

Taller de Formación de Formadores: "Sexo Seguro". Aspectos teóricos y empíricos de los programas de prevención de la transmisión sexual del VIH dirigidos a drogodependientes.

Silvia Ubillos Landa.

Patricia Insúa Cerratani.

Dpto. de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco.

1.- INTRODUCCIÓN.

En el estado español, aproximadamente el 64.5% de las personas seropositivas son o han sido Consumidores de Drogas por Vía Parenteral (CDVP), habiéndose infectado por el VIH a través del uso de agujas o jeringuillas contaminadas. La segunda vía de transmisión más importante, en la población general, es la vía sexual: Homo/Bisexual (14.6%) y Heterosexual (8.8%). Además en un 2% de los casos la vía de transmisión del VIH han sido las prácticas homosexuales o el uso compartido de agujas (Registro Nacional de Casos de SIDA. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid, 1995).

La literatura ha confirmado en el caso de un alto porcentaje de CDVP la coexistencia de los dos comportamientos de mayor riesgo en relación a la infección por VIH: compartir jeringuillas infectadas y tener relaciones sexuales coitales sin preservativo. Además, está comprobado que el riesgo de transmisión maternofetal del VIH es preocupante (Arcand, 1990; Des Jarlais, Friedman & Stoneburner, 1988; Magura et al., 1989), y que una proporción importante de las mujeres CDVP está en edad de procrear siendo la contracepción raramente practicada. Por otra parte, la práctica de la prostitución es frecuente y la pareja estable es, en numerosas ocasiones, también toxicómano. Por el contrario, la mayoría de los hombres CDVP tiene una pareja estable que no consume drogas (Arcand, 1990; Des Jarlais, 1989; Des Jarlais et al., 1988).

Aunque los resultados son polémicos, algunos estudios han constatado una cierta disminución de las prácticas más arriesgadas respecto al consumo de drogas por vía parenteral (Chaisson et al, 1987; Kelly & St. Lawrence, 1989). Sin embargo, todas las investigaciones indican que esta tendencia a adoptar conductas preventivas no se da en el tema de las relaciones sexuales íntimas (Singh et al., 1993; Solomon et al., 1993), y de forma particular no se da con la pareja estable. Por tanto, los CDVP infectados pueden convertirse en un vector de diseminación de la infección a través de sus prácticas sexuales, a la población general (Kelly & St. Lawrence, 1989; Rhodes et al., 1994).

Los programas de prevención de la transmisión sexual del VIH dirigidos a la población general o a poblaciones más específicas como los jóvenes encuentran grandes dificultades para obtener cambios conductuales de cara a la prevención del Sida. En el caso de los CDVP esta situación se agrava por diversas razones: escaso acceso al sistema educativo y sanitario; la mayoría de las campañas enfatizan más el riesgo de transmisión por vía parenteral que por vía sexual; un

estilo de vida muy asociado al riesgo, etc.

Como han indicado algunos autores (Fineberg, 1988; Norman, 1986), hoy por hoy la educación es considerada la "primera línea de defensa" contra la extensión de esta enfermedad. Por ello, los Talleres de "Sexo Seguro" son la mejor manera de incidir en el cambio de creencias, actitudes y conductas sexuales de riesgo respecto al Sida.

Por otra parte, sabemos que, en nuestro país, la implementación de este tipo de talleres se ve limitada fundamentalmente por dos razones: La dificultad de acceso al colectivo de drogodependientes, hecho que repercute en la fase de captación previa a la realización del taller y la falta de formación específica, por parte de los profesionales y paraprofesionales que trabajan con este colectivo, en las distintas estrategias más adecuadas de cara a la prevención.

Teniendo en cuenta esta realidad, en los últimos años se han comenzado a impartir Talleres de Formación en "Sexo Seguro" dirigidos a profesionales y paraprofesionales que están en contacto con el colectivo de drogodependientes, para entrenarles en las habilidades y conocimientos necesarios para diseñar, implementar y evaluar este tipo de programas de prevención.

Los objetivos generales de estos Talleres son:

- 1). Aportar líneas generales de actuación para la prevención sexual del Sida en el colectivo de drogodependientes.
- 2) Proporcionar recursos teóricos y técnicos para diseñar e implementar programas de prevención con dichos colectivos, dirigidos al cambio de creencias, actitudes y comportamientos sexuales de riesgo para la transmisión del VIH.

La consecución de estos objetivos generales implica los siguientes objetivos específicos:

- A). Suministrar información sobre los modelos teóricos que tratan de predecir la conducta sexual de los sujetos.
- B). Diseñar programas en base a modelos teóricos que tienen en cuenta la variables que se reconocen asociadas a las conductas sexuales de riesgo (CONTENIDOS).
- C). Dar a conocer las técnicas participativas más apropiadas para la obtención de cambios actitudinales, normativos y conductuales de cara a la prevención (METODOLOGÍA).
- D). Proveer pautas generales de evaluación de los programas de prevención de la transmisión sexual del VIH en el colectivo de drogodependientes (EVALUACIÓN).

En este capítulo describiremos las variables que los Talleres de "Sexo Seguro" dirigidos al colectivo de CDVP deben abordar, los recursos pedagógicos más adecuados y los procesos evaluativos que deberían tenerse en cuenta a la hora de implementar dichos programas de prevención.

2.- MODELOS TEÓRICOS SOCIOCOGNITIVOS: Contenidos.

Muchos programas de educación sexual han abordado un amplio número de temas sexuales y no se han focalizado en la reducción de las relaciones sexuales coitales desprotegidas. Sin embargo, desde mediados de los años 80, cuando los países occidentales comienzan a preocuparse por la expansión del Sida y de la infección por el VIH, se ponen en marcha investigaciones sobre los programas de educación para el Sida que reducen los comportamientos que pueden aumentar el riesgo de la transmisión del VIH.

