

# Evaluación de competencias funcionales en pacientes seropositivos: un estudio piloto<sup>1</sup>

## *Functional competence evaluation in seropositive patients: A pilot study*

*Diana Moreno Rodríguez, Gustavo René García Vargas,  
María de Lourdes Rodríguez Campuzano,  
Eugenio Díaz-González y Anaya, Susana Robles Montijo,  
Beatriz Frías Arroyo, Martha Rodríguez Cervantes y Rodolfo Barroso<sup>2</sup>*

### RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio para evaluar en una muestra de pacientes seropositivos los factores (personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales presentes relacionadas con el contagio y prevención del VIH/sida. Los resultados mostraron que casi la totalidad de los pacientes fueron incompetentes, principalmente por lo que hacen, más que por lo que piensan, creen o saben. Asimismo, se observó que las situaciones como factores disposicionales de comportamiento de riesgo, fueron los elementos más reportados, especialmente, las inclinaciones, propensiones, preferencias y personas.

**Palabras clave:** Evaluación; Competencias; Modelo psicológico de la salud biológica; Análisis contingencial; Sistema microcontingencial; VIH/sida; Pacientes seropositivos.

### ABSTRACT

*This study was carried out to evaluate the factors (persons, situations and effects) involved in the present functional competences related to HIV/AIDS infection and prevention in a sample of seropositive patients. The results showed that 98% of patients were incompetent, mainly for what they do, rather than for what they think, believe, or know. Likewise, it was observed that situations like dispositional factors of risk behavior were the most reported elements, especially inclinations, propensities and persons.*

**Key words:** Evaluation; Competences; Psychological biological health model; Contingential analysis; Microcontingential system; HIV/AIDS; Seropositive patients.

**E**l último informe de ONUSIDA (2006) señala que el número total de personas que vivían con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) alcanzó su nivel más alto en toda la historia ya que se estima que existen 38.5 millones de personas, de los cuales 2.3 millones son niños de ambos sexos menores de 15 años, y 36.3 millones adultos. Asimismo, se considera que entre 5 y 10% de todos los casos de VIH

<sup>1</sup> Este trabajo fue auspiciado por el Programa de Apoyo a Proyectos de Investigación para el Personal de Carrera (PAPCA) de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Los autores agradecen al Dr. Carlos Muñoz, Jefe de la Clínica de VIH del Hospital de Zona 194 del Instituto Mexicano del Seguro Social, por todas las facilidades otorgadas para llevar a cabo el presente trabajo.

<sup>2</sup> Proyecto de Investigación en Psicología y Salud Sexual, UIICSE, División de Investigación, FES Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios No. 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-12-94, ext. 121, fax (55)53-90-76-04, correo electrónico: lourdes@servidor.unam.mx. Artículo recibido el 31 de enero y aceptado el 12 de marzo de 2007.

en el mundo corresponden a varones homosexuales. Desde que se identificaron los primeros casos de sida en 1981, han fallecido más de veinte millones de personas; la Organización Mundial de la Salud estima que para el año 2020 el mal podría cobrar entre 68 y 70 millones de vidas, que 90% de los casos nuevos habrán adquirido el virus a través del contacto heterosexual y que de estos la mayoría serán mujeres (ONUSIDA, 2006). En México, hasta el año 2006 se habían detectado 107,625 casos, de los cuales 83% son hombres y 17% mujeres; 92% de los casos se contagiaron por vía sexual y 97.5% son mayores de 15 años. En el mismo año se notificaron 5,102 casos nuevos. Asimismo, se calcula que hay 182,000 personas viviendo con el VIH. Es importante señalar que en México, y de acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (CENSIDA, 2006), este problema de salud ha afectado de manera importante a los jóvenes, ocupando en 2004 el quinto lugar dentro de las primeras diez causas de muerte en varones de entre 15 y 29 años de edad.

Es evidente que ante este panorama el trabajo de investigación en el área abarque a diversos profesionales y disciplinas, incluidas la medicina, la sociología, la antropología, la epidemiología y la psicología, entre otras. Mucha de la investigación psicológica en el contexto del VIH/sida se basa en los modelos que Visser y Smith (2001) denominan *de toma de decisiones*, los cuales son ampliamente conocidos y citados en la literatura propia del campo de la psicología de la salud. Dichos modelos son, a saber, el de creencias de salud propuesto por Becker (1974) y Rosentock, Strecher y Becker (1994); la teoría de la acción razonada, desarrollada por Fishbein y Ajzsen (1975) y Ajzsen y Fishbein (1980); la teoría de la conducta planeada, de Ajzsen (1985); el modelo de autoeficacia, propuesto por Bandura (1977, 1986, 1994) y el modelo transteórico, elaborado por Prochaska y DiClemente (1982). Todos estos modelos parten fundamentalmente de dos supuestos respecto de la conducta saludable, segura o preventiva: 1) es una respuesta *racional* de los individuos para evitar la infección del VIH o las infecciones de transmisión sexual (ITS) y 2) es el resultado de una *intención*, de tal forma que la fuerza o poder de las intenciones para ejecutar un comportamiento saludable,

seguro o preventivo estará presente sólo en aquellos individuos que:

- Posean buenos conocimientos acerca del ITS y VIH (*Conocimiento*).
- Se perciban a sí mismos en riesgo y a la enfermedad como severa (*Susceptibilidad y severidad percibidas*).
- Expresen actitudes favorables hacia la conducta saludable (*Actitudes*).
- Tengan una fuerte creencia acerca de que los otros (pares, compañeros, etc.) aprueban que se involucren en conductas saludables (*Norma subjetiva*).
- Crean que sus pares o compañeros también participan en conductas seguras o preventivas (*Comportamiento de los compañeros*).
- Posean una gran confianza o se sientan capaces de llevar a cabo una conducta preventiva de manera efectiva (*Autoeficacia*).
- Crean firmemente que su conducta puede cambiar (*Control conductual percibido*).

