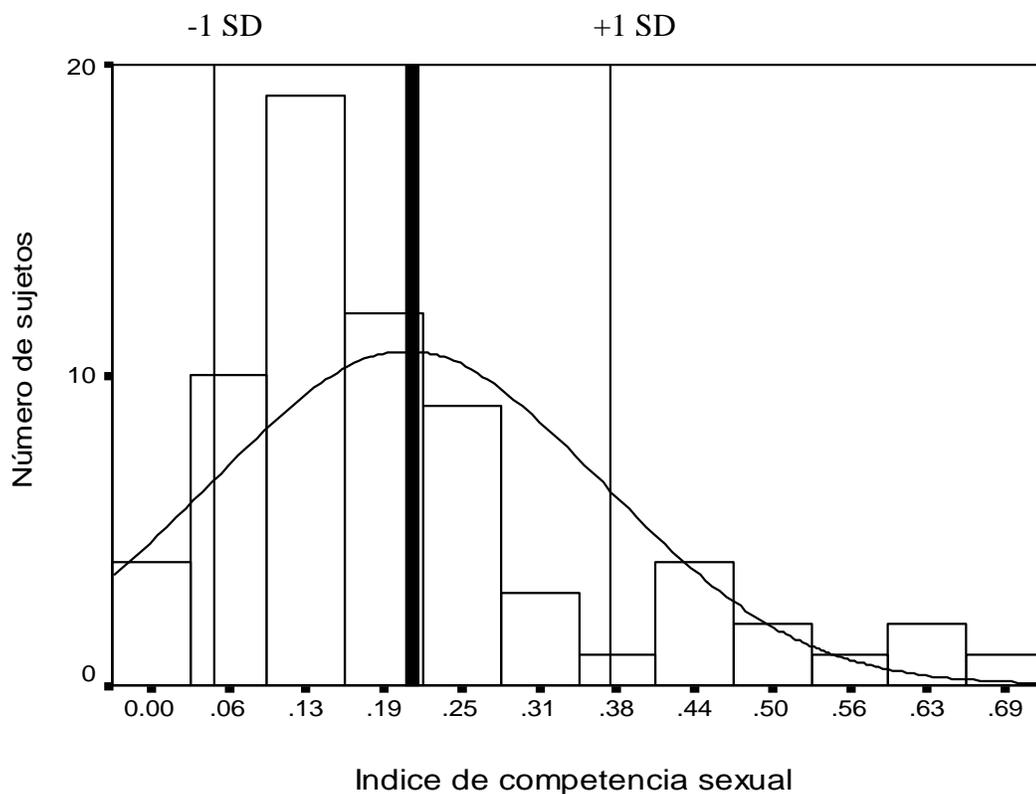


Figura 17. Distribución de una muestra de pacientes seropositivos con respecto a su índice de riesgo frente a la prevención del VIH/SIDA.

Se prosiguió con la asignación de los participantes a los grupos de competencia sexual, lo cual se hizo considerando el índice de competencia sexual de cada uno de los participantes.

Los tres grupos quedaron conformados de la siguiente manera (Figura 18):

- **El grupo de competencia sexual alta.** Integrado por 23 sujetos que obtuvieron un índice de competencia sexual de entre .00 y .13, siendo este grupo de participantes los que más se acercaron al cero y por ende, los más competentes en la prevención de la transmisión del VIH.
- **El grupo de competencia sexual moderado.** Conformado por 24 participantes que obtuvieron un índice de competencia sexual entre .14 y .22, siendo estos sujetos aquellos que eligieron un número similar tanto de respuestas de prevención como de riesgo.
- **El grupo de competencia sexual baja.** El cual constó de 21 participantes con un índice de competencia sexual entre .23 y .66, siendo estos los índices más altos dentro de la muestra, lo cual los ubica como un grupo de alto riesgo y por ende, los menos competentes en la prevención de la transmisión del VIH/SIDA.

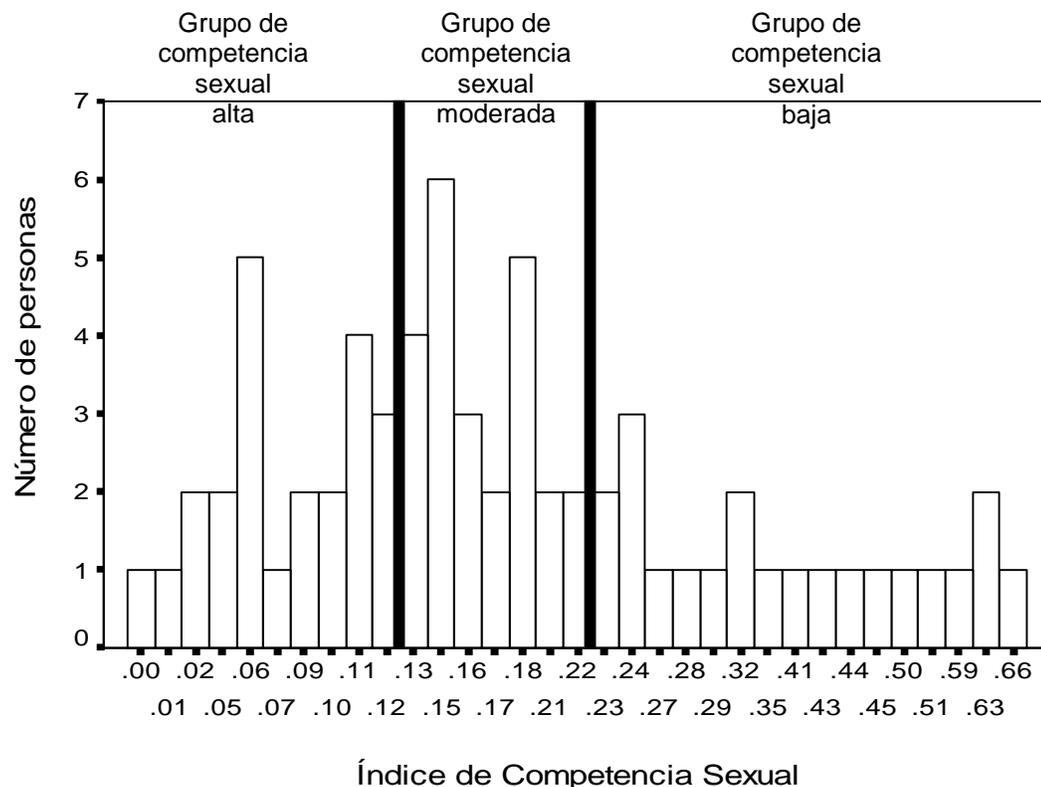


Figura 18. Número de personas y el índice de riesgo obtenido por cada una de ellas.

Con dicha clasificación se logró hacer una caracterización cualitativa del comportamiento de aquellos sujetos que tenían índices bajos, medios y altos en el índice de competencia sexual, ya que es justo decirlo, aquellos sujetos que obtuvieron índices bajos respondieron diferente de aquellos que obtuvieron índices relativamente altos.

A continuación se presentan los datos para cada uno de los grupos con relación a cada una de las categorías (situaciones, personas y efectos) y los indicadores (de capacidad en términos de experiencia, información y creencias, de comportamientos instrumentales de riesgo y prevención y de competencia social).

Resultados por categoría de análisis e indicadores del grupo de competencia sexual alta

Descripción de la muestra

Este grupo estuvo conformado por 23 participantes que obtuvieron un índice de entre .00 y .13, el cual correspondió al 33.3% de total de la muestra, de los cuales el 77.3% eran del sexo masculino y el 22.7% femenino, las edades de los integrantes de este grupo oscilaron entre 23 y 49 años. El 47.8%, de este nivel, eran solteros, el 43.5% casados y el 8.7% viudos. El 34.8% tenía estudios de primaria, mientras que el 22.7% tenía estudios de secundaria y un porcentaje similar de licenciatura. El 36.1% fue diagnosticado en el 2001. El 87% se infectó por vía sexual, el 8.7% sanguínea y el 4.3% no supo cómo adquirió el virus. El 52.2% tenía preferencia heterosexual, el 30.4% bisexual y el 17.4% homosexual.

Categoría situaciones

En los 15 reactivos que evaluaron la naturaleza disposicional de las situaciones solo el 13% de los participantes de este grupo eligieron opciones de riesgo cuando se *evaluó la competencia en términos de experiencia, información y creencias* (Figura 19), lo cual sugiere que el resto (87%) de los participantes pertenecientes a este grupo saben reconocer situaciones de riesgo, basados ya sea en su información, en su experiencia o bien en sus creencias.

Las principales opciones de riesgo elegidas por este grupo fueron “No creo que pase nada” o “Creo que si me niego puedo quedar mal” y algunas

combinaciones entre opciones de riesgo y prevención, ya que los participantes podían elegir más de una opción de respuesta por indicador, por ejemplo “Creo que es riesgoso” pero además “Creo que si me niego voy a quedar mal”. En la Tabla 11 se presentan en orden de frecuencia las opciones de respuesta.

Tabla 11. Representación jerárquica de las opciones de respuesta elegidas de la categoría situaciones, de mayor a menor frecuencia.

	Indicador de competencia en términos de información y creencias	Indicador de comportamientos instrumentales de riesgo	Indicador de competencias social
Categoría	Creo que no esta bien	Combinaciones	Tomo la iniciativa
Situaciones	Creo que es riesgoso	Propongo medidas de prevención	Complazco a la persona con quien me relaciono/Me adapto a lo que mi pareja quiere. Es el otro quien propone medidas de prevención
Competencia sexual alta	Combinaciones Creo que puede contraer una enfermedad No creo que pase nada Creo que si me niego voy a quedar mal	Empleo condón Aplazo el momento Lo hago solo con mi pareja No tengo la relación No empleo condón Compro condones Propongo sólo caricias	Investigo su historia sexual

Nota: Las opciones de riesgo se ilustran en negritas para una mejor identificación.

En el análisis de las situaciones como disposicionales para los *comportamientos instrumentales de riesgo o prevención*, el 78.3% de este grupo eligió combinaciones entre las opciones preventivas y la de riesgo (Tabla 11). Lo anterior sugiere que la mayoría de los participantes de este grupo, no llevan a cabo comportamientos instrumentales preventivos en situaciones que representaron riesgo para su salud, independientemente de que posean o no información sobre el riesgo que pueden representar las situaciones.

Finalmente en la *evaluación de la competencia social* en la categoría situaciones, el 26.1% de los participantes (Figura 19) eligieron opciones de riesgo, principalmente la opción “Complazco a la persona con quien me relaciono”, seguida por “Es el otro quien me propone medidas de prevención” (Tabla 11), lo cual sugiere que este porcentaje de participantes no proponen, no saben o no consideran la necesidad de proponer medidas de prevención cuando se encuentran en situaciones que representen un riesgo para su salud, delegando la responsabilidad -del uso de medidas preventivas- a la pareja sexual.

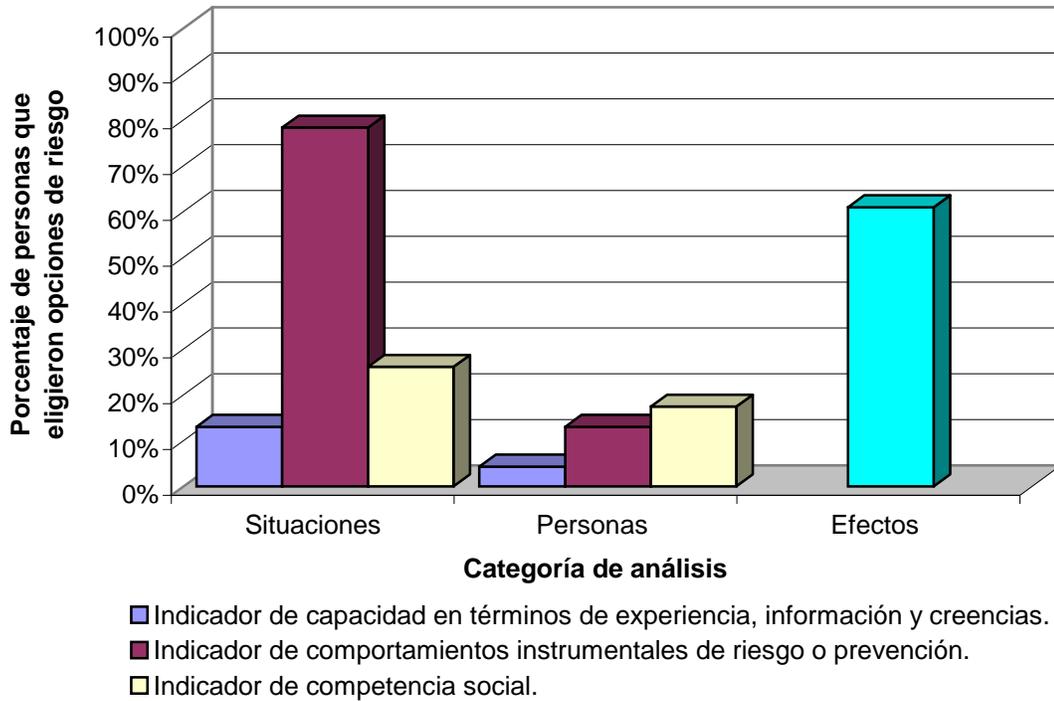


Figura 19. Relación del número de personas en riesgo en cada uno de los indicadores de competencia sexual evaluados por categoría en el nivel de competencia sexual alta.