Aunque los cientos de currículums que han sido desarrollados contienen actividades o elementos que reflejan una amplia variedad de aproximaciones, estos programas pueden ser agrupados básicamente en cinco generaciones (Kirby, 1992):

- 1). Programas centrados en el aumento del conocimiento, información sobre el riesgo y consecuencias del embarazo.
- 2). Programas centrados en la clarificación de valores y habilidades, especialmente en toma de decisión y habilidades de comunicación.
- 3). Programas centrados en la abstinencia sexual.
- 4). Programas antisida orientados a reducir mitos, miedos innecesarios asociados a la enfermedad, actitudes negativas ante afectados por el Sida, retrasar el inicio sexual y fomentar el sexo seguro, es decir la utilización del preservativo en todas las relaciones coitales o la adopción de prácticas sin riesgo que no incluyan el coito.
- 5). Programas basados en el modelo de creencias de salud, el aprendizaje social y la influencia social.

La revisión empírica de estas cinco generaciones aporta evidencia de que los programas antisida y sociocognitivos son los que producen un mayor impacto conductual. Además no debemos olvidar que la mera adquisición de conocimientos es necesaria pero no suficiente para prevenir todo tipo de problemáticas relacionadas con la sexualidad.

Por tanto, los actuales programas de prevención de la transmisión sexual del VIH se diseñan en base a una serie de Modelos Teóricos Sociocognitivos, que dan cuenta de una serie de factores asociados a la adopción de conductas de riesgo: el Modelo de Creencias de Salud de Becker (Becker et al., 1974); el Modelo de la Acción Razonada y Planeada de Fishbein y Ajzen (Ajzen & Fishbein, 1977, 1980; Ajzen & Madden, 1986; Shifter & Ajzen, 1985); el Modelo de Bentler y Speckart (1981); el Modelo Extendido de Triandis (1980), y el Modelo Precede (Green, 1974). Así mismo, estos programas tienen en cuenta las aportaciones de la Teoría de la Autoeficacia de Bandura (1977) y de la Teoría de Byrne (Byrne, 1983; Fisher, 1988).

El Modelo de Creencias de Salud (HBM) (Becker et al., 1974) plantea una aproximación racional-económica, de costes/beneficios en relación a la conducta de salud o preventiva.

Además de las creencias negativas o costes de la acción u objeto y de las creencias positivas o beneficios de la acción, se agregan otras dos variables. La susceptibilidad o riesgo personal percibido y la percepción de gravedad de esa enfermedad. A veces la saliencia de la información se tiene en cuenta. El HBM afirma que la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento de salud depende de la percepción de los beneficios de la acción y de las amenazas de la enfermedad. La amenaza está en función de la susceptibilidad y la gravedad percibidas. El beneficio está determinado por la estimulación de los beneficios potenciales del comportamiento de salud para reducir la amenaza, frente a los costes percibidos de esa acción.

El Modelo de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (Ajzen & Fishbein, 1977, 1980) postula que la conducta de las personas está en función de sus actitudes y de la norma subjetiva. La actitud se define por la suma de creencias sobre un objeto o conducta, por ejemplo las creencias sobre el uso del preservativo. Estas creencias se evalúan tanto en relación a la certeza o expectativa, como en relación a la valoración de éstas. La norma subjetiva se refiere a la evaluación de las opiniones de los otros "significativos" (padres, pareja, amigos, etc.) y la importancia que éstas tienen para la persona. El modelo afirma que las actitudes y la norma determinan la intención de conducta y que ésta a su vez determina la conducta real. Recientemente, su revisión ha dado lugar al Modelo de la Acción Planeada (Ajzen & Madden, 1986; Shifter & Ajzen, 1985), en el que se ha introducido la variable de control percibido. Éste es un término similar al de autoeficacia (Bandura, 1977).

La autoeficacia es un concepto que viene de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y se refiere a la percepción del sujeto de la propia competencia en determinadas situaciones. Hay que distinguir este concepto del de autoestima (resultado de una evaluación global del sujeto respecto de sí mismo); la autoeficacia hace referencia a la solución de situaciones específicas. Así la autoestima sería global y la autoeficacia específica. De hecho, una persona puede tener una autoestima alta y una autoeficacia baja y viceversa. La autoeficacia se relaciona con la idea que tiene el sujeto de cómo salir exitoso de la situación problemática. Se trata de saber cómo percibe la persona su autoeficacia en situaciones de alto riesgo.

Bentler y Speckart (1979, 1981) modificaron el modelo de Fishbein y Ajzen (1980) en dos puntos fundamentalmente: por una parte, postulan que la conducta previa afecta tanto a las actuales intenciones conductuales como a la conducta futura; y por otra, que las actitudes pueden influir directamente en la conducta además de influirla indirectamente a través de las intenciones conductuales. Se plantea que la inclusión de la experiencia anterior en un modelo causal de ecuaciones estructurales aumenta su capacidad explicativa.

El Modelo Extendido de Triandis (1980) introduce además de la conducta anterior, el riesgo percibido y el miedo ante la enfermedad. Ambas variables son muy parecidas a la susceptibilidad y gravedad percibidas del Modelo de Creencias de Salud. En relación a la conducta anterior, algunos autores afirman que esta experiencia incrementaría el poder predictivo de los modelos planteados (Budd & Spencer, 1985; Davidson et al., 1985). Por otro lado, este modelo agrega una serie de condiciones facilitadoras, como son, el control percibido ("siento que controlo si puedo o no usar el preservativo durante mis relaciones sexuales"), la autoeficacia ("me siento competente para usar el preservativo") y el conocimiento percibido ("siento que estoy informado sobre los medios para reducir el riesgo de coger Sida"). Este modelo también incluye preguntas sobre el sentido personal de

responsabilidad moral ante la conducta, creencias de rol ("creo que el uso del preservativo es adecuado para un/a joven adulto o adolescente"), y por último, incluye medidas directas de afectividad o de actitud hacia la conducta (Boyd & Wandersman, 1991).