Una forma alternativa de abordar los problemas de salud la constituye el modelo psicológico de la salud, propuesto por Ribes (1990). Dicho modelo tiene sus fundamentos teóricos en la aproximación interconductual (Kantor, 1967; Ribes y López, 1985), en la que lo psicológico está definido por las interacciones ontogenéticamente construidas por el individuo con objetos, eventos y otros individuos. En este modelo se enfatiza la necesidad de definir y delimitar la dimensión psicológica de la salud, que corresponde justamente al comportamiento, a lo que dicho autor añade: "El hacer o no hacer, el hacer de cierta manera las cosas, y hacerlo frente a ciertas condiciones, constituyen los elementos que definen psicológicamente un proceso cuya resultante es la presencia o ausencia de enfermedad" (Ribes, 1990, p. 20). El modelo utiliza dos categorías descriptivas: por un lado, la de los *procesos psicológicos* involucrados en el mantenimiento, recuperación o pérdida de la salud biológica, y por la otra sus *resultados*. Aunque no es objeto de este trabajo describir con detalle el mencionado modelo, se considera pertinente señalar que una parte fundamental de los procesos es la relativa a las *competencias funcionales presentes*, las cuales se refieren a la

capacidad del individuo para enfrentar diversas situaciones en las que existe una demanda o un requerimiento; es decir, al conjunto de habilidades y destrezas que en el presente pueden facilitar o interferir con ciertos comportamientos. Desde esta perspectiva, las competencias no equivalen a respuestas o habilidades sino que se identifican con disposiciones. Se habla, así, de una capacidad o propensión a comportarse de acuerdo a las exigencias del medio.

En el contexto del contagio del VIH, la capacidad de un individuo para relacionarse con otros, su información y su experiencia en el terreno sexual constituyen competencias que en las interacciones presentes pueden facilitar, por ejemplo, que emita conductas de prevención en una situación que demanda relacionarse sexualmente. Igualmente, si un individuo no es competente para relacionarse con otros, desconoce qué es el VIH/sida, cuáles son sus formas de transmisión o no sabe cómo usar un condón, sus incompetencias hacen más probable que se involucre en situaciones o prácticas sexuales de riesgo. En síntesis, las competencias influyen directamente en el ejercicio de aquellas acciones efectivas específicas de los individuos que directa o indirectamente disminuyen o aumentan la probabilidad de contraer una enfermedad. En este sentido, y específicamente en el terreno de la salud, es importante poner especial atención a las competencias.

Aun cuando se delimita y define claramente la necesidad de considerar a las competencias como uno de los elementos fundamentales en el proceso de salud-enfermedad, se requiere de una metodología congruente y compatible con el modelo que haga posible su análisis. Esta metodología es justamente el *análisis contingencial*, que, dadas sus características, conceptos y categorías, permite el estudio, análisis y evaluación de competencias funcionales relacionadas con el proceso de salud y enfermedad, y, en el presente caso, el contagio por VIH (Díaz-González, Rodríguez, Moreno y cols., 2005; Díaz-González, Rodríguez, Robles, Moreno y Frías, 2003; Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986; Rodríguez, Moreno, Robles y Díaz-González, 2001).

Las categorías más relevantes de esta metodología son las comprendidas en el sistema microcontingencial, el cual permite un análisis funcio-

nal de aquellos factores que componen una interacción en situaciones específicas. Se define dicho sistema como la red de relaciones que establece un individuo con su medio, y se compone de cuatro elementos que hacen posible detectar, evaluar, prevenir e intervenir en los distintos factores psicológicos que constituyen la dimensión psicológica de la salud (Rodríguez, 2002; Rodríguez y cols., 2001).

Los elementos que conforman este sistema son: 1) las *morfologías de conducta*, que no son otra cosa que las formas de respuesta de los individuos que forman parte de la interacción, es decir, lo que las personas hacen para relacionarse entre sí y con los objetos de su ambiente en una situación determinada; 2) las *personas*, o, más concretamente, el comportamiento de las personas significativas para el individuo bajo análisis; en este caso, el comportamiento de los individuos puede tener las funciones de mediador, mediado, auspiciador o regulador; 3) los *efectos*, que se refieren a los efectos del comportamiento del individuo bajo análisis sobre el comportamiento de otros, sobre el ambiente y sobre él, y 4) las *situaciones*, que son el conjunto de características físicas y sociales de naturaleza disposicional, del individuo y del ambiente, que facilitan o interfieren con una interacción (Rodríguez y cols., 2001).

Las situaciones pueden ser de diversa índole. Por una parte, las *circunstancias sociales*, que forman parte de las situaciones y desempeñan un papel probabilizador en las interacciones de cualquier tipo, las cuales están delimitadas convencionalmente y se refieren a aquellas circunstancias en las que normalmente las personas se relacionan, como la familia, los amigos, el trabajo, la pareja, la recreación y otros. Igualmente, es un hecho que en dichas circunstancias sociales existan demandas sociales o maneras en las que ciertos tipos de comportamientos son aceptados y otros no; éstas, en esencia, prescriben las *conductas socialmente esperadas* y, al igual que los elementos antes mencionados, ejercen un papel disposicional. Vinculada a las conductas socialmente esperadas, se plantea una categoría que permite analizar la influencia de la *capacidad del individuo en el ejercicio de las conductas socialmente esperadas*. Otra variable situacional que puede facilitar o impedir el relacionarse preventiva o riesgosa-

mente es precisamente el *lugar* o *lugares* de los encuentros sexuales, pues el ambiente físico puede hacer más probables ciertos tipos de interacciones; así, es importante el análisis de aquellos contextos que ofrecen la oportunidad de relacionarse sexualmente.