Categoría Personas

En esta categoría, en donde el factor crítico fue la relación comportamiento mediado/mediador de la pareja sexual, el porcentaje de participantes con mayor grado de competencia en términos de experiencia, información y creencias, fue del 95.7%, lo cual quiere decir que solo el 4.3% de los participantes de este grupo eligieron alguna opción de riesgo (Figura 19).

Dentro de este indicador *-capacidad en términos de su experiencia, información y creencias-* la opción de riesgo más escogida fue “No creo que pase nada”, mientras que las combinaciones variaban en un sin número de mezclas posibles entre las opciones de riesgo y prevención (Tabla 12). Dichos resultados permiten suponer que los participantes de este grupo son capaces de identificar grupos de riesgo, es decir, son capaces de discriminar con qué parejas sexuales se pone riesgo su salud y con cuáles no.

Tabla 12. Representación jerárquica de las opciones de respuesta elegidas del a categoría personas, de mayor a menor frecuencia.

	Indicador de competencia en términos de información y creencias	Indicador de comportamientos instrumentales de riesgo	Indicador de competencias social
Categoría personas	Creo que no esta bien Combinaciones No creo que pase nada	Rechazo la oferta Propongo medidas de prevención Empleo condón Aplazo el momento Propongo sólo caricias No empleo condón Combinaciones	Yo propongo el tipo de práctica sexual Es el otro quien propone medidas de prevención Le comunico mis inquietudes sexuales
Competencia sexual alta	Creo que puede haber embarazo		

Nota: Las opciones de riesgo se ilustran en negritas para una mejor identificación.

En esta misma categoría, el indicador que evaluó la competencia en términos de *comportamientos instrumentales de riesgo o prevención*, el 13% de los participantes de este grupo (Figura 19) eligieron opciones de riesgo, sobre todo la opción “No empleo condón” (Tabla 12), seguida de una gran variedad de combinaciones entre la opciones de riesgo y prevención. Vemos entonces que más del 80% de los integrantes de este grupo llevan a cabo alguna acción de prevención en la transmisión del VIH/SIDA, cuando tiene relaciones sexuales en episodios en donde el factor crítico son las personas significativas en la interacción.

Por otro lado y en la *evaluación de la competencia social* de los participantes de este grupo, encontramos que el 17.4% (Figura 19), eligió opciones de riesgo, principalmente “Es el otro quien me propone medidas del prevención” (Tabla 12). Este indicador mostró que la mayor parte de los participantes de este grupo, es capaz de solicitarle a su pareja el uso de alguna medida preventiva en la transmisión del VIH/SIDA, siendo solo una pequeña proporción de los participantes de este grupo, las que delegan a su pareja la responsabilidad de utilizar medidas preventivas.

Categoría Efectos

En los reactivos referentes a esta categoría, el 60.9% de los participantes (Figura 19) reportaron haber recibido burlas, comentarios desagradables o algún tipo de consecuencia negativa al rechazar o posponer una oferta sexual y al proponer un comportamiento menos riesgoso o bien el uso de alguna medida preventiva. Dichos comentarios fueron provenientes principalmente de la pareja estable y de amistades, así como de personas desconocidas y sexoservidoras, en menor medida.

Finalmente y antes de dar paso a la descripción de los otros dos grupos de competencia sexual, es conveniente mencionar que este grupo se caracterizó por la existencia de reactivos en donde el 100% de los participantes de este grupo dijeron “no haber vivido la situación” que se describía en el reactivo, siendo éste el único grupo en donde se dio dicho fenómeno; dichos reactivos fueron el 21 y 33, los cuales hacían referencia a tener sexo en grupo y al tener relaciones sexuales bajo el influjo de algún tipo de droga, respectivamente.

Asimismo, y como se presenta en la Tabla 13, había reactivos en donde el 100% de los integrantes del grupo, coincidieron con la misma opción de respuesta -de prevención- en alguno de los tres indicadores

A manera de resumen, este grupo estuvo caracterizado por la ausencia de respuestas a reactivos que ilustraban situaciones desconocidas, para los integrantes de este grupo, así como de la elección de la misma respuesta en ciertos reactivos -por parte de todos los integrantes de este nivel, siendo dicha elección, una respuesta de prevención-. Lo anterior ubica a este grupo como el único en donde el 100% de los participantes eligió opciones de prevención (ver Tabla 13). Además, se encontraron bajos porcentajes en las elecciones de respuestas de riesgo, sobre todos en los indicadores de capacidad en términos de experiencia, información y creencias y en el indicador de competencia social; lo que quiere decir que la mayoría de los integrantes de este grupo, eligieron, en su mayoría -al menos en estos dos indicadores- opciones de prevención.

Tabla 13. Se Muestra el número de reactivo e indicador en que el 100% de los integrantes de cada uno de los niveles de competencia sexual, dijeron no haber vivido la situación o bien el 100% coincidió en la misma opción ya sea esta de riesgo o prevención.

		Número de reactivo																														
		Situaciones				Morfología				Situaciones								Personas				Efectos										
Grupo de competencia sexual	Indicador de competencia sexual	1 3	1 4	1 5	1 6	1 7	1 8	1 9	2 0	2 1	2 2	2 3	2 4	2 5	2 6	2 7	2 8	2 9	3 0	3 1	3 2	3 3	3 4	3 5	3 6	3 7	3 8	3 9	4 0	4 1	4 2	
Competencia sexual alta	Información y creencias			☒		☒		☒	✓			☒	⊙	☒			☒		☒			✓				☒	☒	☒				
	Conductas instrumentales								✓				☒										✓									
	Competencia social								✓			☒	⊙	☒		☒	☒	⊙	☒	☒	⊙	✓			⊙	☒						
Competencia sexual moderada	Información y creencias								☒				☒																			
	Conductas instrumentales																							+								
	Competencia social								⊙				⊙	+					+			⊙										
Competencia sexual baja	Información y creencias																															
	Conductas instrumentales																															
	Competencia social																															

- ✓ Reactivo en donde el 100% de los participantes reportaron no haber vivido dicha situación.
- ☒ Reactivo e indicador en donde el 100% de los integrantes eligieron una opción de prevención.
- ✦ Reactivo e indicador en donde el 100% de los integrantes eligieron una opción de riesgo.
- ⊙ Reactivo e indicador en donde no se eligió ninguna de las respuestas enlistadas (no contesto).

Resultados por categoría de análisis e indicadores del grupo de competencia sexual moderada

Descripción de la muestra

Este grupo estuvo conformado por 24 participantes que obtuvieron puntajes de entre .14 y .22, de los cuales el 69.6% eran del sexo masculino y el 30.4% femenino. Las edades de este grupo oscilaron entre los 20 y los 54 años de edad. El 63.6% de este grupo eran solteros, 22.7% casados, 4.5% viudos y 9.1% vivían unión libre. El 21.7% tenía estudios de primaria, el 39.1% de secundaria, el 17.4% de licenciatura, el 13% carrera técnica y el 8.7% preparatoria. El 19% fueron diagnosticados en el año 1999 y un porcentaje similar en el 2000, asimismo el 14.3% fueron diagnosticados en 1996 y el mismo porcentaje en el año 2002. El 100% de los integrantes de este grupo contrajo el VIH por vía sexual y el 55% tiene preferencia sexual homosexual, el 30% heterosexual y el 15% bisexual.

Categoría Situaciones

En este grupo, como era de esperarse, el porcentaje de participantes que eligieron opciones de riesgo aumentó, de tal manera que el 54.2% de los participantes eligieron opciones de riesgo en el indicador referente a la capacidad en términos de experiencia, información y creencias (ver más adelante Figura 20). Dicho aumento en la elección de opciones de riesgo, insinúa, que un poco más de la mitad de este grupo, desconoce la existencia, o no cree, que por ejemplo, existan circunstancias sociales, lugares, inclinaciones, propensiones o tendencias que facilitan la ejecución de comportamientos de riesgo.

La opción de riesgo más elegida dentro de esta categoría y específicamente de este indicador -capacidad en términos de experiencia, información y creencias- fue “Creo que hay que aprovechar el momento” seguida, de varias combinaciones y de la opción “creo que si me niego voy quedar mal” (Tabla 14).

Tabla 14. Representación jerárquica de las opciones de respuesta elegidas del a categoría situaciones, de mayor a menor frecuencia.

	Indicador de competencia en términos de información y creencias	Indicador de comportamientos instrumentales de riesgo	Indicador de competencias social
Categoría Situaciones	Creo que no esta bien Creo que es riesgoso Creo que debo de aprovecharlo	No empleo condón Empleo condón No tengo la relación Lo hago solo con mi pareja	Complazco a la persona con quien me relaciono/Me adapto a lo que mi pareja quiere
Competencia sexual moderada	Creo que puedo contraer una enfermedad Combinaciones Creo que si me niego voy a quedar mal/No creo que pase nada	Combinaciones Aplazo el momento Propongo medidas de prevención Propongo solo caricias Compro condones	Combinaciones Tomo la iniciativa Es el otro quien propone medidas de prevención. Investigo su historia sexual

Nota: Las opciones de riesgo se ilustran en negritas para una mejor identificación.

En lo referente al *Indicador de ejecución de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención de la categoría situaciones*, éste mostró que el 95.8% de los sujetos de este grupo contestaron la única opción de riesgo de dicho indicador (No empleo condón); es decir, casi el 100% de los integrantes de este grupo dijo no usar condón en situaciones en las que se relacionaba sexualmente y el factor crítico eran los factores situacionales.

Cabe destacar que la mayor parte de los participantes escogieron únicamente la opción de “No empleo condón”, mientras que una minoría de participantes eligieron dicha opción acompañada de alguna otra opción de prevención (Tabla 14)

Por otro lado, el indicador de competencia social de la categoría situaciones, nos permitió distinguir que el 70.8% de los sujetos de este grupo, eligió alguna opción de riesgo. Lo cual señala un incremento notable entre este grupo y el anterior. Asentando que el 70% de los participantes delegan en su pareja el uso de medidas preventivas en situaciones en donde el factor ambiental es crítico.

La opción de riesgo más frecuente dentro de este indicador –competencia social- fue “Complazco a la persona con quien me relaciono” o “Me adapto a lo que mi pareja quiere” seguida de una serie de combinaciones tales como “Investigo su historia sexual” y “Complazco a mi pareja” o “Investigo su historia sexual” y dejo que sea “...el otro quien propone medidas de prevención”.

Categoría Personas

Recordando un poco, los reactivos de la categoría personas, se hizo referencia a episodios en donde el factor crítico era el comportamiento de las personas que puede fungir como mediadores o mediados. Fue en este tipo de reactivos y específicamente en el *Indicador de capacidad en términos de experiencia, información y creencias* en donde el 33.3% de los participantes de este grupo eligieron opciones de riesgo (Figura 20); lo cual alude a que ese porcentaje de participantes se encuentran en mayor riesgo, puesto que desconocen, o bien no creen, que su salud biológica este en riesgo al acceder a insinuaciones sexuales por parte de su pareja, amigos o personas desconocidas.

Las principales opciones de riesgo dentro de este indicador fueron: “No creo que pase nada”, seguida de algunas combinaciones y de la opción “Creo que debo de aprovecharlo” (Tabla 15).

Tabla 15. Representación jerárquica de las opciones de respuesta elegidas del a categoría personas de mayor a menor frecuencia.

	Indicador de competencia en términos de información y creencias	Indicador de comportamientos instrumentales de riesgo	Indicador de competencias social
Categoría personas	Creo que es riesgoso Creo que no esta bien	Empleo condón Rechazo la oferta	Complazo a la persona con quien me relaciono/Me adapto a lo que mi pareja quiere.
Competencia sexual moderada	No creo que pase nada Combinaciones Creo que puede contraer una enfermedad Creo debo de aprovecharlo Creo que puede haber embarazo	Propongo medidas de prevención Combinaciones Aplazo el momento Propongo sólo caricias No empleo condón	Yo propongo el tipo de práctica sexual Le comunico mis inquietudes sexuales a mi pareja Combinaciones Es el otro quien propone medidas de prevención

Nota: Las opciones de riesgo se ilustran en negritas para una mejor identificación.

El *Indicador de ejecución de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención* de la categoría personas, reveló que el 8.3% de los participantes que fueron concentrados en este grupo, eligieron la única opción de riesgo de esta columna (No empleo condón), en mayor medida en combinación con alguna otra opción de prevención. Lo anterior significa que, ese 8.3% de personas, está en riesgo y además demuestra que no es necesario saber o tener la información

sobre el riesgo que involucra el tener relaciones sexuales con personas desconocidas para poder llevar cabo comportamiento instrumentales de prevención, ya que como se puede ver en la Figura 20, es menor el porcentaje de participantes que lleva a cabo comportamientos instrumentales de riesgo que el porcentaje de participantes que desconoce la existencia de situaciones de riesgo.

El último indicador evaluado de la categoría personas, fue el *Indicador de competencia social*, el cual mostró que el 50% de los integrantes de este grupo, eligieron opciones de riesgo, siendo ese 50%, sujetos que o bien, no se atrevían, no les importaba, o no sabían cómo exigirle a la pareja sexual el uso de alguna medida de prevención, acatando las instrucciones de la pareja, encomendando la responsabilidad del uso de medidas preventivas a la misma.

Dentro de este indicador la opción de riesgo más elegida fue: “Complazco a la persona con quien me relaciono” o bien, “Me adapto a lo que mi pareja quiere”, seguida por diversas combinaciones y por, “Es el otro quien me propone medidas de prevención” (Tabla 15).

