



Jornades de Foment de la Investigació

INFORMACIÓN PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH. SÍ, PERO ¿DE QUÉ MODO?

Autors

Cristina GIMÉNEZ
Rafael BALLESTER
M^a Dolores GIL
Estefanía RUIZ

INTRODUCCIÓN

La prevención del VIH-Sida parece la estrategia más eficaz para mejorar su grave situación (Kirby, Lares y Royera, 2007:213). En la actualidad, supone uno de los problemas más graves de salud pública en buena parte de la geografía mundial que repercute, incluso, en el desarrollo socio-económico de las regiones más perjudicadas.

En España, uno de los países más afectados a nivel europeo, han sido diagnosticados más de 77.231 casos de Sida desde la detección de la epidemia, afectando en su mayoría a la población joven (Instituto de Salud Carlos III, 2008:2). En este contexto las vías de transmisión, cuya relevancia ha ido evolucionando en las últimas décadas, están representadas de manera desigual. Así, las infecciones detectadas en los últimos años parecen ser debidas, sobre todo, a las conductas sexuales de riesgo y no tanto a la vía parenteral, como ocurría en el inicio de la epidemia.

Con el interés de revertir la dinámica del VIH-Sida en la población joven, se han invertido muchos esfuerzos en el análisis psicosocial de aquellas variables que, asociadas a la realización de conductas de riesgo, pudieran estar facilitando su ejecución y, por ende, la exposición de dicha población al Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Factores de diversa índole que, desde el ámbito psicológico hasta el cultural, han sido introducidos en aquellos modelos de prevención que han resultado ser eficaces como guía orientadora en las intervenciones preventivas (Albarracín, Durante y Earl, 2006:75-76). En esta línea, si bien es cierto que se ha mejorado el desempeño de las mismas en los últimos años, también lo es que todavía existen ciertas dudas sobre aquellos componentes que pudieran optimizar su puesta en marcha (Ballester, 2004:111-112).

Una de las estrategias que ha mostrado mayor polémica es la basada en la transmisión del componente informativo. De esta forma, ante algunas revisiones que han expuesto su relevancia dentro del panorama preventivo (Tuldrà, Izquierdo, Fumaz y Ferrer, 2003:201) otras perspectivas, apoyadas en modelos sociocognitivos, han cuestionado su eficacia (Bandura, 1994:32). En un análisis más profundo, es necesario un estudio más detallado de la práctica preventiva para así desglosar aquellos elementos que han favorecido la eficacia de este tipo de estrategias y, por extensión, cuáles son aquellos que las han perjudicado. En esta línea, algunos aspectos como la adaptación de los mensajes a la población meta (Hughes-d'Aeth, 2002:401-402), el tipo de información seleccionada (Jemmott y Fry, 2002:130) o la familiaridad del canal empleado para su transmisión (Mitchell, Nayamanka, Kamali y Whitworth, 2001:420) han resultado tener cierta relevancia. Además, en los últimos años se han llevado a cabo una serie de estudios que incluyen las nuevas tecnologías dentro de las estrategias preventivas encontrando, todavía, resultados confusos respecto a la viabilidad de su uso. En estos términos, se encuadra el estudio presentado en este artículo.

OBJETIVO GENERAL

Nuestro estudio analiza la eficacia de la estrategia de transmisión de información así como la eficacia diferencial entre dos tipos de intervenciones, una basada en la intervención de un agente facilitador y otra en la inclusión de las nuevas tecnologías.

METODOLOGÍA

El estudio que se presenta forma parte de un proyecto de investigación más amplio, financiado por la Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España (Ref.12436), basado en un diseño experimental factorial de comparación entre grupos.

Muestra. En el desarrollo del estudio se contó con la participación de una muestra de 186 estudiantes procedentes de la Universitat Jaume I de Castelló (51%) y la Universitat de València (49%) cuya distribución correspondía a la composición general de los estudiantes universitarios de ambos centros tanto en la edad, como en la orientación sexual y el género.

De esta forma, según la variable edad, la muestra se ubica entre los 18 y los 28 años con un promedio de 21,4 (DT=2,7). La mayor parte de los participantes, alrededor del 40%, se aglutinan entre los 19 y los 23 años. Además, en función del género (ver Figura 1), la mayoría de las personas participantes fueron mujeres, ascendiendo a un 76% del total de la muestra, frente al 24% que suponen los hombres.

Si se analiza la muestra según la orientación sexual con la que se autodefinen (ver Figura 2), se observa cómo la mayor parte declara ser heterosexual (91%), seguida de aquellas personas que se definen como homosexuales (6%) y bisexuales (3%).

Figura 1. Distribución de muestra según género.

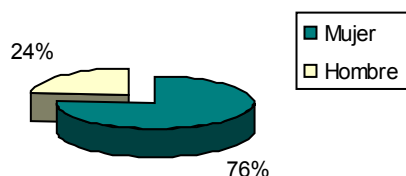
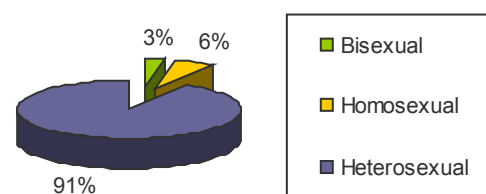


Figura 2. Distribución de muestra según orientación sexual.