Finalmente, las *inclinaciones* se refieren a los gustos y preferencias, y las *propensiones* están relacionadas con aquellos estados temporales de corta duración, en particular los estados de ánimo, tales como tristeza, depresión, felicidad, enamoramiento y demás; las *conmociones emocionales*, como la ira, el miedo o la euforia, entre otras, y las *condiciones biológicas*, como la privación sexual, el consumo de alcohol o drogas. Las *costumbres*, los *hábitos* y las conductas que en el pasado han tenido efectos específicos también son potenciadores de cierto tipo de comportamientos, y por ello tienen una alta probabilidad de ocurrencia en ciertas circunstancias; aquí es importante considerar asimismo la tendencia a involucrarse en situaciones de riesgo.

A partir de los planteamientos vertidos, el elemento fundamental del abordaje de los problemas de salud está relacionado con la capacidad de los individuos; en este sentido, se requieren estudios empíricos que den cuenta de las competencias e incompetencias que poseen los individuos en el terreno sexual y de los factores involucrados en sus interacciones sexuales presentes para que puedan ubicarse en un extremo u otro del continuo salud-enfermedad. Es por ello que el objetivo del presente estudio fue evaluar los factores (personas, situaciones y efectos) implicados en las competencias funcionales presentes relacionadas con el contagio y prevención del VIH/sida en una muestra de pacientes seropositivos.

## MÉTODO

### Participantes

Se evaluó a 68 pacientes diagnosticados como seropositivos, todos ellos de un hospital de tercer nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social del Municipio de Naucalpan, Estado de México (México). La edad de los participantes osciló entre los 20 y 60 años, con un promedio de 35 años de

edad; la muestra estuvo conformada por 53 hombres (78%) y 15 mujeres (22%). Se hizo un muestreo de selección intencional (no probabilístico) (Hernández, Fernández y Baptista, 2004). El criterio de selección de los participantes fue que hubieran sido diagnosticados como seropositivos.

### Situación

La evaluación de los pacientes se llevó a cabo en la biblioteca del hospital, de aproximadamente 30 m<sup>2</sup>, en la cual había cuatro mesas de lectura, una barra en donde se realizaban los préstamos de libros y aproximadamente ocho estantes-libreros.

### Aparatos y materiales

Se emplearon sobres tamaño media carta, cada uno los cuales contenían una hoja de respuestas, un cuestionario y una carta de consentimiento informado en la que se explicaba la confidencialidad de los datos y el uso que se les daría.

Se utilizó una computadora Pentium 4, así como el programa estadístico SPSS, versión 11, para la captura, análisis y representación de los siguientes datos:

*Variables demográficas:* edad, sexo preferencia sexual, vía de contagio y fecha aproximada de diagnóstico.

*Variables disposicionales:* Cada una de las situaciones planteadas en los reactivos hizo alusión específica a las categorías del análisis contingencial, mismas que permitieron evaluar las competencias presentes y que fueron las siguientes:

- a) Situaciones. Se refiere al contexto en que ocurre un comportamiento en particular, es decir, las circunstancias sociales, el lugar o lugares, los acontecimientos físicos, las conductas socialmente esperadas, la capacidad en el ejercicio de las conductas socialmente esperadas, las inclinaciones, propensiones y tendencias que facilitan o interfieren con la presentación de determinado comportamiento.
- b) Personas. Conducta de otros o relación de mediación entre personas. Se refiere a la persona o personas y comportamientos que estructuran la interacción. Esta variable alude de manera específica a la

función individuo-mediado/individuo-mediador que tienen las otras personas significativas para los participantes en la emisión de comportamientos instrumentales de riesgo.

- c) Efectos del comportamiento. Es la relación de consecuencia entre la morfología de conducta de un individuo y la de los otros. En esta categoría se trató de identificar si los efectos fueron sobre la conducta de otros (efectivo), sobre uno mismo (afectivo) o si no los hubo (inefectivo).

### Instrumento

Se utilizó un cuestionario autoaplicable desarrollado por Díaz-González y cols. (2003), el cual estu-

vo conformado por diversos reactivos de opción múltiple que se dividió en tres partes: 1) Datos demográficos (nueve reactivos); 2) Conocimientos generales sobre VIH/sida (29 reactivos) y 3) Competencias funcionales (30 reactivos). Es importante señalar que en el presente trabajo únicamente se reportan los datos de la primera y la tercera parte del cuestionario.

Los treinta reactivos relativos a las competencias funcionales ilustraron situaciones en donde lo importante radicó en la forma de relacionarse sexualmente, las situaciones (reactivos del 13 al 16 y del 22 al 33), el lugar en donde se tienen las prácticas sexuales (22), el papel que tiene el comportamiento de otras personas significativas (del 34 al 38) y los efectos de las prácticas de riesgo o prevención (del 39 al 42) (Tabla 1).