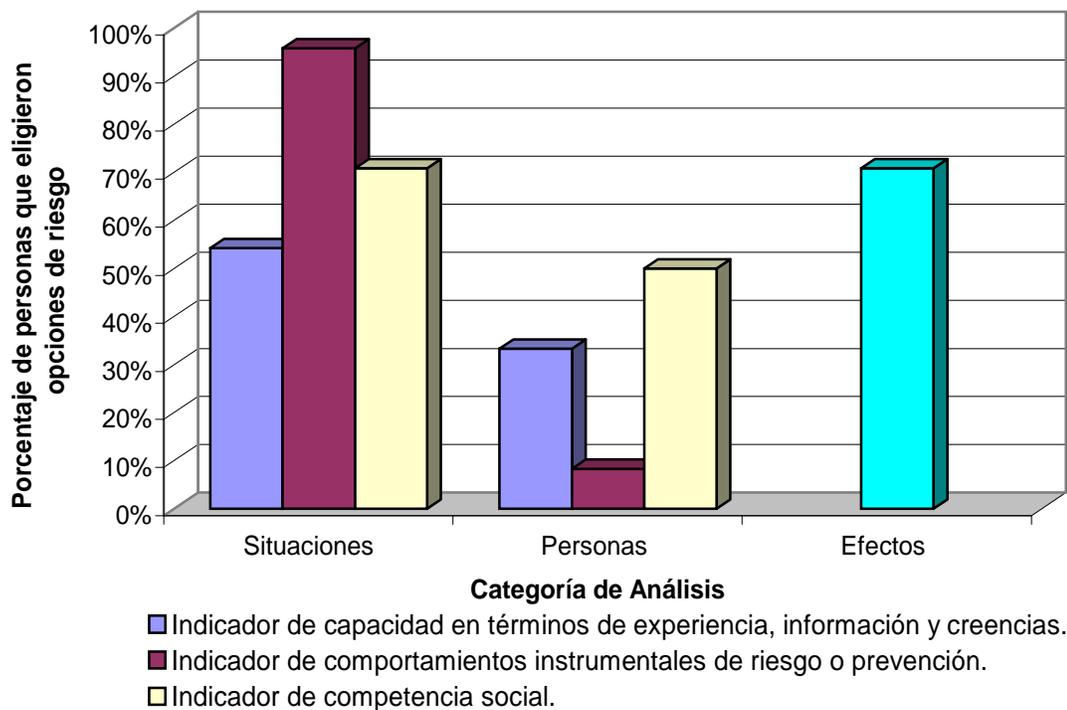


Figura 20. Relación del número de personas en riesgo en cada uno de los indicadores de competencia sexual evaluados por categoría en el nivel de competencia sexual moderada.

Categoría Efectos

En esta categoría, el 70.8% de los sujetos dijeron haber recibido burlas, comentarios desagradables o alguna consecuencia negativa cuando rechazaban o aplazaban una oferta sexual, o cuando proponían un comportamiento menos riesgoso, o el uso de alguna medida preventiva, ya fuera de parte de la pareja estable, de personas desconocidas y de sexoservidoras. El otro 29.2% dijo nunca haber recibido burlas o consecuencias negativas en las situaciones antes mencionadas.

En este grupo, no hubo a reactivos, en los cuales el 100% de los participantes eligieron la opción “Nunca he vivido esa situación”. Sin embargo, hubo a reactivos e indicadores en donde coincidieron el 100% de los integrantes de este grupo en una opción de respuesta –ya se de riesgo o prevención- o bien en donde no contestaron alguna de las opciones (Tabla 13).

Este grupo se caracterizó, a diferencia del grupo de competencia sexual alta, por la presencia de reactivos en donde el 100% de los participantes eligieron opciones de riesgo. Además de que se vio un aumento en el porcentaje de participantes que eligieron opciones de riesgo en las tres categorías evaluadas; dicho incremento es más notorio en los indicadores de capacidad en términos de experiencias, información y creencias, y en el indicador de competencia social, tanto de la categoría Situaciones como en la categoría Personas.

Resultados por categoría de análisis e indicadores del grupo de competencia sexual baja

Descripción de la muestra

En este grupo estuvo conformado por 21 sujetos con índices de competencia sexual entre .32 y .66, es decir este grupo se integró por todos aquellos sujetos que obtuvieron los índices más altos y que pueden ser considerados como los menos competentes en la prevención del contagio del VIH/SIDA.

En cuanto al género de los integrantes de este grupo, podemos decir que el 90% de los integrantes eran del sexo masculino y el restante 10% del femenino. Las edades de los integrantes de este grupo oscilaron entre 26 y 60 años. El

47.6% eran solteros, el 28.6% casados, el 9.5% vivía en unión libre y el mismo porcentaje eran viudos (as). El 45% tenía estudios de secundaria, el 20% de licenciatura y el 15% de primaria. El año de diagnóstico del 26.3% de la muestra fue en el año 2000, el 21.1% en el año de 1997, el 15.8% en 1999, el 10.5% en el 2001 y una porcentaje similar en el 1993. La vía de infección del 95.2% de los participantes del grupo fue sexual mientras que el otro 4.8% no supo como contrajo el virus. La preferencia sexual del 52.6% era homosexual, el 26.3% heterosexual y el 21.1% bisexual.

Categoría Situaciones

En el *Indicador de capacidad en términos de experiencia, información y creencias* de esta categoría, el 76.2% de los participantes eligió alguna de las opciones de riesgo (Figura 21), siendo en este grupo en donde se concentró el mayor porcentaje de participantes que dijeron no saber reconocer las situaciones que representan un riesgo para su salud e incluso, el creerse invulnerables ante el contagio del VIH/SIDA.

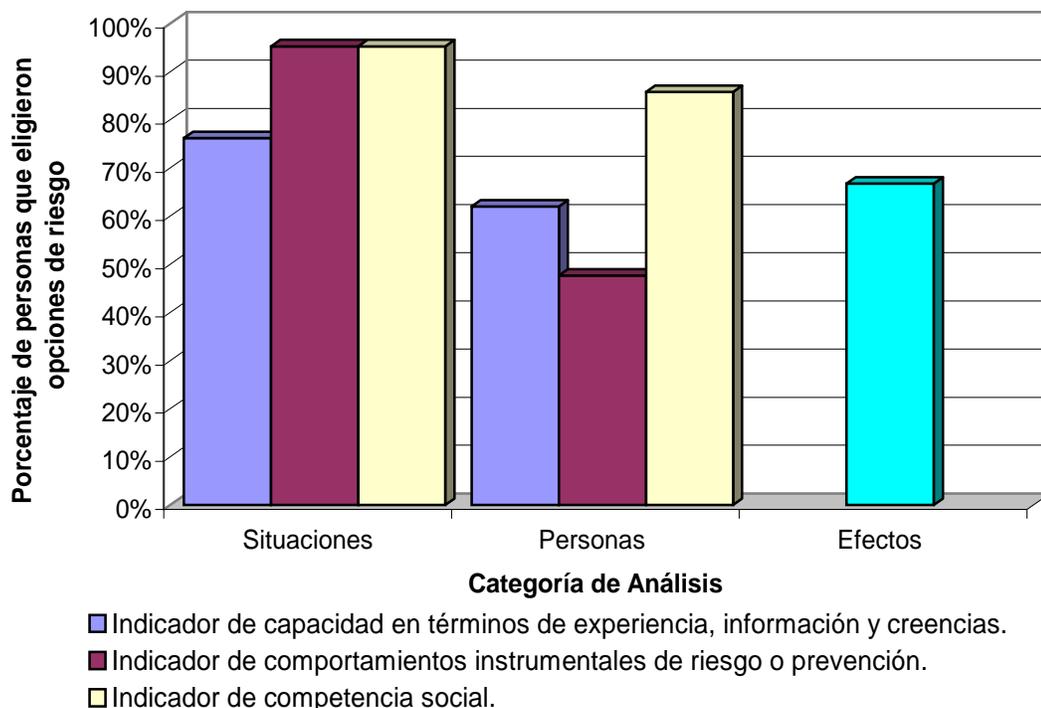


Figura 21. Relación del número de personas en riesgo en cada uno de los indicadores de competencia sexual evaluados por categoría en el nivel de competencia sexual baja.

Dentro de las opciones de riesgo más elegidas de este indicador encontramos la opción “Creo que hay que aprovechar el momento”, seguida de “No creo que pase nada” y de una serie de combinaciones entre las opciones de riesgo y de prevención (Tabla 16).

Tabla 16. Representación jerárquica de las opciones de respuesta elegidas del a categoría situaciones, de mayor a menor frecuencia.

	Indicador de competencia en términos de información y creencias	Indicador de comportamientos instrumentales de riesgo	Indicador de competencias social
Categoría	Creo que debo aprovecharlo	No empleo condón	Complazco a la persona con quien me relaciono/Me adapto a lo que mi pareja quiere
Situaciones	No creo que pase nada	No tengo la relación	Es el otro quien propone medidas de prevención.
Competencia sexual baja	Creo que no esta bien	Compró condones	Tomo la iniciativa
	Creo que es riesgoso	Propongo medidas de prevención	Investigo su historia sexual
	Combinaciones	Empleo condón	Combinaciones
	Creo que puedo contraer una enfermedad	Combinaciones	
	Creo que si me niego voy a quedar mal	Aplazo el momento	
		Lo hago solo con mi pareja estable	
		Propongo solo caricias	

Nota: Las opciones de riesgo se ilustran en negritas para una mejor identificación.

Por su parte el *Indicador de ejecución de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención* reveló que en ésta categoría, el 95.2% de los participantes de este grupo eligió la única opción de riesgo (No empleo condón), solo que a diferencia de los demás grupos, en éste, el número de participantes que eligieron únicamente esa opción resulto ser muy superior en comparación con el número de participantes que eligieron alguna combinación entre las opciones de riesgo y prevención, en otras palabras, la mayor parte de los participantes de este grupo respondieron como única opción “No empleo condón” (Tabla 16).

En lo referente *al indicador de competencia social*, éste permitió observar que el 95.2% de los participantes de este grupo llevaba a cabo conductas de prevención, si y solo si, su pareja sexual lo solicitaba, de no ser así, el 95.2% de los participantes incurría en conductas instrumentales de riesgo (Figura 21). En este indicador las opciones de riesgo que se eligieron con mayor frecuencia fueron “Complazco a la persona con quien me relaciono” o “Me adapto a lo que mi pareja quiere” seguida de “Es el otro quien me propone medidas de prevención” y en

mucho menor medida alguna de las posibles combinaciones entre las opciones de riesgo y prevención (Tabla 16).

Categoría personas

Dentro de esta categoría en donde el factor crítico es la función comportamiento-mediado/comportamiento-mediador, que tienen las otras personas significativas en la interacción, el *Indicador de capacidad en términos de experiencia, información y creencias*, mostró que el 61.9% de los participantes de este grupo eligieron al menos una opción de riesgo (Figura 21), teniendo como principal exponente la opción de riesgo “No creo que pase nada” seguido de “Creo que debo aprovecharlo” y de “Creo que si lo rechazo quedo mal” el cual estaba empatado con el número de combinaciones hechas por los participantes (Tabla 17).

Lo anterior, permite ver que el número de participantes que desconocen el riesgo al que se enfrentan al acceder a insinuaciones sexuales o bien la creerse invulnerables frente al contagio del VIH, se eleva a más de la mitad de la muestra, lo cual confirma el grado de competencia de los participantes de este grupo.

Tabla 17. Representación jerárquica de las opciones de respuesta elegidas del a categoría personas, de mayor a menor frecuencia.

	Indicador de competencia en términos de información y creencias	Indicador de comportamientos instrumentales de riesgo	Indicador de competencias social
Categoría personas	No creo que pase nada Creo que debo de aprovecharlo	No empleo condón Rechazo la oferta Propongo medidas de prevención	Complazo a la persona con quien me relaciono/Me adapto a lo que mi pareja
Competencia sexual baja	Creo que es riesgoso Creo que no esta bien Creo que si me niego voy a quedar mal Combinaciones Creo que puede haber embarazo Creo que puede contraer una enfermedad	Combinaciones Aplazo el momento Empleo condón Propongo solo caricias	Le comunico mis inquietudes sexuales Es el otro quien propone medidas de prevención Combinaciones Yo propongo el tipo de práctica sexual

Nota: Las opciones de riesgo se ilustran en negritas para una mejor identificación.

En la evaluación de *comportamientos instrumentales de riesgo o prevención de esta categoría*, el análisis mostró que el 47.6% de los sujetos de este grupo (Figura 21), eligieron la opción de riesgo “No empleo condón” (Tabla 17), siendo

ésta la única opción de la gran mayoría, reduciéndose de manera muy notoria el número de combinaciones en donde se incluía la opción de riesgo.

En lo referente al *Indicador de competencia social*, pudimos ver que el 85.7% de los participante pertenecientes a este grupo eligieron al menos una de las dos opciones de riesgo presentadas (Figura 21), siendo este 85.7% sujetos incapaces de solicitar a la pareja el uso de medidas preventivas. La opción más elegida de este indicador fue “Me adapto a lo que mi pareja quiere”, seguida muy por debajo por “Es el otro quien me propone medidas de prevención” y por alguna combinación entre las opciones de riesgo y de prevención (Tabla 17).