El Modelo de Green (1974), conocido como Precede, tiene en cuenta como factores predisponentes a los factores cognitivos (información, actitudes, creencias y valores); también introduce una serie de factores facilitadores (habilidades, accesibilidad a los recursos, etc.) y una serie de factores reforzantes como son las conductas de personas relevantes para el sujeto respecto a los comportamientos de prevención y riesgo (Bimbela & Gómez, 1994).

La teoría de Byrne (1983) se centra fundamentalmente en aspectos emocionales de la personalidad para explicar el comportamiento contraceptivo, en particular en una dimensión que él denomina erotofobia-erotofilia. Según este autor existen cinco pasos para que una persona asuma un comportamiento contraceptivo eficaz:

- 1). La persona debe adquirir y recordar la información sobre contracepción.
- 2). La persona debe reconocer que se puede involucrar en una relación sexual coital.
- 3). La persona debe obtener los contraceptivos.
- 4). La persona debe comunicarse con su pareja sobre la contracepción.
- 5). La persona debe utilizar el método preventivo.

En el análisis de Byrne, un número importante de variables psicológicas puede intervenir en alguno de estos cinco pasos, haciendo que la persona tenga más o menos probabilidades de usar contraceptivos de forma eficaz. Estos factores incluyen actitudes y emociones, información, expectativas y fantasías. Con respecto a las actitudes y emociones, como ya hemos mencionado, la dimensión investigada por Byrne es la erotofobia-erotofilia.

Según todos estos Modelos y Teorías, las personas deberían poseer los siguientes conocimientos, creencias, actitudes y habilidades para la adopción de conductas preventivas:

- 1.- Información sobre Sexualidad, Prevención, Sida y la infección por el VIH:

Aunque la persona debe adquirir y recordar esta información, la mera adquisición de conocimientos no es suficiente para adoptar conductas preventivas (Kelly & St. Lawrence, 1989).

- 2.- Erotofobia-Erotofilia:

La erotofobia se refiere al sentimiento o actitud negativa ante todas las cuestiones explícita o implícitamente sexuales, mientras que la erotofilia se refiere al sentimiento o actitud positiva ante todo lo explícita o implícitamente sexual. Las personas erotofílicas tienen más probabilidades de anticipar la conducta sexual, comunicarse adecuadamente con su pareja, acceder a los servicios asistenciales y

utilizar de forma eficaz los métodos preventivos.

3.- Anticipación y Planificación de la Conducta Sexual:

La persona debe ser consciente de que tiene probabilidades de mantener una relación sexual coital a corto, medio o largo plazo. Prepararse para la prevención sólo tiene sentido si uno tiene alguna expectativa de tener una relación coital.

4.- Percepción de Susceptibilidad o Riesgo Percibido:

Las personas subestiman la probabilidad de que les afecten los hechos negativos, incluyendo todo tipo de enfermedades (Rodin & Salovey, 1989). Comúnmente, las personas consideran que tienen bajo riesgo de que les ocurra un hecho negativo y más bajo que el atribuido a una persona "media" (Hansen, Hahn & Wolkenstein, 1990).

5.- Percepción de Gravedad de la Enfermedad:

Las personas deben percibir las graves repercusiones que supone contraer una enfermedad como el Sida. Si no perciben las consecuencias derivadas de un riesgo de este tipo, no se plantearán la prevención. Además deben tener en cuenta que las consecuencias más inmediatas de la conducta sexual son la satisfacción y gratificación sexual, la obtención de placer y del orgasmo, mientras que las consecuencias negativas, como contraer el Sida, se dan a medio o largo plazo (Bayés, 1992), lo que va a constituir una dificultad de cara al cambio comportamental.

6.- Control Percibido de las Relaciones Íntimas:

El control percibido se refiere a la percepción de los obstáculos internos (falta de habilidades de comunicación y relación) y externos o situacionales (accesibilidad, falta de colaboración de otros). Por tanto, para que una persona sea capaz de realizar conductas preventivas debería percibir pocos obstáculos internos y externos.

7.- Autoeficacia, Asertividad y Habilidades de Comunicación:

Las personas que disponen de habilidades y competencias para comunicarse y negociar con sus parejas temas relacionados con la sexualidad y la prevención tienen más probabilidades de prevenir.

8.- Costes y Beneficios del Uso de los Métodos Preventivos:

Las personas que consideran que el adoptar una determinada medida preventiva supone más beneficios que costes, tienen más probabilidades de prevenirse. Por tanto, para que una persona adopte una medida preventiva debería percibir que su uso supondría un beneficio porque reduciría su riesgo hacia el Sida, y que no implicaría importantes costes (dolor, engorro, incomodidad, etc.) (Rosenstock, 1974). Existe normalmente una combinación de beneficios y costes para que una persona pueda

hacer frente de forma responsable a sus experiencias sexuales. Algunas veces los costes o dificultades psicológicas son muy superiores a los beneficios inmediatos que obtiene la persona.

9.- Actitudes hacia los Métodos Preventivos:

En general, existen ciertas actitudes o sentimientos negativos hacia las medidas preventivas que impiden la adopción de conductas preventivas eficaces (Ubillos, 1995).

10.- Normas del Grupo de Pares hacia los Métodos Preventivos:

El entorno social, como es la pareja o los amigos ejercen una presión muy importante de cara a la prevención. Las personas que tienen un entorno social favorable a las conductas preventivas y que, además, dan una gran importancia a la opinión de estas personas, tienen altas probabilidades de recurrir a la prevención.

11.- Accesibilidad a los Servicios y Recursos Asistenciales:

Distintos estudios han llamado la atención sobre la dificultad que tienen algunos colectivos (CDVP, jóvenes, prostitutas, etc.) en acceder a los servicios y recursos asistenciales. Así mismo se ha confirmado que las personas que están en contacto con este tipo de servicios, tiene más probabilidades de prevenir (Baker et al., 1995).

12.- Comportamiento:

La persona debe utilizar el método preventivo elegido y adquirido. La falta de experiencia en la utilización de métodos preventivos puede dificultar su utilización (Kelly & Lawrence, 1989).