**Tabla 1.** Algunos de los reactivos para cada una de las categorías evaluadas.

Categoría evaluada	Reactivo
Situación o circunstancia social	13. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones sexuales con una persona desconocida?
Disposicional (lugar o lugares)	23. ¿Qué haces o has hecho cuando estás en un lugar propicio para relacionarte sexualmente con alguien (implica desde caricias, masturbación o penetración de cualquier tipo)?
Situación (conducta socialmente esperada)	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 /o penetración de cualquier tipo) y esperan que tú lo hagas también?
Situación (inclinaciones)	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 o penetración de cualquier tipo)?
Situación (propensiones)	27. ¿Qué haces o has hecho cuando estás muy excitado y tienes la oportunidad de relacionarte sexualmente (implica desde caricias, masturbación o penetración de cualquier tipo)?
Personas (mediador)	35. ¿Qué haces o has hecho cuando un(a) amigo(a) es quien inicia o insinúa un contacto sexual (implica desde caricias, masturbación o penetración de cualquier tipo)?
Personas (mediador)	38. ¿Qué haces o has hecho cuando algún(a) desconocido(a), pero muy atractivo(a), es quien inicia o insinúa el contacto sexual (implica desde caricias, masturbación o penetración de cualquier tipo)?
Efectos	39. Cuando rechazas o has rechazado una oferta sexual (implica desde caricias, masturbación o penetración de cualquier tipo), ¿has recibido alguna burla, un comentario desagradable o alguna consecuencia negativa? ¿De parte de quién? a) Nunca he recibido burlas, b) De mi pareja estable, c) De amistades, d) De personas desconocidas, e) De familiares, f) De otras. ¿Quiénes?

Cada reactivo incluyó una serie de opciones de respuesta –las cuales podían clasificarse como de riesgo o prevención– distribuidas en tres columnas (y que de aquí en adelante se denominarán “indicadores”), cada una de las cuales correspondió a un nivel competencial distinto, es decir, a formas cualitativamente distintas de responder

frente a la situación planteada en el reactivo. Cabe mencionar que los participantes podían elegir más de una opción de respuesta por columna y, por ende, por reactivo (Tabla 2).

La columna 1 evaluó el nivel de respuesta extrasituacional y transituacional, es decir, si una persona respondió a una situación de comporta-

miento sexual en términos de sus experiencias, conocimientos o creencias. Dicha columna se denominó *indicador de la capacidad en términos de su experiencia, información y creencias*, y todas las opciones de respuesta hicieron alusión a la experiencia, a la información o a las creencias de los individuos. 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. Las opciones de respuesta se refirieron a los comportamientos preventivos o de riesgo llevados a cabo en las situaciones planteadas. Para posteriores menciones, esta columna se nombró *indicador de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención*. Es importante señalar que la primera op-

ción de respuesta de esta columna le permitió al participante señalar si nunca había vivido una situación semejante a la descrita en los reactivos.

La columna 3 constituyó el *indicador de competencia social*, el cual se refiere a las competencias que un individuo posee para relacionarse con otros y que trascienden el mero contacto sexual, las 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 prescripciones de su pareja, comportándose y aceptando lo que esta última establece– estuvo representado por una sola opción de respuesta.

**Tabla 2.** Opciones de respuesta en el cuestionario en los diferentes niveles de competencia.

<b>Columna 1</b> Indicador de la capacidad en términos de su experiencia, información y creencias (extra y transituacional)	<b>Columna 2</b> Indicador de comportamientos instrumentales de riesgo o prevención (situacional-instrumental)	<b>Columna 3</b> Indicador de competencia social
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. f) Creo que debo aprovechar la oportunidad.	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.

El siguiente texto representa un reactivo completo de los utilizados en el cuestionario.

<b>13. ¿Qué haces o has hecho cuando tienes relaciones sexuales con una persona desconocida?</b>		
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. f) Creo que debo aprovechar la oportunidad.	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.

**Procedimiento**

Para llevar a cabo la evaluación, fue necesario primeramente contactar al epidemiólogo encargado de la clínica de VIH del mencionado hospital, quien autorizó la aplicación del cuestionario.

A partir de ese momento y durante 28 días hábiles, cuatro investigadores acudieron a la sala de consulta externa, en donde se aguardó a los pacientes fuera del consultorio médico, quienes antes de recibir consulta eran notificados por el médico

sobre su participación voluntaria en el estudio 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 informó sobre la confidencialidad de los datos, e incluso se les señaló que pusieran un seudónimo que permitiera identificar su cuestionario –si no querían poner su nombre– para el caso de que quisieran información sobre sus respuestas. Al mismo tiempo se les entregó una carta de consentimiento informado en la que se les indicó la confidencialidad y el uso que se le daría a los datos, misma que firmaban 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 en caso de requerirla.

A los pacientes que decidieron participar en la evaluación se les explicó que el cuestionario 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 con respecto al llenado del cuestionario.

Es importante señalar que algunos pacientes tenían problemas de visión o no sabían leer, 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 50 minutos. Cuando terminaron de responder, se agradeció su participación; acto seguido, los pacientes regresaron con el médico para recibir consulta y medicamentos.