Categoría Efectos

En esta categoría fue posible identificar que el 66.7% de los participantes de este grupo reportó haber recibido burlas, comentarios desagradables o consecuencias negativas cuando rechazaban o aplazaban una oferta sexual o bien cuando proponían un comportamiento menos riesgoso o el uso de alguna medida preventiva, dichos comentarios provenían principalmente de parte de personas desconocidas, de la pareja estable y de amistades.

Cabe hacer notar que a diferencia de los demás grupos, en éste no se encontraron reactivos en donde coincidieran el 100% de los integrantes ni en opciones de riesgo ni en opciones de prevención, de igual forma no existieron reactivos que ilustraran situaciones desconocidas para los integrantes de este grupo. Lo anterior forma parte de las características que diferencian a este grupo de los otros dos. Además podemos agregar que en este grupo es muy notoria el alza de los porcentajes de participantes que eligieron opciones de riesgo, sobre todo en el índice de competencia social, en donde los porcentajes rebasan el 85%.

Análisis Inferencial

Para dar respuesta a uno de nuestros objetivos específicos, que fue determinar la posible relación entre el índice de competencia sexual y las variables de comparación, tales como el uso consistente del condón, el número de parejas sexuales, el proponer medidas preventivas en el contagio del VIH/SIDA y la fecha

e diagnóstico, se aplicó el coeficiente de correlación “r” de Pearson, con el cual evaluamos la correlación entre las variables de comparación y el índice de competencia.

Los resultados de dicho análisis mostraron que no existió relación entre la consistencia en el uso del condón, el número de parejas sexuales y la edad de debut sexual versus el índice de competencia sexual, sin embargo, existió una correlación negativa débil, entre la fecha de diagnóstico y el índice de competencia sexual, lo cual quiere decir que entre más reciente fue la fecha de diagnóstico el índice de competencia sexual de los participantes era menor, lo que se traduce en un mayor grado de competencia sexual en los participantes diagnosticados más recientemente (Tabla 18).

Tabla 18. Coeficientes de correlación r de Pearson de las variables de comparación versus el índice de competencia sexual.

		Variables de comparación	Coeficiente de correlación	Nivel de significancia
Índice de competencia sexual	Vs.	Consistencia en el uso del condón	0.053	0.788
		Número de parejas sexuales	0.032	0.793
		Edad de debut sexual	0.169	0.168
		Fecha de diagnóstico	-0.317*	0.012

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

Para cumplir con el objetivo de determinar si existe relación entre las variables evaluadas (las situaciones, los efectos y Personas) la prueba que se aplicó fue el coeficiente de correlación de Pearson y éste nos mostró que en las únicas categorías de análisis en donde se dio una alta correlación fue entre la categoría personas y la categoría situaciones -ver Tabla 19-.

Tabla 19. Correlación entre las categorías de análisis del instrumento.

Categoría de Análisis			Coeficiente de correlación	Nivel de significancia
Personas	Vs	Situaciones	0.723	0.0001
Efectos	Vs	Personas	0.038	0.758
Situaciones	Vs	Efectos	0.255	0.036

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

Finalmente, para determinar la existencia de diferencias significativas entre los tres grupos de competencia sexual con respecto al índice de competencia sexual, se aplicó el análisis de varianza unidireccional (ANOVA); dicho análisis, mostró que efectivamente se presentaron diferencias significativas entre los tres grupos de competencia sexual: $F(2,65) = 81.071$, $p = 0.000$. Acto seguido se identificaron, por medio la prueba de comparación múltiple Tukey HSD, los grupos que difieren significativamente entre sí y se encontró que existen diferencias significativas entre los tres grupos (Tabla 20).

**Tabla 20
Comparación múltiple Tukey HSD**

			Diferencia de medias	Nivel de significancia
Grupo de competencia sexual alta	Vs.	Grupo de competencia sexual baja	.3201	.000
Grupo de competencia sexual moderada	Vs.	Grupo de competencia sexual alta	9.244E-02	.001
Grupo de competencia sexual baja	Vs.	Grupo de competencia sexual moderada	.2276	.000

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

Finalmente y para determinar si existen diferencias significativas entre los grupos de competencia sexual con respecto a las variables situaciones, personas y efectos, se aplicó el análisis de varianza unidireccional (ANOVA).

Encontramos que en la categoría situaciones existen diferencias significativas entre los tres grupos de competencia sexual: $F(2,65)= 80.97$, $p = 0.0001$. Por su parte en la categoría de personas también se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos: $F(2,65)=21.43$, $p = 0.0001$. En la categoría efectos también se encontraron diferencias significativas entre los tres grupos: $F(2,65)= 3.52$, $p = 0.035$.

Para identificar específicamente en dónde se presentaron las diferencias significativas entre cada uno de los niveles de competencia sexual con respecto a las categorías evaluadas, se aplicó la prueba estadística de comparación múltiple Tukey HSD y los resultados permitieron identificar que en la categoría situaciones existen diferencias significativas entre los tres niveles de competencia sexual (Tabla 21). En la categoría personas, se encontró que el grupo de competencia sexual baja se diferencia de los otros dos niveles, con una diferencia de medias de 5.080, $p = 0.0001$ con respecto al grupo de competencia sexual alta y una diferencia de medias de 3.97, $p = 0.0001$ en relación al grupo de competencia sexual moderada -ver Tabla 21-. Con respecto a la categoría efectos, las diferencias se encontraron entre el grupo de competencia sexual alta y el grupo de competencia sexual baja con una diferencia de medias de 1.1429, $p = 0.035$ -ver Tabla 21-.

Los dos últimos análisis nos mostraron que sólo en la categoría situaciones se presentaron diferencias significativas entre los tres niveles, mientras que en la categoría de personas las diferencias se dieron entre el grupo de baja y los otros dos niveles, en donde al parecer no existieron diferencias significativas entre los niveles de alta competencia sexual y el de competencia sexual moderada; y en la categoría efectos la diferencia se dio solo entre niveles extremos –grupo de competencia sexual alta y grupo de competencia sexual baja-.

Tabla 21
Comparación múltiple Tukey HSD

Categoría de Análisis	(I)	(J)	Diferencia de medias (I-J)	Erro estándar	Nivel de significancia
Efectos	Grupo de competencia sexual alta	Grupo de competencia sexual baja	1.1429*	.4491	.035
	Grupo de competencia sexual moderada	Grupo de competencia sexual alta	.8333	.4342	.141
	Grupo de competencia sexual baja	Grupo de competencia sexual moderada	.3095	.4446	.767
Personas	Grupo de competencia sexual alta	Grupo de competencia sexual baja	5.0807*	.8119	.000
	Grupo de competencia sexual moderada	Grupo de competencia sexual alta	1.1105	.7849	.339
	Grupo de competencia sexual baja	Grupo de competencia sexual moderada	3.9702*	.8038	.000
Situaciones	Grupo de competencia sexual alta	Grupo de competencia sexual baja	14.5383*	1.1793	.000
	Grupo de competencia sexual moderada	Grupo de competencia sexual alta	3.8062*	1.1402	.004
	Grupo de competencia sexual baja	Grupo de competencia sexual moderada	10.7321*	1.1676	.000

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

DISCUSIÓN

En nuestros días el número de personas que se infectan con el virus del SIDA es cada vez mayor y a pesar del gran esfuerzo por parte de las autoridades sanitarias por erradicar la pandemia del VIH/SIDA en el mundo, la realidad es que el virus se sigue propagando sin control alguno. Es por esto, que en la lucha contra el VIH/SIDA, se ha hecho patente la necesidad de un trabajo interdisciplinario que contribuya en la búsqueda de soluciones dirigidas a frenar dicha pandemia; sin embargo, hasta ahora el único medio de lucha contra la transmisión del VIH/SIDA, es la prevención.

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 descubrir la naturaleza funcional del comportamiento riesgoso, o lo que es igual, se requiere encontrar los procesos psicológicos que subyacen a los comportamientos de riesgo o prevención (Piña, Duarte y Guzmán, 1992).

Por esta razón, con base en el modelo psicológico de la salud biológica y por medio de las categorías del análisis microcontingencial, nos dimos a la tarea de analizar los factores psicológicos que componen las interacciones consideradas como de riesgo en la transmisión del VIH/SIDA. Es por eso que el objetivo del presente estudio fue evaluar los factores (personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio y/o prevención del VIH/SIDA en pacientes seropositivos.

Los resultados nos permiten retomar cuatro ejes de discusión, primeramente, hablaremos sobre el instrumento y el índice de competencia sexual

obtenido de él. En segundo lugar, hablaremos del papel disposicional que juegan las situaciones y la relación funcional que guardan las personas y los efectos, en la emisión de comportamientos instrumentales de riesgo y prevención. En tercer lugar, analizaremos la inconsistencia entre el saber o creer de los participantes de este estudio y su *hacer*, y por último, discutiremos sobre la relación de tres variables (uso consistente del condón, la edad de debut sexual y el número de parejas sexuales) relacionadas con la transmisión del VIH, y el índice de competencia sexual.

El instrumento aquí utilizado y, a diferencia de otros que lo único que hacen es identificar si la población tiene o no información acerca del VIH, nos permitió identificar lo que los sujetos de este estudio creen, lo que saben, lo que hacen, e incluso lo que no hacen relacionado con la transmisión del virus del SIDA. Asimismo fue posible realizar un análisis funcional de los factores relacionados con las competencias funcionales presentes, lo cual se hizo gracias a la metodología utilizada –análisis contingencial- y a la estructura del cuestionario. Además dicho cuestionario permitió evaluar el comportamiento en tres niveles cualitativamente distintos–situacional no-instrumental, situacional instrumental, extrasituacional/transituacional.

Sobre el índice, podemos decir que éste resultó ser una unidad de medición que puede ser tomada como confiable si se considera que permitió discriminar entre los participantes de alta, moderada y baja competencia sexual en la prevención del contagio del VIH/SIDA; lo anterior se dice con base en el análisis de varianza en donde se observaron diferencias significativas entre los tres grupos de competencia; lo que además, permitió formar de manera confiable, los tres grupos de competencia sexual y hacer una caracterización de los mismos.

Acerca de la sensibilidad de los reactivos, podemos decir, que la existencia de diferencias significativas entre los tres grupos de competencia sexual, aunado a las diferencias significativas de las categorías de análisis (situaciones, personas y efectos), sugieren que los reactivos de la categoría de situaciones fueron sensibles a la evaluación de competencias, puesto que fue, en esa categoría, en

donde se encontraron, de manera más clara las diferencias entre los tres grupos de competencia sexual.

Finalmente, podemos decir que los datos obtenidos, pueden ser considerados como confiables y el instrumento como sensible; sin embargo, cabe mencionar que no podemos ser determinantes en dichas aseveraciones, ya que dicho análisis queda fuera de nuestros objetivos y merece por su importancia un espacio propio.

En segundo término y acerca del papel disposicional que juegan las situaciones (léase, circunstancia social, lugar, objetos o acontecimientos físicos, conductas socialmente esperadas, competencias o incompetencias para llevar a cabo lo socialmente esperado, inclinaciones, propensiones y tendencias), encontramos que son las situaciones un factor crítico para que los participantes de este estudio llevaran a cabo comportamientos instrumentales de riesgo, ya que dentro de la muestra analizada, se encontró un alto porcentaje de participantes que eligieron opciones de riesgo en los reactivos que evaluaron el papel disposicional de los factores situacionales, siendo la opción más elegida, “no empleo condón”.

Lo anterior significa que los factores situacionales, tales como las circunstancias sociales (noviazgo, laboral, familiar, etc.), los lugares, ciertos objetos o acontecimientos físicos (como lo puede ser un perfume o algún tipo de ropa, o bien que sea un día lluviosos o caluroso), inclinaciones, que se refieren a los gustos y preferencias de las personas, o propensiones, que aluden a estados temporales de corta duración (léase, estados de animo, conmociones emocionales o condiciones biológicas), tendencias (costumbres, hábitos y formas de conducta), conductas socialmente esperadas y las competencias para llevar a cabo lo socialmente esperado, probabilizan el contagio o re-infección del VIH en personas seropositivas.

En los otros dos indicadores de la categoría de situaciones (capacidad en términos de experiencia, información o creencias y de competencia social), el porcentaje de participantes que eligieron opciones de riesgo varió según el grupo de competencia, ya que por ejemplo, podemos ver que los integrantes del grupo

de alta competencia sexual, refirieron tener la información necesaria para evitar la transmisión del virus, puesto que la mayoría de los participantes de este grupo eligió opciones de prevención tales como “creo que no esta bien” o “creo que es riesgoso”. Por su parte, en el grupo de baja competencia sexual, el porcentaje de participantes que eligieron opciones de prevención disminuye teniendo como principales opciones de riesgo “creo que debo aprovecharlo” o “no creo que pase nada”.