Por tanto, los programas de prevención de la transmisión sexual del VIH (ya sea con el colectivo de drogodependientes o con cualquier otro colectivo) debería abordar (con las especificidades propias del grupo al cual el programa va dirigido) las variables que se reconocen como intervinientes en la adopción de conductas de riesgo (Ubillos e Insúa, 1994; Ubillos, 1995a):

1.- Informar sobre Sexualidad y Prevención.

2.- Potenciar las actitudes erotofílicas hacia los temas sexuales.

3.- Anticipar y planificar la relación sexual.

4.- Fomentar la percepción de riesgo personal hacia el Sida.

5.- Disminuir la ilusión de invulnerabilidad que tienen las personas ante la ocurrencia de hechos negativos.

6.- Analizar las graves consecuencias derivadas del Sida.

- 7.- Percibir de forma realista el grado de control sobre las situaciones de intimidad sexual.
- 8.- Disminuir la ilusoria percepción de control que los sujetos tienen en relación a las relaciones sexuales íntimas.
- 9.- Dotar de habilidades de relación o autoeficacia para resolver adecuadamente las situaciones de intimidad sexual.
- 10.- Percibir más beneficios que costes en relación a las medidas preventivas.
- 11.- Potenciar una visión realista de los costes y beneficios de la conducta preventiva.
- 12.- Percibir la conducta preventiva como eficaz y realizable.
- 13.- Posibilitar un entorno social favorable a la realización de conductas preventivas y potenciar la valorización de la opinión de estas personas.
- 14.- Facilitar el acceso a los recursos asistenciales.
- 15.- Ensayar las conductas preventivas necesarias.

3.- VALIDACIÓN EMPÍRICA DE LAS VARIABLES SOCIO-COGNITIVAS.

Una cuestión importante, es saber cómo funcionan estas variables teóricas, cómo se relacionan entre sí, y cuál tiene mayor o menor peso a la hora de predecir la conducta-objetivo.

Empíricamente, se ha comprobado que en general, el riesgo percibido de adquirir la enfermedad está más fuertemente asociado a las conductas preventivas, que la gravedad percibida de la enfermedad (Stone, 1982). Además, en el caso de los individuos sin síntomas, se ha encontrado que niveles bajos de gravedad percibida de la enfermedad no son suficientes para motivar la conducta, mientras que niveles de gravedad y miedo muy altos son inhibidores (Stone, 1982). La gravedad percibida del Sida, en general, es homogéneamente alta. En una muestra local esta enfermedad fue evaluada tan grave como el cáncer y era percibida como la segunda enfermedad más grave (Páez et al., 1991). La baja variabilidad de la gravedad percibida del Sida hacen que esta variable tenga baja capacidad explicativa y predictiva (Fisher & Fisher, 1992).

Según las revisiones narrativas de Fisher y Fisher (1992) y Maticka-Tyndale (1991), el riesgo percibido ante el Sida se ha asociado, positivamente, a conductas preventivas en siete investigaciones mientras que en otras siete no se ha encontrado asociado. En este mismo sentido, las encuestas KAPB y ACSF en Francia confirman que se está progresando en la utilización del preservativo, principalmente en los grupos más expuestos al riesgo de transmisión sexual del VIH (Spira y Bajos, 1993).

Por otro lado, en general las personas se consideran de bajo riesgo ante el Sida, y es más, se consideran de menos riesgo que una persona normal (Hansen, Hahn y Wolkenstein, 1990). Este fenómeno, bastante común y denominado "primus inter pares", se refiere al hecho de que hay una tendencia en las personas a declararse superior a sus pares en atributos deseables socialmente. También se ha observado que la gente subestima la probabilidad de que le afecten hechos negativos, incluyendo todo tipo de enfermedades (Rodin & Salovey, 1989).

Además se ha encontrado que no hay una relación simple y positiva entre informar a los sujetos de una amenaza sanitaria o riesgo y conducta preventiva, así como tampoco la hay entre nivel de conocimiento de la amenaza sanitaria y conducta preventiva (Stone, 1982). Por su parte, la investigación en sociología médica ha mostrado que no hay relación, o si la hay es negativa, entre la gravedad de la enfermedad evaluada por los médicos y el cumplimiento del tratamiento (Coe, 1979).

En cuanto a los beneficios y costes percibidos asociados al uso de contraceptivos, se han relacionado de forma inconsistente con la conducta preventiva. Loewenstein y Furstenberg (1991) mencionan tres investigaciones que encontraron asociaciones positivas y tres que hallaron asociaciones negativas o neutras. La conducta preventiva del Sida se ha encontrado asociada a los costes y beneficios percibidos, de forma coherente en ocho investigaciones y con resultados negativos en dos (Fisher & Fisher, 1992). Asimismo, se ha encontrado asociada a la saliencia de indicadores como, "tener un amigo con Sida" en cinco investigaciones de forma positiva y en dos de forma negativa (Fisher & Fisher, 1992; Maticka-Tyndale, 1991).

En relación al uso de preservativos, varias investigaciones han mostrado que el componente de norma subjetiva es más importante que la actitud para predecir la conducta de prevención o de riesgo ante el Sida, aunque los resultados son inconsistentes (Hansen, Hahn y Wolkenstein, 1990; Fisher y Fisher, 1992). Fishbein (1990) demostró que la cultura y el sexo influían en el peso predictor de la norma subjetiva y las actitudes. En países colectivistas como México la actitud hacia la conducta pesaba más que la norma, a la inversa de lo que sucedía en países más individualistas como U.S.A. Asimismo, en México se encontró que en los varones el uso del preservativo estaba más asociado a la actitud que a la norma, mientras que en el caso de las mujeres la norma subjetiva influenciaba la conducta tanto como la actitud (Fishbein, 1990).

Basen-Engquist y Parcel (1992) encontraron que la autoeficacia contribuía de forma específica a la predicción de las intenciones y de las conductas sexuales, para la frecuencia de uso del preservativo.