### Análisis de datos

Se obtuvo un índice de competencia sexual, el cual permitió identificar en la muestra el nivel de competencia o incompetencia sexual de los participantes. Para obtener el índice, se categorizaron las opciones de respuesta en riesgo y prevención y se les asignó un valor a cada una de ellas (0 = prevención y 1 = riesgo). Con dicha categorización, en caso de que el participante hubiese elegido en todo el instrumento sólo opciones de riesgo, el puntaje máximo posible fue de 82, y 0 si el partici-

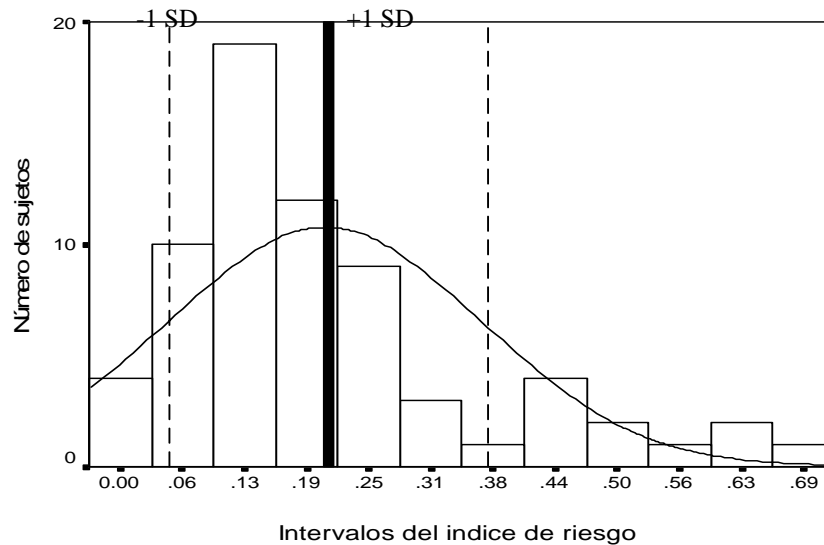
pante elegía en todos los reactivos opciones de prevención. Para obtener el índice de competencia sexual, el puntaje total obtenido por cada individuo fue dividido entre 82 (puntaje máximo), lo que proporcionó un índice de entre 0 y 1; los valores cercanos a 1 indicaron una menor competencia sexual o incompetencia sexual, caracterizada por la selección de opciones de riesgo en la mayoría de los reactivos, y los valores cercanos a 0 una mayor competencia sexual o respuestas vinculadas a la prevención.

### RESULTADOS

Con relación a las características de la muestra, se observó que 94% de los pacientes evaluados reportó haberse infectado por vía sexual, 3% lo hizo por vía sanguínea y 3% dijo desconocerlo. Con relación a la preferencia sexual de los pacientes, 40.3% dijo ser homosexual, 22.6% bisexual y 37.1% heterosexual.

El 69% de los participantes reportó seguir teniendo relaciones sexuales, de los cuales 45% mantenía relaciones homosexuales, 24% bisexuales y 31% heterosexuales. De aquellos que reportaron tener una vida sexual activa al momento de la aplicación, sólo 53% reportó haber usado condón en todas sus relaciones sexuales del último mes, mientras que 47% mencionó haber tenido contacto sexual sin protección al menos una vez. En cuanto al tiempo con el padecimiento, 64.5% tenía menos de tres años de haber recibido el diagnóstico, 24% entre tres y seis años y 11% más de seis años.

Como se mencionó anteriormente, a partir del índice de competencia sexual se determinó el nivel de competencia e incompetencia de la muestra evaluada, la que mostró que tan sólo 1.5% de la muestra fue competente para la prevención del contagio del VIH, mientras que el resto fue catalogado como incompetente. Los resultados mostraron que la media de dicho índice fue de .21, con una desviación estándar de .16. Específicamente, 66% de los pacientes evaluados estuvo por debajo de la media al tener un índice menor a .21, en tanto que 54 pacientes se encontraron a  $\pm 1$  desviación estándar (Figura 1).

**Figura 1.** Distribución de la muestra de pacientes seropositivos con respecto al índice de competencia sexual.

En cuanto al porcentaje de pacientes que eligieron opciones de riesgo o prevención en cada una de las categorías de análisis (situaciones, personas y efectos)<sup>3</sup>, se halló que, en relación al conjunto de reactivos que hicieron alusión a *situaciones*, 96% de los pacientes evaluados eligió al menos una opción de riesgo y sólo 4% opciones de prevención; en el caso de la categoría de *personas*, 65% eligió opciones de riesgo, y en *efectos* 66% prefirió las de riesgo. Como se puede observar en las tres categorías, la mayoría de los pacientes evaluados eligió opciones de riesgo.

Un análisis más detallado permitió conocer el porcentaje de pacientes que eligieron opciones de riesgo en cada uno de los indicadores de competencia sexual (conductas relacionadas con la capacidad del individuo en términos de la información y creencias del sujeto, conductas instrumentales de riesgo y prevención, y conductas indicativas de competencia social), representada por cada una de las tres columnas de opciones de respuesta para cada una de las categorías evaluadas en los reactivos (situaciones, personas y efectos).