Lo anterior corrobora las conclusiones a las que han llegado un sinnúmero de estudios sobre la transmisión del VIH/SIDA, que abogan por la creación de modelos que no centren su atención únicamente en factores de índole personal (creencias, información, actitudes, intenciones, autoeficacia, etc.), y sí en el contexto, considerando a éste como un factor disposicional que facilita o inhibe la emisión de comportamientos instrumentales, ya sean estos preventivos o de riesgo (Choi et al., 2002; Friedman et al. 1999; Páez et al., 1994; Qu et al., 2002; Semple et al., 2002; Steele et al., 2001; Soto et al., 1997; Visser y Smith, 2001; Weisman et al., 1991)

Asimismo, la alta correlación que existente entre dos de las categorías evaluadas (situaciones y personas), nos sugiere que es muy probable que una persona que elige opciones de riesgo, en reactivos en donde las situaciones son el factor crítico -por ejemplo, cuando se esta bajo el influjo del alcohol, si se esta muy excitado o en un lugar propicio, etc. y se presentan la oportunidad de tener relaciones sexuales-, también elegirá opciones de riesgo en reactivos en donde las personas significativas y su comportamiento son las que median la interacción -por ejemplo cuando es la pareja estable, alguien muy atractivo pero desconocido o una persona con la que no se quiere quedar mal, quien inicia o insinúa el contacto sexual-, o viceversa.

A este respecto y considerando el papel que juegan las parejas sexuales en la emisión de comportamientos instrumentales de riesgo, encontramos que los integrantes de este estudio delegaban la responsabilidad del uso de medidas preventivas a la pareja sexual, a pesar de reconocer que su salud estaba en riesgo; ya que, cuando se evaluó la relación funcional que tienen las personas

significativas –léase, pareja sexual- en la emisión de comportamientos de riesgo, los participantes de la muestra dijeron “complacer a la pareja sexual” o bien “adaptarse a lo que la pareja quiere”, siendo mediados por los criterios que la pareja establece. Estos resultados confirmaron lo que otras investigaciones han mostrado sobre la importancia de la pareja sexual (Ehrhardt et al. 2002; Gilmore, Morrison, Lowery y Baker, 1994; Qu et al., 2002; Van de Ven et al. 1997).

Por otro lado, los resultados derivados de la categoría de efectos, sugieren que éstos, no figuran como un factor crítico que influye en los comportamientos de riesgo o prevención de los participantes, puesto que el porcentaje de participantes que habían recibido burlas o comentarios negativos en cada uno de los grupos fue similar, lo cual sugiere que aproximadamente el 70% de la muestra habían recibido burlas o comentarios negativos sin importar su nivel de competencia, y esto significa, que el haber recibido efectos negativos no es un factor que inhiba la solicitud de utilizar o llevar a cabo medidas preventivas al contagio del VIH.

Estos resultados contrastan con algunas otras investigaciones (Díaz et al., 1999; Ehrhardt et al. 2002; Nelly et al., 1989; Qu et al., 2002; Sieving et al., 1997) e incluso con nuestra misma hipótesis acerca de la relación funcional que pueden guardar los efectos con las conductas de riesgo, ya que nosotros suponíamos que los efectos negativos estaban relacionados con una bajo grado de competencia sexual y por ende, con la emisión de comportamientos de riesgo. Decimos entonces, que el recibir burlas o efectos negativos después de proponer medidas de prevención, no inhibe una posterior solicitud, lo cual indica -como ya se mencionó- que los efectos no son un factor crítico en la emisión de comportamientos de riesgo o prevención.

Lo anterior se confirma por la no correlación entre la categoría de efectos y la categoría de situaciones y de personas; y aunque en las figuras 20, 21, 22 es posible vislumbrar que las categorías de situaciones y de efectos, son las que contienen los porcentajes más altos de participantes que eligieron opciones de riesgo, no se encontró correlación entre ellas, lo cual quiere decir que no necesariamente los participantes que responden con opciones de riesgo a los reactivos de situaciones lo hacen por que han recibido burlas o consecuencias negativas cuando proponen medidas de prevención o viceversa.

Por otro lado, encontramos que a pesar de que los participantes del estudio saben identificar las situaciones de riesgo –ya sea basados en su experiencia información o creencias-, respondieron, en su mayoría, a opciones de riesgo. Esto sugiere que la información no es un determinante en la emisión de comportamientos instrumentales preventivos, puesto que, en los tres grupos de competencia sexual, los participantes reportaron no utilizar condón al momento de tener relaciones sexuales, esto independientemente de saber identificar las situaciones de riesgo. Cabe resaltar, que dicho fenómeno se dio sobre todo en las respuestas a los reactivos que ilustraban situaciones en donde el factor crítico - para la emisión de comportamientos de riesgo o prevención-, era el de los factores situacionales.

Lo anterior deja claro, que no se puede considerar el componente informativo como un disparador de acción o bien como un determinante en la emisión de comportamientos instrumentales de prevención, ya que dicho componente –el cual se evaluó por medio del indicador de capacidad en términos de experiencia información y creencias-, no demostró relación con la emisión de conductas instrumentales de riesgo o prevención, pues se observó que el porcentaje de participantes con creencias morales o de salud para la prevención del riesgo, era mayor que el porcentaje de quienes reportaron no utilizar condón, es decir, los seropositivos sabían que lo que hacían no estaba bien o que podría representar riesgo para su salud, y pese a lo anterior, contestaron “no empleo condón”, motivo por el cual, estamos en posición de decir, que la información y las creencias de los participantes de este estudio -aunque son un factor necesario- no determinan la puesta en práctica de comportamientos preventivos como lo suponen algunos modelos y sus respectivas investigaciones (Bandura, 1994; Bell et al., 1999; Boldero et al., 1992; Bowen et al., 2001; Díaz 1999; Díaz y Rivera, 1999; Flores y Díaz, 1999; Grimley et al., 1993; MacNair-Semands et al. 1997; Ramírez, et al., 1998; Rosenstock et al., 1994; Villagran y Díaz ,1999a, 1999b;).

En los reactivos en donde el factor crítico era la relación comportamiento mediado/comportamiento mediador –categoría de personas- se encontró, que al igual que en la categoría de situaciones, los participantes reconocen las

situaciones de riesgo, en donde el comportamiento de las parejas sexuales pone en riesgo su salud, e incluso, reportaron llevar a cabo en su mayoría conductas instrumentales preventivas; sin embargo, también dijeron permitir que la pareja sexual decida el uso de medidas preventivas en la transmisión del VIH, delegando la responsabilidad del uso de dichas medidas a la pareja sexual.

En general, podemos decir que los participantes de la muestra evaluada tiene información sobre las situaciones de riesgo y la transmisión del VIH/SIDA; sin embargo, se demuestra que ésta no es suficiente para la emisión de comportamientos instrumentales de prevención, ya que se observó un alto porcentaje de personas, que reportaron llevar a cabo conductas instrumentales de riesgo, a pesar de poseer la información necesaria para la prevención del VIH/SIDA. Cabe mencionar, que dicha inconsistencia –entre el saber o creer y el hacer- es más evidente en el grupo de alta competencia sexual, mientras que en el grupo de competencia sexual baja, dicha inconsistencia se hace menos notoria, ya que fueron los participantes del grupo de alta competencia quienes en su mayoría dijeron reconocer las situaciones de riesgo y sin embargo la gran mayoría de este grupo también dijo no usar condón, mientras que en el grupo de baja competencia sexual, la gran mayoría de los integrantes, no identificaron las situaciones de riesgo y reportaron llevar a cabo comportamientos instrumentales de riesgo, es decir no usar condón.

Acerca de las variables asociadas a grupos de riesgo, o bien, a la transmisión del VIH, encontramos que en la población evaluada, no existe relación entre el uso consistente del condón, la edad de debut sexual y el número de parejas sexuales, con el grado de competencia sexual, es decir, el nivel de competencia no varía si los participantes de este estudio usan o no usan condón, o si tuvieron relaciones sexuales a muy temprana edad, o si tienen muchas o pocas parejas sexuales, motivo por el cual no existen (por lo menos en los participantes de este estudio), elementos para decir que el tener diversas parejas sexuales, el uso consistente del condón y la edad de debut sexual, sean factores que determinen el grado de competencia sexual. Dichos resultados nos permiten reiterar la importancia de dirigir las acciones de prevención a factores de índole

conductual más que a características personales o de orden demográfico, fortaleciendo la idea sobre la importancia de hablar de comportamientos de riesgo, más que de variables o características asociadas a grupos de riesgo, puesto que el número de parejas sexuales o la edad de debut sexual, aunque son disposicionales en la transmisión del VIH, no son determinantes, ni características propias de las personas que adquieren el virus.

Un dato que nos parece interesante retomar, es que existe una correlación negativa entre el índice de competencia sexual y el tiempo que los participantes tienen viviendo con el virus –lo cual se identificó por medio de la fecha de diagnóstico-, ya que encontramos que los participantes que habían sido diagnosticadas durante el 2002 eran más competentes que las que fueron diagnosticadas en los años 1988 o 1989, esto parecería ilógico si consideramos que los sujetos que llevan más tiempo con el virus, han adquirido con el tiempo una mayor competencia que les permite saber cómo comportarse frente a situaciones de riesgo, pues supondríamos que saben, en mayor medida, de los cuidados que una persona portadora del virus debe de tener para evitar contagiar o retransmitir el virus.

Con los puntos hasta aquí discutidos, podemos mencionar que lo importante en un modelo de prevención, es centrar sus acciones en el actuar de individuo, y en las variables de las cuales su comportamiento es función y no solo en su información o en factores de índole cognoscitivo.

Es claro entonces, que el conocimiento del proceso biológico de una enfermedad y las condiciones sociales en que se da, no son suficientes para prevenir su avance, puesto que el contagio del VIH tiene que ver con lo que el individuo hace o deja de hacer, razón por la cual, los esfuerzos por prevenir el avance de una enfermedad tienen que estar dirigidos a la capacidad que tienen las personas para regular los efectos del medio sobre su organismo, lo cual, se traduce en las *competencias funcionales presentes*, que son disposicionales en la emisión de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención.

De esta forma, las acciones a tomar para la prevención del contagio del VIH, deben estar dirigidas a un *saber hacer*; es decir, al desarrollo de habilidades

y competencias que le permitan a las personas, reconocer las situaciones de riesgo, saber que hacer y cómo hacerlo. Asimismo los individuos deben de aprender a identificar en qué circunstancias pedir o llevar a cabo conductas instrumentales preventivas, así como saber, cómo solicitarlo, saber hacer lo mismo pero de otra manera, e incluso, haberlo hecho antes o haberlo practicado. Además se requiere que identifiquen si ellos saben por qué se tienen que llevar a cabo conductas instrumentales preventivas y reconocer si se tiende o no a hacerlo (Ribes, 1990c).

Este estudio adquiere importancia y originalidad, ya que es uno de los primeros en que se estudian las competencias del individuo como una parte fundamental del proceso psicológico relacionado con el mantenimiento, pérdida o recuperación de la salud. Además, se trata de un trabajo alternativo a otras investigaciones que parten de marcos teóricos distintos al que aquí se presenta, perfilándose como una alternativa válida en el quehacer del conocimiento aplicado basado en el conocimiento teórico, el cual, permite incorporar conceptos olvidados o deformados por otras aproximaciones (léase, factores situacionales, entrenamiento conductual, creencias o intenciones, etc.) ya que el modelo psicológico de la salud biológica, define de manera clara y precisa, por un lado, el objeto de estudio de la psicología y por otro, la labor del psicólogo en el área de la salud, todo gracias a que delimita la dimensión psicológica de la salud; es decir, identifica aquellos aspectos psicológicos que regulan la salud, de los no psicológicos y la relación entre ambos.

Por su parte, análisis contingencial y en específico las categorías del análisis microcontingencial nos permitió, como base analítica, identificar los factores (personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio y/o prevención del VIH/SIDA, así como el rol funcional que tiene cada uno de ellos en la emisión de comportamientos instrumentales de riesgo. Por lo tanto estamos en posición de decir que -basados en los resultados obtenidos-, el análisis funcional nos permitió identificar la relación que existe entre los factores situacionales, las personas y los efectos con la emisión de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención,

encontrando que son las situaciones un factor crítico para la emisión de comportamientos instrumentales de riesgo. La pareja sexual al igual que las situaciones guardan una estrecha relación con la emisión de comportamientos de riesgo sobre todo en los niveles no-instrumental y extrasituacional/transituacional. Por su parte, los efectos fueron el único factor que no tuvo relación con la emisión de comportamientos de riesgo en la muestra analizada.

Consideramos, por tanto que en el desarrollo de programas de prevención se deben de tomar en cuenta las competencias de la persona para prevenir la transmisión del VIH, motivo por el cual, uno de los principales objetivos a seguir en el diseño de programas de intervención a nivel preventivo, es el desarrollo de habilidades que les permitan a los individuos enfrentar las situaciones de riesgo de manera efectiva. Asimismo se han de considerar dentro de esos programas, el rol funcional de la pareja sexual dentro de la interacción y el rol funcional de los factores situacionales en la emisión de comportamientos de riesgo en la prevención del VIH, ya que como se pudo ver aquí, la pareja sexual y los factores situacionales son dos factores que juegan un papel relevante en la emisión de comportamientos de riesgo.

Por último, podemos mencionar que el estudio de las competencias se vislumbra ahora, como una nueva forma de abordar, no solo los problemas relacionados con la salud, sino con todas las áreas en las que se desenvuelven los seres humanos, ya que son estas, un concepto disposicional que hace alusión a una colección de ocurrencias que se relacionan con un conjunto de habilidades que en potencia designan capacidad; capacidad que funge como disposicional para la emisión de conductas instrumentales y que responde a criterios de efectividad previamente establecidos.