Es importante señalar, en relación con esta variable, que existe una tendencia entre las personas, denominada ilusión de control que consiste en tener una visión optimista de la capacidad de controlar la realidad. En particular, se ha encontrado que las personas que han tenido relaciones sexuales sin utilizar contraceptivos tendían a creer que ellas eran menos vulnerables al embarazo por azar (Burger & Burns, 1988). Desde este punto de vista, la percepción de control se muestra sesgada positivamente y puede tener una relación compleja con la conducta preventiva.

Además, no debemos olvidar que las personas adoptan conductas alternativas de prevención, irreales, pero muy extendidas. Una de ellas es el salir con gente "aparentemente" no infectadas

por el VIH. Esta prevención se basa fundamentalmente en dos mecanismos:

- a). Se cree que se puede detectar a las personas afectadas por un aspecto físico prototípico desaliñado y deteriorado, muy cercano al estereotipo compartido socialmente del desviante/drogadicto (Hammond, 1993; Insúa, 1995).
- b). Se cree que si se conoce a la gente paulatinamente y mediante amigos, se trata de gente sin riesgo y en la que se puede "confiar" (Fisher & Fisher, 1992; Maticka-Tyndale, 1991, Páez et al., 1991).

Por otro lado, actualmente se acepta el papel de la experiencia anterior como predictor de la conducta (Fredricks y Dossett, 1983; Chaiken y Stangor, 1987; Tesser y Shaffer, 1990).

A pesar de que algunos de los resultados sobre los distintos aspectos o variables de los modelos descritos en el apartado anterior se presentan de forma polémica, en general, podemos afirmar que:

- 1). La información y el conocimiento sobre sexualidad, riesgos sexuales y medios de prevención no implica necesariamente un cambio en la conducta sexual de riesgo.
- 2). La gravedad percibida de la enfermedad tiene baja capacidad para explicar y predecir la conducta preventiva.
- 3). El riesgo percibido aunque está asociado a la adopción de medidas de prevención, su relación con esta conducta no es consistente y directa.
- 4). La ilusión de invulnerabilidad es una creencia normal y común en las personas (fenómeno "primus inter pares"). Por tanto las creencias deberán modificarse en un sentido realista, disminuyendo esta ilusión.
- 5). Los costes y beneficios percibidos se asocian de forma inconsistente a la conducta preventiva.
- 6). La norma suele ser más importante que la actitud de cara a la adopción de conductas sexuales preventivas.
- 7). En comunidades colectivistas la norma subjetiva tiene más peso predictor que las actitudes, mientras que en las comunidades individualistas son las actitudes las que más se asocian a la conducta de prevención.
- 8). Los hombres están más influenciados por sus propias actitudes hacia las medidas preventivas, mientras que en el caso de las mujeres tanto la norma subjetiva como las actitudes están asociadas a la adopción de conductas de prevención.
- 9). La norma subjetiva y la actitud se asocian más a la conducta preventiva que el riesgo percibido y que los costes y beneficios.

- 10). El control percibido y la autoeficacia se han mostrado como importantes variables predictoras de cara a la adopción de conductas de prevención, aunque también la norma personal.
- 11). Un porcentaje alto de la población muestra una tendencia denominada ilusión de control. Por tanto, habría que incidir en esta percepción ilusoria de la capacidad de controlar situaciones de intimidación sexual.
- 12). Muchas personas adoptan conductas alternativas de prevención que son irreales, particularmente, la selección de parejas en función del prototipo implícito de sujeto de riesgo.
- 13). La experiencia en el uso del preservativo parece ser un determinante importante de la conducta de prevención.

Además de analizar cómo funcionan cada uno de estos aspectos en la población de drogodependientes diana, los programas de prevención deberían incidir en los aspectos que se han mostrado más fuertemente asociados a la adopción de conductas preventivas.

4.- METODOLOGÍA Y RECURSOS PEDAGÓGICOS.

La experiencia e investigación en Técnicas Pedagógicas indican que la utilización exclusiva del método magistral es insuficiente para procurar los cambios necesarios dirigidos a la adopción de conductas preventivas. Por ello, los profesionales y paraprofesionales que diseñan e implementan programas de prevención deben conocer y aplicar las técnicas grupales que han mostrado su efectividad en el cambio de actitudes y en menor medida en los comportamientos. Algunas de las técnicas más operativas son las siguientes (Colectivo Harimaguada, 1988; Lucas, 1994; Ubillos, 1995b):

1). Método Magistral "Semiactivo":

El monitor utiliza como vía de transmisión de la información la palabra, pero apoyada por recursos materiales y combinándola con las intervenciones de los participantes, a través de actividades en grupo, trabajos prácticos, etc.

2). Subgrupos. Phillips 66:

Es una técnica de trabajo pedagógico que se utiliza para fomentar la comunicación y participación de las personas que intervienen en un grupo de trabajo. Esta técnica ha servido para favorecer la operatividad en grupos grandes y/o conflictivos, facilitar la participación, fomentar la comunicación entre los miembros del grupo y ayudar a romper con ciertas estructuras rígidas informales.

3). Brainstorming (Lluvia o Tormenta de Ideas):

Es un método de trabajo que se ha utilizado para aportar el mayor número de

ideas en relación a un tema o a un problema, a partir de grupos de trabajo, cuyos participantes debían estar liberados de los prejuicios sobre la expresión de sus ideas.

4). **Discusión Dirigida:**

Consiste en la profundización de temas, a través de preguntas que el monitor dirige al grupo y que dan lugar a la discusión de las distintas actitudes, creencias y valores, sin prejuicios, con honestidad, claridad, corrección y libertad crítica. Con esta técnica se trata de lograr una serie de objetivos tales como: despertar el interés de los participantes, estimular su capacidad de razonamiento, fomentar la aptitud de expresar ideas con claridad y exactitud, conocer y analizar las distintas opiniones y actitudes, respetar las opiniones diferentes y saber defender las propias, llegar a algún tipo de acuerdo y extraer una serie de conclusiones.