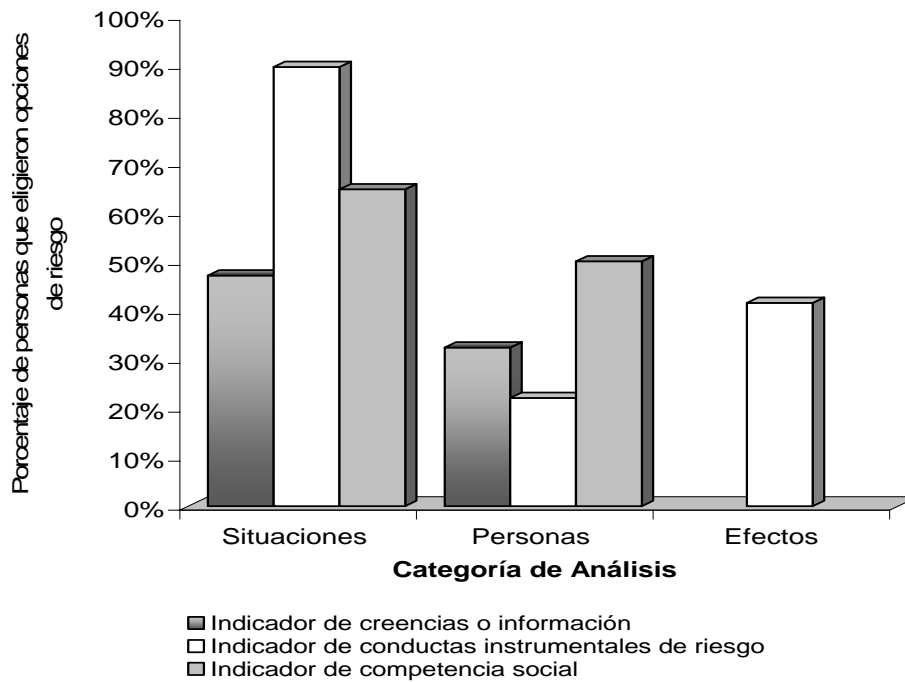
Con relación a la categoría de situaciones, 47% de los encuestados escogió opciones de riesgo, teniendo como la opción de respuesta más elegida "Creo que debo aprovechar la oportunidad", seguida de "No creo que pase nada" y "Creo que

si me niego voy a quedar mal". Por otra parte, en el indicador relacionado con la ejecución de conductas instrumentales de riesgo o prevención se observó que 90% de los participantes eligió la única opción de riesgo: "No uso condón"; lo anterior ocurrió especialmente en situaciones en las que los participantes reportaron haber consumido bebidas alcohólicas o estar bajo el efecto de alguna droga. Por último, en el indicador que evaluó las conductas indicativas de competencia social, 64.7% de los participantes escogió opciones de riesgo, las más seleccionadas de las cuales fueron "Complazco a mi pareja" y "Es el otro quien me propone medidas de prevención", y en menor porcentaje aquellos que escogieron tanto una opción de riesgo como de prevención (Figura 2).

El análisis de la categoría de personas en el indicador de creencias e información mostró que 32% de los participantes eligió opciones de riesgo, teniendo como opción más frecuente "No creo que pase nada", seguida de "Creo que debo aprovechar el momento" y "Creo que si me niego voy a quedar mal"; en muy pocos casos escogieron más de una opción, dentro de las cuales siempre figuró una opción de riesgo. Con respecto de las conductas instrumentales de riesgo, el análisis mostró que 22% de los encuestados escogió opciones de riesgo, en donde la mayoría optó por la respuesta "No empleo condón". En cuanto a la competencia

<sup>3</sup> Recuérdese que estas categorías están representadas por los reactivos, dado que cada ítem evaluó al menos una de éstas.



**Figura 2.** Muestra el porcentaje de pacientes que eligieron opciones de riesgo en cada uno de los indicadores.

social, 50% de la muestra escogió opciones riesgo, teniendo como opciones de respuesta más frecuentes “Complazco a mi pareja” y “Es el otro quien me propone las medidas de prevención”; lo menos frecuente fue la selección de alguna combinación de riesgo y prevención. En la categoría de efectos, se encontró que 41.5% de muestra había recibido efectos negativos, ya sea al rechazar o aplazar alguna relación sexual, o bien al proponer algún comportamiento sexual menos

riesgoso o alguna medida de prevención, en su mayoría por parte de la pareja estable, de personas desconocidas, de amistades y otros.

Finalmente, para determinar si había una relación entre las variables evaluadas (grupos de reactivos, personas, situaciones y efectos), se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson; este análisis mostró una relación entre las categorías de personas y situaciones y entre situaciones y efectos (Tabla 3).

**Tabla 3.** Correlación entre las categorías de análisis.

Categoría de análisis	Coefficiente de correlación	Nivel de significancia
Personas vs. situaciones	0.723	0.001
Efectos vs. personas	0.038	0.758
Situaciones vs. efectos	0.255	0.036

## DISCUSIÓN

Uno de los supuestos de este trabajo señala la necesidad de considerar a las competencias presentes como un elemento importante en la evaluación, tratamiento e investigación de los problemas de salud; de ahí que el objetivo del presente

estudio fuese evaluar los factores (personas, situaciones y efectos) involucrados en las competencias funcionales relacionadas con el contagio y prevención del VIH/sida en pacientes seropositivos. El diseño de un instrumento ad hoc permitió evaluar los diferentes componentes como indicadores de la competencia e incompetencia de los pacientes

seropositivos, así como su responder en términos de creencias, información, comportamientos específicos y competencia social.

Con relación al índice de competencia sexual, este resultó ser una medida novedosa para determinar la competencia o incompetencia de los individuos frente a diversas circunstancias, mismo que mostró que 66% de los pacientes se encontraban por debajo de la media.

Por otra parte, el análisis realizado acerca del papel disposicional que desempeñan 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), indicó que son las situaciones un factor crítico para que los participantes llevaran a cabo comportamientos de riesgo, ya que dentro de la muestra analizada un alto porcentaje de participantes eligió opciones de riesgo en los reactivos que evaluaron el papel disposicional de los factores situacionales, siendo la opción más elegida "No empleo condón".