Mientras tanto, el quehacer de la psicología en el área de la salud implica encontrar los procesos psicológicos que subyacen a los comportamientos de riesgo o prevención, de esta manera el estudio de las competencias para la prevención del VIH/SIDA, requiere analizar la naturaleza de las prácticas de riesgo y prevención, así como analizar el rol funcional de los distintos elementos que constituyen tales interacciones, lo cual es posible hacer cuando se utiliza una

metodología *ad hoc* con los supuesto básico del modelo Psicológico de la Salud Biológica, como es el caso del análisis contingencial.

Asimismo el modelo psicológico de la salud biológica se presenta como un modelo producto de un sólido marco teórico que permite relacionar las categorías psicológicas con las categorías biológicas, las cuales, cabe mencionar, no son evaluadas por los psicólogos, pero sí son tomadas en cuenta, y en donde el papel del psicólogo gira en torno a tres niveles de prevención –teniendo como prioridad el primer nivel-, en donde su función consiste en establecer las habilidades necesarias para enfrentar de modo efectivo las circunstancias que conllevan el riesgo de infección del VIH, por medio del desarrollo de conductas instrumentales preventivas que puedan probabilizar un comportamiento eficaz, tales como entrenar al individuo en el reconocimiento de indicadores de riesgo en su forma de relacionarse (morfologías de conducta), en las situaciones, en las parejas sexuales y en los efectos que participan en mayor o menor medida en la ejecución de comportamientos de riesgo. Así también, le corresponde modificar las creencias, como competencias complejas, que están relacionadas con los comportamientos de riesgo.

Antes de finalizar con esta sección, consideramos conveniente mencionar que las principales limitaciones de este estudio, correspondieron concretamente a razones metodológicas, ya que al ser éste un estudio no-experimental transeccional descriptivo, se ve limitado por la falta de control de las variables. Asimismo, el tipo de muestreo utilizado, el cual fue de tipo intencional no probabilístico, trae consigo entre otras cosas algunas limitaciones acerca de la generalización de los datos, incluso el número de integrantes de la muestra es demasiado reducido como para poder considerar los resultados como representativos.

Consideramos pertinente, para próximas investigaciones, analizar los pesos explicativos que tienen las situaciones, las personas y los efectos sobre los comportamientos instrumentales de riesgo, para lograrlo se requiere modificar la escala de los reactivos. Un ejemplo del tipo de escala a utilizar, la podemos ver en la escala tipo likert, en donde la respuesta del individuo se da mediante una escala

numérica, a la cual se le atribuyen las propiedades de las escalas de intervalo, permitiendo por tanto la realización de análisis estadísticos más complejos.

Las escalas tipo likert, están constituidas por una serie de reactivos ante los cuales se solicita la reacción del sujeto. El interrogado señala su grado de acuerdo o desacuerdo con cada reactivo (muy de acuerdo, de acuerdo, indeciso en desacuerdo, muy en desacuerdo). A cada respuesta se le da una puntuación favorable o desfavorable y la suma algebraica de las puntuaciones de las respuestas del individuo a todos los reactivos da su puntuación total, que se entiende como representativa de su posición favorable-desfavorable con respecto al fenómeno que se mide.

Este tipo de reactivos declaran no sólo las dos posturas extremas, sino también gradúan las intermedias, ya que, a medida que la escala gane en sensibilidad, ganará también en precisión y esto permite que cada reactivo pueda ser admitido con diversos grados de aprobación y atribuir diversos "pesos", conforme a las frecuencias aprobatorias que reciba de acuerdo con la curva normal. Asimismo y por consiguiente, 1) cada individuo recibe una puntuación proporcional a su aprobación acumulada, y 2) cada reactivo recibe diversos pesos según el grado con que es aprobado (Coolican, 1994 y Fernández, 2004).

Las principales ventajas que presenta este tipo de escala son que es de fácil construcción y aplicación, y que puede utilizar reactivos no relacionados manifiestamente con el tema (pero sí de forma latente).

Para concluir este trabajo queremos mencionar que éste, se propone como un estudio que a nivel aplicado, pretende dar pie a nuevas investigaciones que compartan los supuestos teórico-metodológicos de los cuales partimos -léase interconductismo, modelo psicológico de la salud biológica y análisis contingencial- ya que consideramos que dicha posición teórica augura, a mediano y largo plazo, el desarrollo de nuevas tecnologías que deriven de un marco teórico sólido y no como extrapolación de conocimiento básico, en la prevención de la transmisión del VIH/SIDA.

REFERENCIAS

- Alarcón, L., (2002). Diseño e instrumentación de un programa basado en el modelo transteórico para la modificación del consumo abusivo de alcohol en estudiantes de secundaria. *Psicología y Salud, 11*, 99-111.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191-215.
- 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.
- Bayés, R. y Arranz, P. (1988). Las variables psicológicas como cofactores del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Humanidades Médicas, Psicología y Medicina, 34*, 1313-1318.
- Bayés, R. y Ribes, E. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación en el caso del SIDA. *Papeles del Psicólogo, 41*, 122-125.

- Becker, E., Rankin, E. & Rickel, A. (1998). *High-risk sexual behavior: Interventions with vulnerable populations*. EE. UU.: Plenum Publishing Corporation.
- 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 adolescents' 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.
- Carpio-Cedraro, F., Bracho, A. y Anderson, L. (1992). El programa "comida para el pensamiento"; un enfoque participativo en la prevención del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 137-156.
- Choi, K., Diehl, E., Yaqi, G., Qu, S. & Mandel, J. (2002). High HIV risk but inadequate prevention services for men in China who have sex with men: An ethnographic study. *AIDS and Behavior*, 6, 255-266.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (2002). *El SIDA en México*. Recuperado el 5 de diciembre del 2002 de <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (2003). Panorama epidemiológico del VIH/SIDA e ITS en México. Recuperado el 8 de noviembre de 2003, de <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>
- Corral, V. (2003). ¿Mapas cognoscitivos o competencias ambientales? En E. DíazGonzález y M. L. Rodríguez (Eds.), *Perspectivas sobre el cognoscitividad en psicología* (pp.36-79). Tlalnepantla, Edo. Mex.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Coury-Doniger, P., Levenkron, J., Knox, K., Cowell, S. & Urban, M. (1999). Use of stage of change (SOC) to develop an STD/HIV behavioral intervention: phase 1. A system to classify SOC for STD/HIV sexual risk behaviors-development and reliability in an STD clinic. *AIDS Patient Care*, 13, Recuperado el 4 de noviembre del 2000 de http://alidoro.catchword.com/vl=50554333/cl=19/nw=1/rpsv/catchword/mal/10.../p493_s.pd
- Coolican H. (1994). Métodos de investigación y estadística en psicología. México, edit. Manual moderno.
- De León, V., Pelcastre, B. y Rojas, J. (1999). Exploración de las creencias y conocimientos en torno al SIDA en una población de adolescentes. *Psicología y Salud*, 13, 55-62.
- Del Rio, C. y Rico, B. (1996). Prevención de la transmisión sexual: evaluación y perspectivas. *SIDA/ETS*, 2, 47-54.
- DeVita, V., Hellman, S. y Rosenberg, S. (1990). *SIDA, etiología, diagnóstico, tratamiento y prevención*. España: Salvat editores.
- 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. y Alfaro, L. (1999). Conocimientos, actitudes, creencias, conductas, percepción de riesgo y temor al contagio del VIH en estudiantes de preparatoria. En R. Díaz y K. Torres (Eds.), *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 69-81). México, D.F.: Facultad de Psicología-Universidad Nacional Autónoma de México.
- 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.
- Díaz, R. y Rivera, S. (1992) Percepción y autopercepción de riesgo ante el contagio del VIH en estudiantes universitarios. *Investigación Psicológica*, 1, 27-28.
- 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.
- DíazGonzález, E. (1996). *Procedimiento didáctico para la enseñanza del Análisis contingencial*. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- 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. *Psicología y salud*, 13, 149-159.
- DíazGonzález, E. y Carpio, C. (1996). Criterios para la aplicación del conocimiento psicológico. En J. Sosa, C. Carpio y E. Díaz-González (Eds.), *Aplicaciones del conocimiento psicológico* (pp. 39-50). México, D.F.; Universidad Nacional Autónoma de México.
- Díaz-González, E., Landa, P. y Rodríguez, M. L. (2002). El Análisis contingencial: un sistema interconductual para el cambio aplicado. En G. Mares y Y. Guevara, (Eds.) *Psicología interconductual: avances en la investigación tecnológica* (Vol. 2, pp. 1-40). Tlalnepantla, Edo. Mex.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala y Dirección de general de Asuntos del Personal Académico de la UNAM.

- DíazGonzález, E. y Rodríguez, M.L. (2003). *Perspectivas sobre el cognoscitivismo en psicología*. Tlalnepantla, Edo. Mex.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Egremy, G. (2002) *Mujeres y VIH/SIDA en México*. Recuperado el 9 de diciembre de 2003 de <http://www.aids-sida.org/indice.html>
- 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: Proyect FIO. *AIDS and Behavior*. 6, 1-13.
- Espada, J. y Quiles, M. (2002). *Prevenir el SIDA: guía para padres y educadores*. Madrid; Pirámide.
- Fan, H., Conner, R. & Villareal, L. (2000). *AIDS science and society*. USA. University Of California: Jones and Bartlett Publishers.
- Fernández-Abascal, E. (2003). Auto-eficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 3, *Universidad Nacional de Educación a Distancia España*. Recuperado el 9 de diciembre del 2003 de <http://reme.uji.es/articulos/agxfee9232111100/texto.html>
- Fernández, I. (2004). Construcción de una escala de actitudes tipo Likert. Recuperado el 23 de junio de 2004, de http://www.mtas.es/insht/ntp/ntp_015.htm
- Fishbein, M., Middlestadt, S. & Hitchcock, P. (1994). Using information to change sexually transmitted disease related behaviors; an analysis based on de theory of reasoned action. En R.J. Diclemente & J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 61-78). New York, EE.UU.: Plenum press.
- Fisher, J. & Fisher, W. (2000). Theoretical approaches to individual level change in HIV risk behavior. En J. Peterson y R. Diclemente (Eds.), *Handbook of HIV prevention* (pp. 3-55). New York, EE.UU.: Plenum Publisher.

- Friedman, S., Chapman, T., Perlis, T., Sotheran, J., Rockwell, R., Paone, D., et al., (1999). Modulators of "activated motivation": Event-specific condom use by drug injectors who have used condoms to prevent HIV/AIDS. *AIDS and Behavior*, 3, 85-97.
- 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.
- Fundación Anti-SIDA de San Francisco (2002a). *Cómo el VIH perjudica al sistema inmunológico*. Recuperado el 9 de diciembre del 2003 de <http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/virologia.html>
- Fundación Anti-SIDA de San Francisco (2002b). *Las etapas de la enfermedad del VIH*. Recuperado el 9 de diciembre del 2003 de <http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/enfermedad.html>
- Fundación Anti-SIDA de San Francisco (2002c). *La infección inicial por el VIH*. Recuperado el 9 de diciembre de 2003 de <http://www.sfaf.org/tratamiento/hojasdeinfo/inicial.html>
- Fundación Anti-SIDA de San Francisco (2002d). *Profilaxis para la post-exposición al VIH*. Recuperado el 9 de diciembre del 2003 de <http://www.sfaf.org/tratamiento/hojasdeinfo/profilaxis.html>
- Fundación Anti-SIDA de San Francisco (2002e). *Pruebas de carga viral*. Recuperado el 9 de diciembre del 2003 de <http://www.sfaf.org/espanol/informaciondelvih/carga.html>
- Grimley, D., Riley, G., Bellis J. & Prochaska, J. (1993). Assessing the stages of change an decision-making for contraceptive use for the prevention of pregnancy, sexually transmitted diseases, and acquired immunodeficiency syndrome. *Health Education Quarterly*, 20, 455-470.
- Grmek, M. (1992). *Historia del SIDA*. México: Siglo XXI.

- HIV/AIDS Information Center (1999a). Common questions, accurate answers. *Education & Support Center: The Journal of American Medical Association*. Recuperado el 18 de julio de 1999 de <http://www.ama-assn.org/special/hiv/support/prvntgd/common.htm>
- HIV/AIDS Information Center (1999b). Injecting drug use and HIV prevention. *Treatment Center: The Journal of American Medical Association*. Recuperado el 4 de octubre de 1999 de <http://www.ama-assn.org/special/hiv/treatmnt/guide/hivguide/hivguid6.htm>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación (2ª ed.). México, D.F. : McGraw-Hill/Interamericana
- Infored SIDA (1999). Detener la diseminación del VIH. *Centro Nuevo México para la Educación y Entrenamiento sobre el SIDA* (parcialmente consolidado por la biblioteca Nacional de Medicina y el departamento de Salud de Nuevo México). Recuperado el 10 de diciembre de 2003 de <http://www.aidsinonet.org/articles.php?articleID=150>
- Kantor, J. (1980). *Psicología interconductual* (Primera reimpresión) México: Trillas.
- Kaplan, R., Sallis, J. & Patterson, T. (1993). *Health and human behavior*. U.S.A.: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. (1988). *Investigación del comportamiento* [segunda edición en español]. México, D.F.: McGraw-Hill/Interamericana.
- Kuri, P. (2002). Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA. *Boletín epidemiológico semanal* [Semana 02: del 10 al 16 de enero de 1999] Recuperado el 8 de octubre de 2002 de <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>
- Latorre, J. y Benert, P. (1992). *Psicología de la Salud*. Argentina: Lumen.
- 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.