5). **Barómetro de Valores:**

Con esta técnica los participantes han de definirse ante una proposición dada, que conlleva un juicio de valor. Las posturas deben ser "a favor" o "en contra", excluyéndose la neutralidad.

6). **Confrontación Cara a Cara (Hombres-Mujeres):**

Consiste en el estudio de los problemas que existen a la hora de relacionarse los dos sexos y en la búsqueda de posibles soluciones. Esta técnica se ha utilizado para fomentar la comunicación, comprensión y respeto entre los sexos.

7). **Estudio de las Consecuencias de una Conducta:**

Este método ha permitido analizar las consecuencias derivadas de una conducta, tanto de forma inmediata como a largo plazo.

8). **Método del Caso:**

Permite conocer mejor los elementos que deben tenerse en cuenta al realizar el análisis de una situación y las líneas a seguir para tomar una decisión. En esta línea se desarrolla el conocimiento, comprensión, simplificación y objetividad de la situación.

9). **Modelaje:**

Este método consiste en la escenificación por parte de la monitora de determinadas escenas, con el fin de aprender ciertas actitudes y normas de comportamiento encaminadas a la prevención de situaciones de riesgo.

10). **Role-Playing:**

Este método consiste en la representación de escenas de la vida real, de cara a aprender ciertas actitudes y normas de comportamiento encaminadas a la prevención

de situaciones de riesgo. Se utiliza para desarrollar formas del saber hacer, habilidades de comunicación sobre todo a nivel de relación con otras personas, y para analizar las creencias, actitudes y comportamientos que tienen las personas ante determinadas situaciones de la vida.

5.- CRITERIOS DE EVALUACIÓN.

Como ha sido definido por Ato et al. (1989) "la evaluación de programas es un proceso que consiste en valorar si un programa consiguió o no alcanzar los objetivos para cuya consecución fue ideado". Además es importante conocer los procesos mediante los cuales se consiguieron los objetivos.

Este proceso de evaluación conlleva siete actividades básicas (Ubillos, 1995b):

1.- Identificar los objetivos del Programa:

En general, los objetivos deben ser formulados utilizando verbos que describen un comportamiento observable, medible o cuantificable. Por ejemplo, disminuir las conductas sexuales de riesgo entre los CDVP que participan en el programa de prevención.

2.- Transformar los objetivos en variables observables:

El objetivo planteado debe ser observable y medible para poder transformarlo en variables observables y medibles. Por ejemplo, porcentaje de estos CDVP que mantienen relaciones sexuales coitales sin protección.

3.- Identificar los procesos mediadores:

Estos procesos se refieren tanto a los aspectos psicosociales abordados en el programa de prevención (ver modelos teóricos sociocognitivos: contenidos), como a aspectos del propio programa que pueden haber influido en su aplicación (implementación, recursos humanos, etc.). Por ejemplo, la adquisición de habilidades de comunicación, el incremento en la percepción de riesgo personal (aspectos psicosociales) o el grado de satisfacción con el programa (aspectos del propio programa).

4.- Recoger datos empíricos relativos a las variables:

La selección de las técnicas más adecuadas para obtener datos sobre los objetivos planteados es un paso fundamental de la evaluación. Las técnicas más comunes son: cuestionario, entrevista individual, grupo de discusión, observación, etc.

5.- Evaluar el impacto del programa:

Se refiere al grado en que las conductas-objetivos han cambiado. Para poder conocer si el programa ha producido cambios, es necesario recoger datos sobre los CDVP, en relación a estas conductas-objetivo, antes y después del programa (pre-test y post-test). Además sería aconsejable, aunque no siempre es posible, disponer de los mismos datos de un grupo de CDVP que no haya recibido el programa (grupo control). Por último, para conocer si el efecto del programa se mantiene a largo plazo o por el contrario disminuye o desaparece, se recomienda hacer un seguimiento de los sujetos, por ejemplo a tres y/o seis meses después de haber finalizado el programa.

6.- Evaluar cómo se realizó el programa:

La evaluación del proceso o realización se orienta a examinar en qué medida el programa se ha llevado a cabo satisfactoriamente y cuáles son los aspectos que requieren mejora o se pueden mantener sin cambios. Para ello es necesario diseñar un cuestionario donde se pregunte sobre el contenido del programa (utilidad, importancia, comprensión); sobre la metodología (grado de adecuación al tema); sobre la actuación del grupo (interés, participación, implicación); sobre la actuación de los profesionales; duración de cada sesión, y del programa.

7.- Evaluar si los procesos mediadores que explican el impacto han actuado:

Esta evaluación se refiere a si los cambios en las conductas-objetivo se asocian con las variables explicativas. Es decir, si los sujetos que han aumentado su actividad sexual planificada y protegida, han mejorado de actitud hacia la sexualidad y los métodos preventivos, han disminuido la percepción de los costes del uso del preservativo y aumentado la percepción de los beneficios de éstos, etc. (ver modelos teóricos sociocognitivos). Puede ser que los cambios en la conducta-objetivo se den sin que los procesos explicativos funcionen. Esto es importante porque nos permite evaluar la base que orienta la educación y evaluar qué variables mediadoras son las que nos posibilitan una mejora de la conducta.

Además de las técnicas de evaluación mencionadas, el equipo perteneciente al Departamento de Psicología Social y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad del País Vasco ha diseñado varias escalas que han sido aplicadas en diversas investigaciones sobre Prevención de Sida y Drogodependencias (Insúa, Ubillos, Romo et al., 1992) y sobre Sexualidad y Prevención (Ubillos, 1995b).

6.- CONCLUSIONES.

Hemos señalado cuáles son los modelos teóricos que subyacen a los distintos programas de educación sanitaria que se están implementando actualmente, así como cuáles son los contenidos que deben ser tenidos en cuenta en cualquier programa de prevención de Sida (ya sea con drogodependientes o con cualquier otro colectivo específico). También hemos señalado cuál es la metodología que se ha mostrado más eficaz a la hora de acercarse a la consecución de los objetivos propuestos en los distintos programas, y hemos hecho hincapié en la importancia de la evaluación de cara a ir perfeccionándolos.