Sin embargo, un análisis más detallado permitió determinar que hay claras diferencias en el responder (selección de opciones de riesgo) de los informantes dependiendo de lo planteado en los reactivos relativos a situaciones; por ejemplo, en aquellos reactivos que señalaron un lugar en especial o un estado de excitación o privación, la mayoría de los pacientes seleccionó las opciones "Creo que hay que aprovechar el momento", "No creo que pase nada", "Creo que voy a quedar mal", "No empleo condón" y "Complazco a mi pareja". Aun así, cuando tienen la oportunidad de relacionarse con una persona muy atractiva o bajo los efectos del alcohol, responden "Creo que es riesgoso" o "Creo que no está bien", "No empleo condón" y "Complazco a mi pareja". Un dato que hay que resaltar es que en todos los reactivos las opciones de "Complazco a mi pareja", y "Me adapto a lo que mi pareja quiera" fueron las más seleccionadas.

Otro hallazgo importante fue el hecho de que al hacer una comparación entre los tres indicadores de competencia se pudo notar inconsistencia entre lo que las personas creen y lo que dicen hacer, pues los resultados sugieren que 30% de las personas cuyas creencias hacen referencia

a criterios morales o de salud fueron incompetentes en términos de sus acciones preventivas al reportar no usar condón. Asimismo, el indicador de competencias sociales mostró que alrededor de 50% es incompetente para solicitarle a la pareja el uso de alguna medida preventiva, el uso de condón o su historia sexual, ya que en su mayoría dejan a su pareja esa decisión.

La correlación existente entre situaciones y personas indica que es muy probable que una persona que elige opciones de riesgo en los reactivos en que las situaciones son un factor crítico (por ejemplo, cuando se está bajo el influjo del alcohol, se está muy excitado o en un lugar especial, etc., y se tiene la oportunidad de tener relaciones sexuales), también elegirá opciones de riesgo en los reactivos en los que las personas significativas y su comportamiento son las que median la interacción (por ejemplo, cuando la pareja estable o eventual es quien inicia o insinúa el contacto sexual, y es además quien decide si se usa o no protección) o a la inversa.

A este respecto, y considerando el papel que desempeñan las parejas sexuales en la emisión de comportamientos instrumentales de riesgo, se observó que los pacientes evaluados delegaban la responsabilidad del uso de medidas preventivas en 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 dijeron "Complazco a mi pareja sexual" o bien "Me adapto a lo que mi 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, Exner, Hoffman y cols., 2002; Qu, Liu, Choi y cols. 2002; Senecal, 2003; Van de Ven, Campbell, Kippax y cols., 1997).

Por otro lado, los resultados derivados de la categoría de efectos sugieren que estos no figuran como un factor crítico que influya en los comportamientos de riesgo o prevención de los participantes; cerca de 41.5% de la muestra recibió burlas o comentarios negativos, sin importar su nivel de competencia, lo que significa que recibir efectos negativos no es un factor que inhiba la solicitud de utilizar o llevar a cabo medidas preventivas de contagio del VIH.

A manera de resumen, los hallazgos sugieren que los factores situacionales, tales como las circunstancias sociales (noviazgo, pareja eventual, etc.), los lugares (bares, playas, etc.), las inclinaciones, preferencias o propensiones, que aluden a estados temporales de corta duración (estados de ánimo, emocionales o condiciones biológicas), las tendencias (costumbres, hábitos y formas de conducta), las conductas socialmente esperadas y las competencias para llevar a cabo lo socialmente esperado, así como las personas (mediación), probabilizan el involucrarse en situaciones de riesgo, por lo que tal vez muchos de ellos hayan sido los determinantes del contagio de VIH en la muestra evaluada. Es importante señalar que estos hallazgos confirman lo que en la literatura sobre VIH y los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo han hallado otros investigadores (Brown, Tolou-Shams, Lescano y cols. 2006; Hart y Heimberg, 2005; McMahan, Malow y Jennings, 2004; Mimiaga, Safren, Jones y cols., 2006; Poppen, Reisen, Zea, Bianchi y Echeverry, 2005; Strong, 2005; Vicioso, 2005), si bien desde otros contextos teóricos o interpretativos.

Por otro lado, a pesar de que los participantes del estudio identificaron las situaciones de riesgo –ya sea basándose en su experiencia, información o creencias–, seleccionaron en su mayoría opciones de riesgo, lo que indica que la información no es un determinante para la emisión de comportamientos preventivos puesto que existe un buen número de participantes que reportaron no utilizar condón, aun cuando reconocieron como riesgosa la situación planteada. Cabe resaltar que dicho fenómeno se apreció sobre todo en las respuestas a los reactivos que evaluaron factores situacionales.

Lo anterior deja claro que no se puede considerar el componente informativo como un disparador de acción ni como un determinante en la emisión de comportamientos instrumentales de prevención, pues dicho componente –el cual se evaluó por medio del indicador de capacidad en términos de experiencia información y creencias– no demostró una relación con la emisión de conductas instrumentales de riesgo o prevención ya que 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 un riesgo para su salud; pese a lo anterior, señalaron no usar condón, motivo por el cual es posible afirmar 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, Monitor y Flynn, 1999; Boldero, Moore y Rosenthal, 1992; Bowen, Williams, McCoy y McCoy, 2001; Díaz, 1999; Díaz y Rivera, 1999; Flores y Díaz, 1999; MacNair-Semands, Cody y Simono, 1997; Ramírez, Lizárraga, Félix, Campas y Montaña, 1998).