- Mercado, S. (2003). El Cognitivismo. En E. DíazGonzález y M. L. Rodríguez (Eds.), *Perspectivas sobre el cognoscitivismo en psicología* (pp.13-36). Tlalnepantla, Edo. Mex.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. España: Paidós.
- Murillo, D. (2002). *Homofobia y SIDA*. Recuperado el 9 de diciembre del 2003, de <http://www.aids-sida.org/indice.html>
- 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.
- Nollen, N., Goggin, K. Heiland, M., Catley, D., Kessler, K., Brammer, S., et al. (2002). The impact of therapy on the health behaviors of HIV+ gay men. *AIDS and Behavior*, 6, 131-139.
- Ortega, H., Ramos, R. y Gallegos, N. (1992). Diseño e implementación de un programa de prevención del SIDA con mujeres que ejercen la prostitución. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 24, 12-136.
- Orzechowzki, A. (2002). SIDA. Recuperado el 15 de enero del 2003 de la pagina web de Amigos contra el SIDA en <http://www.aids-sida.org/indice.html>
- Páez, D., Ubillos, S. Pizarro, M y León, M. (1994). Modelo de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del SIDA. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 141-149.
- Pardío, J y Plazas, M. (1998). Modelos para el cambio de conducta. *Cuadernos de nutrición*, 21, pp. 58-64.
- Peterson, J., Coates, T., Catania, J., Middlenton, L., Hilliard, B. & Hearst, N. (1992). High-risk sexual behavior and condom use among gay and bisexual african-american men. *American Journal of Public Health*, 82, 1490-1494.

- Piña, J., Duarte, L. y Guzmán, A. (1992). El comportamiento como categoría psicológica frente al SIDA. *Revista de Psicología Social y Personalidad*, 7, 91-99.
- Ponce de León, S. (2000). *SIDA aspectos clínicos y terapéuticos*. México: McGraw-Hill / Interamericana.
- Prochaska, J. & DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., Goldstein, M., Marcus, B., Rakowski, W., et al. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problems behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA (2003). Cifras de la Epidemia del SIDA reportadas por ONUSIDA correspondientes al año 2003. Recuperado el 16 de mayo de 2003, del sitio web del Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA (ONUSIDA), http://www.unaids.org/epidemic_update/report_july02/spanish/embargo.htm
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas dedicado al VIH/SIDA y Organización Mundial de la Salud. (1997). *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Recuperado el 12 de febrero del 2000, del sitio web de ONUSIDA, <http://www.unaids.org/>
- 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., Felix, 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.

- Ramos, L., Díaz, R., Saldivar, G. y Martínez, Y. (1992). Creencias sobre el origen del SIDA en estudiantes universitarios. *Salud Mental*, 15, 12-20.
- Reyes, S. (1990). Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios. *La psicología social en México*, 3, 316-319.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México, D.F: Trillas
- Ribes, E. (1982). Los eventos privados ¿un problema para la teoría de la conducta?. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 8, 11-29.
- Ribes, E. (1990a). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México, D.F.: Trillas.
- Ribes, E. (1990b). *Psicología general*. México, D.F.: Trillas
- Ribes, E. (1990c). *Psicología y Salud: un Análisis Conceptual*. España: Martínez Roca.
- Ribes, E. (2001). Los conceptos cognoscitivos y el problema de la observabilidad [Monografía]. *Acta Comportamental*, 9, 9-19.
- Ribes, E., DíazGonzález, E., Rodríguez, M. L. y Landa, P. (1986). El Análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 27-52.
- Roa, A. (s.f.). *Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*. España. Ciencias de la educación preescolar y especial.
- Rodríguez, M.L. (2002). *Análisis contingencial*. Tlalnepantla, Edo. Mex.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Rodríguez, M. L., DíazGonzález, E., y Zarzosa, L. (2003). Las psicoterapias cognoscitivas una revisión. En E. DíazGonzález y M. L. Rodríguez (Eds.), *Perspectivas sobre el cognoscitivismo en psicología* (pp.81-115). Tlalnepantla, Edo. Mex.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

- Rodríguez, M.L., Moreno, D., Robles, S. DiazGonzález E. (2000). El SIDA desde el modelo Psicológico de la salud biológica. *Psicología y Salud*, 10, 161-175.
- 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.
- Ryle, G. (1967). *El concepto de lo mental* [traducción al español]. Argentina: Paidós.
- Santacreu, J., Márquez, M. y Rubio. (1997) La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y Salud* Julio- Diciembre. Nueva época
- Secretaria de Salud de México (2002a). *La prueba del SIDA*. Disponible en el sitio web de la Secretaria de Salud de México, <http://www.ssa.gob.mx/conasida/>
- Secretaria de Salud de México. (2002b) *Mortalidad*. Disponible en el sitio web de la Secretaria de Salud de México, <http://www.ssa.gob.mx/>
- Secretaria de Salud de México (2003, semana 53). *Boletín epidemiológico nacional*. Recuperado el 30 de mayo de 2004, del sitio web de la Dirección general de epidemiología, <http://www.dgepi.salud.gob.mx/boletin/>
- Semple, S., Patterson, T. & Grant, I. (2002). Gender differences in the sexual risk practices of HIV+ heterosexual men and women. *AIDS and Behavior*. 6, 45-54.
- Sepúlveda, J. (1989). *SIDA, ciencia y sociedad en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Shively, M., Smith, T., Bormann, J. & Gifford, A. (2002). Evaluating self-efficacy for HIV disease management skills. *AIDS and Behavior*, 6, 371-379.
- Sierra, J. (2002). Atención a la persona infectada por VIH [versión electrónica]. *Salud Pública de México*, 37,525-532. Recuperado el 2 de febrero del 2003 del sitio web de la Secretaria de Salud de México, <http://www.ssa.gob.mx/>

- 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.
- Simón, M. (1993). *Psicología de la salud; aplicaciones clínicas y estrategias de intervención*. Madrid: Pirámide.
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R., y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud; un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española de Salud Pública, 71*, 335-341.
- Steele, R., Anderson, B. Rindel, B., Dreyer, M., Perrin, K., Christensen, R., et al. (2001). Adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive children: examination of the role of caregiver health beliefs. *AIDS care; Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 13*, 617-629.
- Tomasini, A. (2001). Algunas aclaraciones entorno al concepto de emoción [Monografía]. *Acta Comportamental, 9*, 31-48.
- Torres, K. y Díaz, R. (1999). Un modelo integral predictivo del uso del condón. En R. Díaz y K. Torres (Eds.) *Juventud y SIDA: una visión psicosocial* (pp. 163-180) 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.
- 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.
- Villagran, G. y Díaz, R. (1999b). Conocimientos sobre SIDA, practicas 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.
- Velicer, W. F, Prochaska, J. O., Fava, J. L., Norman, G. J., & Redding, C. A. (1998). Detailed overview of the transtheoretical model. Adaptado y actualizado de: Smoking cessation and stress management: Applications of the Transtheoretical Model of behavior change. *Homeostasis*, 38, 216-233. Recuperado el 9 de diciembre del 2003 de <http://www.uri.edu/research/cprc/TTM/detailedoverview.htm>
- Visser, R. & Smith, A. (2001). Inconsistent users of condoms: a challenger to traditional models of health behaviour. *Psychology, Health and medicine*, 6, 41-46.
- Weinsten, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior, *Health Psychology*, 12(4), 324-333.
- Weisman, C., Plichta, S., Nathanson, C., Chase, G., Esminger, M. & Robinson, J. (1991). Adolescent women's contraceptive decision-making. *Journal of Health and Social Behavior*, 32, 130-144.
- Wittgenstein, L. (1980). *Remarks on the philosophy of psychology*, Basil Blackwell Oxford, vol. 1 y 2.
- Zarzosa, L. (1991). Problemas del eclecticismo: un caso. *Revista Mexicana de Psicología*, 8, 109-115.
- Zarzosa, L. (2003). Prologo. En E. DíazGonzález y M. L. Rodríguez (Eds.), *Perspectivas sobre el cognoscitivismo en psicología* (pp. 3-12). Tlalnepantla, Edo. Mex.: Universidad Nacional Autónoma de México-Facultad de Estudios Superiores Iztacala.

A

N

E

X

O

1



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Estimado Señor (a)

La Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM apoya la práctica del consentimiento informado para proteger a las personas que participen en investigaciones. La siguiente información tiene por objeto ayudarle a decidir acerca de su participación en el presente estudio. Usted está en libertad de no participar en dicha investigación.

Se le pedirá que responda a una serie de preguntas acerca de sus conocimientos y comportamiento relacionados con el VIH/SIDA, esta información es importante porque nos ayudará a desarrollar programas de evaluación y prevención del VIH/SIDA.

Nos gustaría que usted participara, pero tal decisión es estrictamente voluntaria. Le aseguramos que su nombre no se mencionará en los resultados de la investigación. La información sólo se identificará mediante un código numérico.

Si quiere obtener información adicional acerca del estudio acerca y después de que finalice, puede ponerse en contacto con cualquiera de nosotros por teléfono.

Agradecemos su atención y apreciamos su interés y cooperación.

Atentamente

Psic. Diana Moreno R
Tel. 56 -23 -12 -11

Psic. Ma de Lourdes Rodríguez
53 -61-54-01

Psic. Eugenio Díaz G.
56 -61 -10 -46

Acepto

A

N

E

X

O

2

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA**

**CUESTIONARIO
“EVALUACIÓN DE COMPETENCIAS FUNCIONALES RELACIONADAS
CON LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA”**

RESPONSABLES DEL PROYECTO:

MTRA. SUSANA ROBLES MONTIJO
MTRA. DIANA MORENO RODRÍGUEZ
MTRO. EUGENIO DÍAZGONZÁLEZ Y ANAYA
MTRA. MA. DE LOURDES RODRÍGUEZ CAMPUZANO
LIC. BEATRIZ FRÍAS ARROYO
LIC. MARTHA RODRÍGUEZ CERVANTES
LIC. RODOLFO BARROSO VILLEGAS
DRA. ROCIO HERNÁNDEZ POZO
MTRA. PILAR CASTILLO NAVA

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN INTERDISCIPLINARIA EN CIENCIAS DE LA
SALUD Y LA EDUCACIÓN
PROYECTO DE PSICOLOGÍA Y SALUD SEXUAL

2002

Parte II. PRÁCTICAS SEXUALES

Instrucciones: Señala con una X en tu hoja de respuestas Parte II la opción que consideres se asemeje más a lo que haces o has hecho en relación con tu comportamiento sexual

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?

- (a) SI (b) NO

Si tu respuesta es NO, por favor pasa a la pregunta 44.

2. ¿A qué edad comenzaste a tenerlas?

3. ¿Actualmente tienes relaciones sexuales?

- (a) SI (b) NO

4. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en toda tu vida?

5. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido en los últimos tres meses?

6. ¿Cuántas veces en el último mes has tenido relaciones sexuales?

7. ¿Cuando tienes relaciones sexuales utilizas el condón?

- (a) SÍ (b) NO

Si tu respuesta es No, pasa a la pregunta 10.

8. ¿Cuántas veces en el último mes has utilizado el condón?

9. En tu última relación sexual ¿utilizaste condón?

- (a) SÍ (b) NO

10. ¿Cuando tienes una relación sexual tú propones a tu pareja sexual medidas preventivas del contagio del VIH/SIDA o alguna otra enfermedad de transmisión sexual?

- (a) SÍ (b) NO

11. ¿Con qué frecuencia al mes pides a tu pareja sexual estas medidas preventivas?

12. Señala con una X en tu hoja de respuestas, la frecuencia y las personas con las que tienes o has tenido relaciones sexuales:

	Siempre	Frecuente-mente	Ocasional-mente	Casi nunca	Nunca
a) mi pareja estable					
b) sexoservidores(as)					
c) amistades					
d) personas desconocidas					

Instrucciones: A continuación se presentan algunas preguntas relacionadas con lo que **has hecho y haces con relación a tu comportamiento sexual**. Estas preguntas tienen varias opciones de respuesta, las cuales están distribuidas en tres columnas (Columna 1, Columna 2 y Columna 3). Te pedimos que tus respuestas las anotes sólo en tu hoja de respuestas. Puedes marcar todas aquellas opciones que consideres que se asemejan más a lo que haces o has hecho en el pasado, procurando marcar por lo menos, una opción de cada columna. La idea es que tus respuestas representen de la manera más fiel tu comportamiento sexual. Te reiteramos que tus respuestas permanecerán anónimas y solamente serán usadas con fines estadísticos, por lo que te pedimos que contestes con la mayor seriedad y honestidad posibles. Gracias por tu amable cooperación.

13. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones sexuales con tu **pareja estable**?:

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 relaciones sexuales con mi pareja estable b) Empleo condón c) Aplazo el momento d) Propongo medidas de prevención e) Propongo sólo caricias 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

14. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones sexuales con **parejas eventuales**?:

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 tengo relaciones sexuales con parejas eventuales b) Empleo condón c) Aplazo el momento d) Propongo medidas de prevención e) Propongo sólo caricias f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) La pareja eventual me propone medidas de prevención d) Lo(a) complazco
--	--	--

15. ¿Qué haces o has hecho cuando has tenido relaciones sexuales con **amistades**?:

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 tengo relaciones sexuales con amistades b) Empleo condón c) Aplazo el momento d) Propongo medidas de prevención e) Propongo sólo caricias f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) Mi amigo(a) me propone medidas de prevención d) Complazco a mi amigo(a)
--	---	---

16. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones sexuales con **personas desconocidas**?:

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 tengo relaciones sexuales con personas desconocidas b) Empleo condón c) Aplazo el momento d) Propongo medidas de prevención e) Propongo sólo caricias f) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) El otro es quien me propone medidas de prevención d) Complazco a la persona con la que me relaciono

17. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones con **penetración vaginal**?:

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
--	--	---

18. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes **relaciones sexuales orales** ?:

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
--	--	---

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

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
--	--	---

20. ¿Qué haces o has hecho cuando practicas **masturbación con alguna pareja**?:

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

21. ¿Qué haces o has hecho cuando practicas **sexo en grupo**?:

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 la historia sexual de los demás c) Los demás proponen medidas de prevención d) Complazco a los que me proponen sexo en grupo
--	--	--

22. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes **relaciones sexuales ocasionales**, teniendo una pareja estable?:

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) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo su historia sexual c) La pareja ocasional me propone medidas de prevención d) Complazco a mi pareja ocasional.
--	---	--

23. ¿Qué haces o has hecho cuando estás en un **lugar propicio** para relacionarte sexualmente con alguien (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?

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) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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 su historia sexual c) El otro es quien me propone medidas de prevención d) Complazco a la persona con la que me relaciono.
--	--	--

24. ¿Qué haces o has hecho cuando estás en una situación en donde tus amigos(as) encuentran la oportunidad para relacionarse sexualmente (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo) y esperan que tú lo hagas también?:

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) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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 la que me relaciono c) El otro es quien me propone medidas de prevención d) Complazco a la persona con la que me relaciono

25. ¿Qué haces o has hecho cuando estás en una situación en donde **otras personas** (que no sean tus amigos) esperan que te relaciones sexualmente con (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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 malo	a) Nunca he estado en una situación semejante b) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón e) Propongo medidas de prevención f) Propongo solo caricias g) No tengo la relación h) Lo hago solo si es con mi pareja estable i) No empleo condón	a) Tomo la iniciativa b) Investigo la historia sexual del otro c) El otro es quien me propone medidas de prevención d) Complazco a la persona con quien me relaciono
---	--	---

26. ¿Qué haces o has hecho cuando una **persona muy atractiva** (que no es tu pareja) te da la oportunidad de relacionarte sexualmente (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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 su historia sexual c) El otro es quien me propone medidas de prevención d) Complazco a la persona con quien me relaciono
--	--	--

27. ¿Qué haces o has hecho cuando **estás muy excitado** y tienes la oportunidad de relacionarte sexualmente (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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

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

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) Compró 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
--	--	---

29. ¿Qué haces o has hecho cuando estás **alterado emocionalmente (contento, triste o nervioso)** y tienes la oportunidad de relacionarte sexualmente (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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 la que me relaciono
--	--	--

30. ¿Qué haces o has hecho cuando **te has enojado** con alguien de tu familia, o con tu novia y después se te presenta la oportunidad de relacionarte sexualmente (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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 la que me relaciono

31. ¿Qué haces o has hecho cuando **has bebido sólo un poco** y tienes la oportunidad de relacionarte sexualmente (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

a) No creo que sea correcto b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si desperdicio la oportunidad, quedo mal e) Creo que hay que aprovechar el momento f) No creo que pase nada	a) Nunca he estado en una situación semejante b) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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
--	--	---

32. ¿Qué haces o has hecho cuando **has bebido mucho** y tienes la oportunidad de relacionarte sexualmente (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

a) No creo que sea correcto b) Creo que es riesgoso c) Creo que puedo contraer una enfermedad d) Creo que si desperdicio la oportunidad, quedo mal e) Creo que hay que aprovechar el momento f) No creo que pase nada	a) Nunca he estado en una situación semejante b) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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
--	--	---

33. ¿Qué haces o has hecho cuando **has ingerido algún tipo de droga** y tienes la oportunidad de relacionarte sexualmente (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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 si desperdicio la oportunidad, quedo mal e) Creo que hay que aprovechar el momento f) No creo que pase nada	a) Nunca he estado en una situación semejante b) Compró condones c) Aplazo el momento d) Empleo condón 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

34. ¿Qué haces o has hecho **cuando tu pareja estable es quien inicia o insinúa un contacto sexual** (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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) Mi pareja propone medidas de prevención d) Me adapto a lo que mi pareja quiere
---	--	--

35. ¿Qué haces o has hecho cuando **un amigo es quien inicia o insinúa un contacto sexual** (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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 lo 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) Mi amigo(a) me propone medidas de prevención d) Me adapto a lo que mi amigo(a) quiera
---	--	---

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** (implica desde caricias, masturbación y/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

37. ¿Qué haces o has hecho cuando **alguien desconocido es quien inicia o insinúa un contacto sexual** (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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 me propone medidas de prevención d) Me adapto a lo que esta pareja quiere
---	--	---

38. ¿Qué haces o has hecho cuando **alguien desconocido, pero muy atractivo(a), es quien inicia o insinúa el contacto sexual** (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo)?:

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 lo 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 me propone medidas de prevención d) Me adapto a lo que esta pareja quiere
---	--	---

INSTRUCCIONES: En las siguientes preguntas puedes responder a más de una opción, según sea tu caso.

39. ¿Cuando rechazas o has rechazado una oferta sexual (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo), has recibido alguna burla, un comentario desagradable o alguna otra consecuencia negativa? ¿de parte de quién?:
- a) Nunca he recibido burlas, comentarios desagradables ni consecuencias negativas.
 - b) De mi pareja estable
 - c) De sexoservidores(as)
 - d) De amistades
 - e) De personas desconocidas
 - f) De familiares
 - g) Otras. ¿Quiénes?
40. ¿Cuando aplazas o has aplazado una oferta sexual (implica desde caricias, masturbación y/o penetración de cualquier tipo), has recibido alguna burla, un comentario desagradable o alguna otra consecuencia negativa? ¿de parte de quién?:
- a) Nunca he recibido burlas, comentarios desagradables ni consecuencias negativas
 - b) De mi pareja estable
 - c) De sexoservidores(as)
 - d) De amistades
 - e) De personas desconocidas
 - f) De familiares
 - g) Otras. ¿Quiénes?
41. ¿Cuándo propones o has propuesto un comportamiento sexual menos riesgoso, como caricias, has recibido alguna burla, un comentario desagradable o alguna otra consecuencia negativa? ¿de parte de quién?:
- a) Nunca he recibido burlas, comentarios desagradables ni consecuencias negativas
 - b) De mi pareja estable
 - c) De sexoservidores (as)
 - d) De amistades
 - e) De personas desconocidas
 - f) De familiares
 - g) Otras. ¿Quiénes?
42. ¿Cuándo propones o has propuesto el uso de alguna medida preventiva (como usar protección o condón) para relacionarte sexualmente, has recibido alguna burla, un comentario desagradable o alguna otra consecuencia negativa? ¿de parte de quién?:
- a) Nunca he recibido burlas, comentarios desagradables ni consecuencias negativas
 - b) De mi pareja estable
 - c) De sexoservidores (as)
 - d) De amistades
 - e) De personas desconocidas
 - f) De familiares
 - g) Otras. ¿Quiénes?

43. Enumera del 1 al 13, en orden de importancia, los factores que te dificultan o impiden utilizar el condón u otras medidas preventivas en el terreno sexual. Escribe el número 1 a lo que más te lo dificulte y así sucesivamente.
- a) Estar con mi pareja estable
 - b) Estar con una pareja eventual
 - c) Estar con sexoservidores (as)
 - d) Estar con una amistad
 - e) Estar con una persona desconocida
 - f) Estar presionado por mi pareja
 - g) Estar presionado por amistades
 - h) Estar presionado por otros. ¿Quiénes?
 - i) Estar en un lugar adecuado
 - j) Estar en una situación muy propicia
 - k) Estar muy excitado
 - l) Estar alterado emocionalmente
 - m) Haber bebido
 - n) Haber ingerido alguna droga
 - o) Otras. ¿Cuáles?

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

44. ¿Tienes novio o novia?
a) SI b) NO
45. ¿Si tuvieras la oportunidad de tener relaciones sexuales con él o ella utilizarías el condón?
a) SI b) NO
46. ¿Le exigirías a tu pareja usar condón?
a) SI b) NO
47. ¿Si tuvieras la oportunidad de tener relaciones sexuales con él o ella irías a la farmacia a comprar condones?
a) SI b) NO
48. ¿Si tuvieras la oportunidad de tener relaciones sexuales con él o ella tomarías tú la iniciativa?
a) SI b) NO
49. ¿Has platicado con tu novio o novia sobre el uso del condón?
a) SI b) NO
50. ¿Has platicado con tu novio o novia sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales?
a) SI b) NO
51. ¿Has platicado con tus papás (u otros adultos) sobre la importancia del uso del condón?
a) SI b) NO
52. ¿Has platicado con tus padres (u otros adultos) sobre la posibilidad de tener relaciones sexuales antes de casarte?
a) SI b) NO
53. ¿Para tener relaciones sexuales esperarías a casarte?
a) SI b) NO
54. ¿Crees que el uso del condón disminuye el placer sexual?
a) SI b) NO

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

HOJA DE RESPUESTAS

Lugar de Aplicación _____ Fecha De aplicación _____
Entrevistador _____

DATOS GENERALES

Marca con una X

Edad _____ Sexo: Masculino () Femenino ()

Estado Civil: Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Unión Libre () Otro ()

Ocupación: Profesionista () Técnico () Desempleado () Obrero () Estudiante ()
Comerciante () Otro _____

Nivel de ingresos mensuales: Menos de \$1,800 () entre \$1,801 y \$3,500 () entre \$3,501 y \$5,500 () más de \$5,501 ()

Máximo grado de estudios: Primaria () Secundaria () Preparatoria () Carrera Técnica ()
Licenciatura () Maestría () Doctorado ()

La fecha aproximada de mi diagnostico como persona que vive con VIH _____

Creo que me infecte por vía: Sexual () Sanguínea () Perinatal ()

Me considero una persona con preferencia sexual: Homosexual () Bisexual () Heterosexual ()

Vivo solo e independiente () Vivo con mi familia nuclear () Vivo con mi pareja ()

Como persona que vive con VIH recibes o has recibido algún tipo de apoyo o atención:

Psicológica () Médica () Dental () Nutricional () Espiritual () Terapia Física () Grupo de apoyo () Reiki () Masaje () No he recibido apoyo () Otra ()

Parte I. CONOCIMIENTOS GENERALES ACERCA DEL VIH-SIDA

- | | | | | | | | | | |
|------|----|----|----|----|------|----|----|----|----|
| 1.- | a) | b) | | | 15.- | a) | b) | c) | d) |
| 2.- | a) | b) | | | 16.- | a) | b) | | |
| 3.- | a) | b) | | | 17.- | a) | b) | | |
| 4.- | a) | b) | | | 18.- | a) | b) | | |
| 5.- | a) | b) | | | 19.- | a) | b) | | |
| 6.- | a) | b) | | | 20.- | a) | b) | | |
| 7.- | a) | b) | | | 21.- | a) | b) | | |
| 8.- | a) | b) | | | 22.- | a) | b) | | |
| 9.- | a) | b) | | | 23.- | a) | b) | | |
| 10.- | a) | b) | | | 24.- | a) | b) | | |
| 11.- | a) | b) | | | 25.- | a) | b) | | |
| 12.- | a) | b) | c) | d) | 26.- | a) | b) | | |
| 13.- | a) | b) | c) | d) | 27.- | a) | b) | | |
| 14.- | a) | b) | c) | d) | 28.- | a) | b) | | |
| | | | | | 29.- | a) | b) | | |

Parte II. PRÁCTICAS SEXUALES

1.- a) b)

7.- a) b)

2.- _____

8.- _____

3.- a) b)

9.- a) b)

4.- _____

10.- a) b)

5.- _____

11.- _____

6.- _____

12.-

	Siempre	Frecuentemente	Ocasionalmente	Casi nunca	Nunca
a) mi pareja estable					
b) sexoservidores (as)					
c) amistades					
d) personas desconocidas					

C1	C2	C3
13.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
14.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d))
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
15.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
16.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
17.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
18.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
19.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
20.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
21.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	

C1	C2	C3
22.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	

C1	C2	C3
23.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

C1	C2	C3
24.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

C1	C2	C3
25.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

C1	C2	C3
26.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

C1	C2	C3
27.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

C1	C2	C3
28.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

29.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

30.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

31.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
f)	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

32.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
f)	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

33.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
f)	f)	
	g)	
	h)	
	i)	

34.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
f)	f)	
g)	g)	

35.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
f)	f)	
g)	g)	

36.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
f)	f)	
g)	g)	

37.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
f)	f)	
g)	g)	

38.-		
a)	a)	a)
b)	b)	b)
c)	c)	c)
d)	d)	d)
e)	e)	
f)	f)	
g)	g)	

39.-		
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

40.-		
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

41.-		
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

42.-		
a)		
b)		
c)		
d)		
e)		
f)		
g)		

43.-		
a)	h)	
b)	i)	
c)	j)	
d)	k)	
e)	l)	
f)	m)	
g)	n)	
	o)	

- 44.- a) b)
- 45.- a) b)
- 46.- a) b)
- 47.- a) b)
- 48.- a) b)
- 49.- a) b)
- 50.- a) b)
- 51.- a) b)
- 52.- a) b)
- 53.- a) b)
- 54.- a) b)

GRACIAS POR TU COOPERACION