A pesar de los resultados contradictorios obtenidos con los Modelos presentados en el presente artículo, las campañas de educación sanitaria, en general y en particular las del Sida, siguen la lógica racionalista de estos modelos: se insiste en que el Sida afecta a todos; en que es una enfermedad grave y se asegura que se puede prevenir fácilmente. Se incide sobre los beneficios o creencias positivas sobre el preservativo y se cuestionan sus costes o creencias negativas.

Sin embargo, parece quedar clara la necesidad de trabajar sobre otras variables (a veces no directamente observables) que tienen un peso importante en la adopción y/o cambio de determinados comportamientos. Estas variables son, entre otras: creencias, valores, emociones, representaciones sociales, habilidades, etc.

No podemos olvidar que la distribución de estas variables no es homogénea en los distintos grupos sociales, sino que está en función de factores de carácter social, ideológico, etc.

Así, pensamos que en primer lugar hay que conocer cuáles son y cómo funcionan las creencias, las actitudes, las representaciones sociales, las normas, etc. en la población de drogodependientes con la que se vaya a trabajar y en función de esa línea base, adecuar los contenidos del programa de prevención siendo imprescindible el incidir sobre las habilidades y los comportamientos específicos que queremos modificar. De hecho, distintos estudios demuestran que estas dos variables son las que más van a incidir en el cambio de los comportamientos.

Debemos tener en cuenta que no funcionan igual los sujetos drogodependientes en planes de mantenimiento con naltrexona, en planes de mantenimiento con metadona, en programas libres de drogas o aquéllos que no están en tratamiento por su adicción pero que quieren participar en un taller de prevención de Sida.

Creemos que un taller de formación de formadores debe tener en cuenta todos los aspectos teóricos y empíricos señalados y trabajar sobre ellos, posibilitando a los distintos profesionales la puesta en marcha de programas eficaces de prevención de la transmisión del VIH.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1.- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1977). Attitude and Behavior relations: A theoretical analysis and review of empirical research. *Psychological Bulletin*, 84, 888-918.
- 2.- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- 3.- Ajzen, I. & Madden, T.J. (1986). Prediction of goal-directed behavior: The role of intention, perceived control, and prior behavior. *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 305-328.
- 4.- Arcand, L. (1990). La transmission du VIH chez les toxicomanes: état de la situation sur le territoire du DSC Maisonneuve-Rosemont. Document Interne, DSC-HMR.
- 5.- Ato, M. Quiñones, E., Romero, A., Rabadán, R. (1989). Evaluación de Programas: Aspectos Básicos. *Anales de Psicología*, 5, 1-12.
- 6.- Baker, A., Kochan, N., Dixon, J. et al. (1995). HIV risk-taking behaviour among injecting drug users currently, previously and never enrolled in methadone treatment. *Addiction*, 90, 545-554.

- 7.- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. (Versión Castellana: *Teoría del Aprendizaje Social*, Madrid, Espasa-Calpe, 1982).
- 8.- Basen-Engquist, K. & Parcel, G.S. (1992). Attitudes, Norms, and Self-Efficacy: A Model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19, 2, 263-277.
- 9.- Bayés, R. (1992). La transmisión heterosexual del VIH: Aspectos psicológicos y conductuales. En R. Usieto, R de Andrés y F. Cuberta (Eds), *SIDA: Transmisión Heterosexual del VIH*, (pp. 115-123). Centro de Estudios Sociales y Aplicados. Sevilla.
- 10.- Becker et al. (1974), *The health belief model and personal health behaviour*. New Jersey, Slack.
- 11.- Bentler, P.M. & Speckart, G. (1979). Models of attitude-behavior relations. *Psychological Review*, 86, 452-464.
- 12.- Bentler, P.M. & Speckart, G. (1981). Attitude "cause" behaviour: A estructural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 226-238.
- 13.- Bimbela, J.L. & Gómez, C. (1994). Sida y Comportamientos Preventivos: El Modelo Precede. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47 (2), 151-157.
- 14.- Byrne, Donn. (1983). Sex Without contraception. In D. Byrne & W.A. Fisher (Eds.), *Adolescents, sex, and contraception*. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum.
- 15.- Boyd, B. & Wandersman, A. (1991). Predicting Undergraduate Condom Use with the Fishbein and Ajzen and the Triandis Attitude-Behavior Models: Implications for Public Health Interventions. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 22, 1810-1830.
- 16.- Budd, R.J. & Spencer, C.P. (1985). Exploring the role of personal normative beliefs in the theory of reasoned action: The problem of discriminating between alternative path model. *European Journal of Social Psychology*, 15, 299-313.
- 17.- Burger, J.M. & Burns, L. (1988). The Illusion of Unique Invulnerability and the Use of Effective Contraception. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 14, 2, 264-270.
- 18.- Chaiken, S. & Stangor, S. (1987). Attitude and attitude change. *Annual Review of Psychology*, 38, 575-630.
- 19.- Chaisson, R.E., Moss, A.R., Onishi, R., Osmond, D. & Carlson, J.R. (1987). HIV infection in heterosexual intravenous drug users in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 77, 165-172.
- 20.- Coe, R. (1979). *La Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- 21.- Davidson, A.R. et al. (1985). Amount of information about the attitude object and attitude-behavior consistency. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49 (5), 1184-1194.
- 22.- Des Jarlais, D.C. (1989). *The Effectiveness of AIDS Educational Programmes for Intravenous Dr. Users*. Report prepared for the Office of Technology Assessment. Washington.
- 23.- Des Jarlais, D.C., Friedman, S.R. & Stoneburner, R.L. (1988). HIV infection and intravenous drug use: critical issues in transmission dynamics, infection outcomes and prevention. *Reviews of Infectious Diseases*, 10, 151-158.
- 24.- Fineberg, H.V. (1988). Education to prevent AIDS: Prospects and obstacles. *Science*, 239, 592-596.
- 25.- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood

Cliffs: Prentice-Hall.