Este trabajo abre un nuevo camino para el análisis y evaluación de problemas de salud y no se restringe al estudio del VIH/sida. El análisis contingencial, como sistema analítico, proporcionó información que no se considera en otras perspectivas. Este trabajo, como pionero en su género, sugiere nuevas interrogantes, mismas que en investigaciones futuras deberán ser respondidas.

## REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: a theory of planned behavior. En J. Kun y J. Beckman (Eds.): *Action control from cognition to behavior*. New York: Springer-Verlag.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. DiClemente y J. Peterson (Eds): *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum Press.
- Becker, M.H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 324-473.

- Bell, R., Monitor, F. y Flynn, N. (1999). Fear of AIDS: Assessment and implications for promoting safer sex. *AIDS and Behavior*, 3, 135-147.
- Boldero, J., Moore, S. y 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. y 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.
- Brown, L., Tolou-Shams, M., Lescano, C., Houck, Ch., Zeidman, J., Pugatch, D. y cols. (2006). Depressive symptoms as a predictor of sexual risk among African American adolescent and youth adults. *Journal of Adolescent Health*, 39(3), 444-448.
- CENSIDA (2006). *Epidemiología*. Disponible en línea: <http://www.salud.gob.mx/conasida> (Obtenido el 19 de septiembre de 2006).
- 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: 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.
- Díaz-González, E., Rodríguez, M.L., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R. y Robles M. S. (2005). Descripción de un instrumento de evaluación de competencias funcionales relacionadas con el VIH-sida. *Psicología y Salud*, 15(1), 6-12.
- Díaz-González, 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(2), 149-159.
- Ehrhardt, A., Exner, T., Hoffman, S., Silberman, I., Yingling, S., Adams-Skinner, J. y cols. (2002). HIV/STD risk and sexual strategies among women family planning clients in New York: Project FIO. *AIDS and Behavior*, 6, 1-13.
- Fishbein, M. y Ajzen, Y. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- 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: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Hart, T.A y Heimberg, R. (2005). Social anxiety as a risk factor for unprotected intercourse among gay and bisexual male youth. *AIDS and Behavior*, 9(4), 505-512.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2004). *Metodología de la investigación*. México: MacGraw-Hill.
- Kantor, J.R. (1967). *Interbehavioral psychology*. Ganville, OH: Principia Press.
- MacNair-Semands, R., Cody, W. y Simono, R. (1997). Sexual behaviour change associated with a college HIV course. *AIDS Care*, 9(6), 727-738.
- McMahon, R., Malow, R. y Jennings, T. (2004). Personality, stress and social support in HIV risk predictor. *AIDS and Behavior*, 4(4), 399-410.
- Mimiaga, M., Safren, S., Jones, D., Manseau, M., DeSousa, N. y Mayer, K. (2005). MSM in HIV prevention trials are sexual partners with each other: an ancillary study to EXPLORE. *AIDS and Behavior*, 10(1), 27-34.
- ONUSIDA (2006). *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2006*. Disponible en línea: [http://dataaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006\\_GR-ExecutiveSummary\\_es.pdf](http://dataaids.org/pub/GlobalReport/2006/2006_GR-ExecutiveSummary_es.pdf) (Obtenido el 6 de octubre de 2006).
- Poppen, P., Reisen, C., Zea, C., Bianchi, F. y Echeverry, J. (2005). Predictors of unprotected anal intercourse among HIV-positive Latin gay and bisexual men. *AIDS and Behavior*, 8(4), 379-389.
- Prochaska, J.O y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276-288.
- Qu, S., Liu, W., Choi, K., Li, R., Jiang, D., Zhou, Y., y cols. (2002). The potential for rapid sexual transmission of HIV in China: Sexually transmitted diseases and condom failure highly prevalent among female sex workers. *AIDS and Behavior*, 6, 267-275.
- Ramírez, C., Lizárraga, J., Félix, F., Campas, O. y Montaña, A. (1998). Modificación de conocimientos y actitudes hacia la sexualidad en estudiantes de preparatoria. *Psicología y Salud*, 12, 75-81.
- Ribes, E. (1990). *Psicología y salud: un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.
- Ribes, E., Díaz-González, E., Rodríguez, M.L. y Landa, D. (1986). El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de Psicología*, 8, 27-52.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Rodríguez, M.L. (2002). *Análisis contingencial*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Rodríguez, M.L., Moreno, D., Robles, S. y Díaz-González, E. (2001). El sida desde el modelo psicológico de la salud biológica. *Psicología y Salud*, 10(2), 161-175.
- Rosentock, I. M., Strecher, V. y Becker, M. (1994). The health belief model and HIVB risk behavior change. En R. DiClemente y J. Peterson (Eds): *Preventing AIDS: Theories and methods of behavioral interventions*. New York: Plenum Press.
- Senecal, S. (2003). Do you know what feel? Partners' predictions and judgments of each others' emotional reactions to emotion eliciting situations. *Sex Roles*, 48(1-2), 21-37.
- Strong, D. (2005). The impact of sexual arousal on sexual risk-taking: A qualitative study. *Journal of Sex Research*, 4(3), 185-191.
- Van de Ven, P., Campbell, S., Kippax, S., Prestage, G., Crawford, J., Baxter, D. y cols. (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.
- Vicioso, K. (2005). Experiency release: sex environments and scapism for HIV positive men who have sex with men. *Journal of Sex Research*, 42(1), 3-12.
- Visser, R. y Smith, A. (2001). Inconsistent users of condoms: a challenger to traditional models of health behavior. *Psychology, Health and Medicine*, 6, 41-46.