- 26.- Fishbein, M. (1990). Aids and behavior change: An analysis based on the Theory of Reasoned Action. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 24, 1, 37-56.
- 27.- Fisher, J. (1988). Possible effects of reference group-based social influence on AIDS-risk behavior and AIDS prevention. *American Psychologist*, 43, 914-920.
- 28.- Fisher, J.D. & Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-Risk Behaviour. *Psychological Bulletin*, 111, 3, 455-474.
- 29.- Fredricks, A.J. & Dossett, D.L. (1983). Attitude-behavior relations: A comparison of the Fishbein- Ajzen and the Bentler-Speckart models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 501-512.
- 30.- Green, L.W. (1974). Toward cost-benefice evaluations of health education: Some concepts, methods, examples. *Health Education Monographs*, suppl.2, 34-64.
- 31.- Hammond, S. (1993). The descriptive analysis of social representations. In G. Breakwell & D. Canter (Eds.). *Empirical approaches of social representations*, Oxford, Oxford University Press.
- 32.- Hansen, W.B., Hahn, G.L., Wolkenstein, B.H. (1990). Perceived Personal Immunity: Beliefs about Susceptibility to Aids. *The Journal of Sex Research*, 27, 4, 622-628.
- 33.- Colectivo Harimaguada (1988). *Educación Sexual en la Escuela*. Salamanca: ICE.
- 34.- Insúa, P. (1995). *Discursos y Representaciones sobre la Drogadicción: Aspectos Empíricos e Implicaciones Prácticas*. Tesis Doctoral no publicada.
- 35.- Insúa, P.; Ubillos, S.; Romo, I. et al. (1992). Taller "Sexo Seguro". Programa de Prevención de la Transmisión heterosexual del VIH para Consumidores de Drogas por Vía Parenteral. En R. Usieto, R. de Andrés y F. Cuberta (Eds.): *Sida. Transmisión Heterosexual del VIH*. Madrid, Centro de estudios Sociales Aplicados.
- 36.- Kelly, J. & St. Lawrence, J. (1989). *The AIDS Health Crisis. Psychological and Social Interventions*. New York, Plenum Press.
- 37.- Kirby, D. (1992). School-Based Prevention Programs: Desing, Evaluation, and Effectiveness. In R.J. DiClemente (Ed.), *Adolescents and AIDS. A Generation in Jeopardy*. Newbury Park, California: Sage Publications, INC.
- 38.- Loewenstein, G. & Furstenberg, F. (1991). Is Teenager Sexual Behaviour Rational?. *Journal of Appied Social Psychology*, 21, 12, 957-986.
- 39.- Lucas, M. (1994). Trabajar con Grupos. *Revista de sexología*, 65-66. Publicaciones del Instituto de Sexología.
- 40.- Magura, S., Grossman, J., Lipton, D. et al. (1989). Determinants of needle sharing among intravenous drug user. *American Journal or Public Health*, 79, 459-462.
- 41.- Maticka-Tyndale, E. (1991). Sexual scrips and AIDS prevention: Variations in Adherence to Safer-Sex Guidelines by heterosexual adolescents. *The Journal of Sex Research*, 28, 1, 45-66.
- 42.- Norman, C. (1986). \$2-Billion Program urged for AIDS. *Science*, 234, 661-662.
- 43.- Páez D. et al. (1991). *SIDA: Imagen y Prevención*. Madrid: Fundamentos.

- 44.- Rhodes, T., Donoghoe, M., Hunter G., et al. (1994). Sexual behavior of drug injectors in London: implications for HIV transmission and HIV prevention. *Addiction*, 89, 1085-1096.
- 45.- Rodin, J. & Salovey, P. (1989). *Health Psychology. Annual review of psychology*, 40, 533-579.
- 46.- Rosenstock, I. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-35.
- 47.- Schifter, D.E. & Ajzen, I. (1985). Intention, perceived control, and weight loss: An application of the theory of planned behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 843-851.
- 48.- Singh, B.K., Koman, J.J., Catan, V.M. et al. (1993). Sexual risk behavior among injection drug-using human immunodeficiency virus positive clients. *The International Journal of the Addictions*, 28, 735-747.
- 49.- Solomon, L., Astemborski, J., Warren, D. et al. (1993). Differences in risk for Human Immunodeficiency Virus type 1 seroconversion among male and female intravenous drug users. *Am J Epidemiol*, 137, 892-898.
- 50.- Spira, A. & Bajos, N. (1993). *Les Comportements sexuels en France. Paris: Collection des rapports officiels. La Documentation Française.*
- 51.- Stone, G. (1982). *Psychology and the Health System*. En G. Stone et al. (Eds), *Handbook of Social Psychology*. S. Francisco, Jossey Bass.
- 52.- Tesser, A. & Shaffer, D.R. (1990). Attitudes and Attitude Change. *Annual Review Psychology*, 41, 479-523.
- 53.- Triandis, H.C. (1980). Values, Attitudes and Interpersonal Behavior. En *Nebraska Symposium of Motivation (1979)*, ed. M.M., pp. 195-259. Lincoln, Univ. Nebraska Press.
- 54.- Ubillos, S. (1995a). *Guía de Educación Sexual (1). Contenidos*. Donostia: Diputación Foral de Gipuzkoa. Dpto. de Juventud y Deportes.
- 55.- Ubillos, S. (1995b). *Guía de Educación Sexual (2). Recursos para diseñar un Programa*. Donostia: Diputación Foral de Gipuzkoa. Dpto. de Juventud y Deportes.
- 56.- Ubillos, S. & Insúa, P. (1995). *Taller de Trabajo: Promoción de Sexo más Seguro*.
- 57.- I Conferencia Nacional sobre el Sida: "La Prevención del VIH/SIDA en Usuarios de Drogas Inyectables", Madrid, 16-17 de noviembre.