Instrumento de evaluación. Con el interés de contar con un instrumento fiable y adaptado a la población participante, se empleó el *Cuestionario de Prevención del SIDA* (Ballester, Gil, Guirado y Bravo, 2004:63) que cuenta con una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,700) y fiabilidad test-retest (correlación de 0,830) (Ballester, Gil y Giménez, 2007:135).

Se exploran variables relacionadas con la práctica de conductas de riesgo asociadas a la infección por VIH-Sida como los conocimientos, las actitudes, la intención de conducta, la autoeficacia y el comportamiento. El Cuestionario cuenta con dos versiones, cuya única diferencia reside en que la pretest (65 ítems) incluye cuestiones relacionadas con las variables disposicionales, que es esperable se mantengan tras la intervención y, por tanto, no son incluidas en la versión empleada para las evaluaciones posteriores a la intervención (54 ítems).

En el presente estudio se recogen resultados asociados a cinco variables vinculadas con la realización de la conducta preventiva ante la transmisión del VIH-Sida: información, probabilidad percibida, actitudes ante el método preventivo, intención de realización de conducta preventiva y la realización de la misma en distintas condiciones.

Variable dependiente. Con el interés de medir el cambio de una manera adecuada al objetivo del estudio se planteó como variable dependiente el *grado de cambio en las conductas de riesgo* relativas a la transmisión del VIH-Sida. Así pues, considerando la multidimensionalidad de dicha variable y su compleja naturaleza se creyó necesario su desglose en distintos indicadores como: el nivel de conocimientos sobre las vías de transmisión sexual que las personas asumían como válido, la probabilidad percibida de infectarse por el VIH-Sida, la confianza atribuida al uso del preservativo como un método seguro para prevenir la infección, la intención de realización de conducta preventiva y la ejecución de la misma en distintas prácticas sexuales (coito vaginal, sexo oral y coito anal) y tras el consumo de drogas.

Variable independiente. La variable definida como *estrategias de prevención de VIH-Sida dirigidas a mejorar las conductas sexuales seguras de la población joven*, se desglosa en dos tipos de intervención. La primera, una charla dialogada, se basa en la transmisión de información por parte de una persona facilitadora que tras realizar una exposición de contenidos básicos relacionados con el VIH-Sida, abre un turno de participación en el que las personas asistentes no están obligadas a intervenir. La segunda, uso de las nuevas tecnologías, consiste en la lectura de una página web que contiene la misma información expuesta por el facilitador de la primera estrategia y que las personas participantes leían de manera individual. Con una duración aproximada de 40 minutos, en ambas estrategias se establecieron tres momentos diferenciados: una introducción en la que se trabajaba la implicación y confidencialidad de las personas asistentes, el desarrollo de la temática según cada metodología y un cierre en el que se agradecía la asistencia, se instaba a la reflexión y se motivaba para continuar en los seguimientos.

Procedimiento. El diseño de investigación experimental se basó en un modelo factorial de comparación entre grupos. La muestra participante se repartió de manera aleatoria en tres grupos: uno de ellos participó en la estrategia de la charla informativa (G1), el segundo en la estrategia de la lectura de la página web (G2) y el tercero, Grupo Control (GC), no participó en ninguna estrategia. En la disposición de dichos grupos, sí se tuvo en cuenta que la variable género estuviera balanceada en cada uno de ellos y se distribuyera de manera equitativa. De igual forma, a todos ellos se les administraron las mismas evaluaciones: una evaluación previa (pretest) y tres tras la intervención (inmediatamente después, al mes siguiente y a los cuatro meses posteriores).

Análisis estadístico. Con el apoyo del programa informático SPSS-17, se realizaron distintos tipos de cálculos con el interés de averiguar tanto la posible existencia de una eficacia diferencial entre las distintas condiciones como la evolución aislada de cada una de las estrategias por separado. Para cubrir ambos objetivos, considerando que las variables estaban medidas en escala likert, se realizaron Análisis de Varianza (ANOVA) en la mayor parte de las variables. No obstante, en aquellas relacionadas con la intención de realización de la conducta preventiva y con la propia ejecución de la misma, se incluyeron análisis no paramétricos. En concreto, se calculó la Z de Wilcoxon considerándose la alternativa más rigurosa dado que el n de la muestra era diferente a las anteriores. Probablemente, debido a la naturaleza de la misma variable en la que no todas las personas participantes informaron realizar. Además, se han incluido también los estadísticos descriptivos en todas las variables analizadas con el propósito de examinar con mayor profundidad la evolución de cada condición.

RESULTADOS

Seguidamente se exponen los principales resultados relacionados con las conductas de riesgo realizadas por la muestra. En su análisis es necesario tener en cuenta que algunas de las variables presentan cierta falta de información puesto que la muestra no ha informado sobre ciertas conductas, probablemente por el tipo de variables de las que se trata. Sin embargo, considerando la importancia de estos análisis se ha creído conveniente incluir los resultados obtenidos.

Conocimientos sobre prácticas sexuales de riesgo. La presente variable, cuyos datos se muestran en la Tabla 1, se mide a partir de una escala likert que oscila entre el 0 (nada de información) y el 4 (mucho información). Así, en un primer término, cabe destacar cómo solamente el G1 que participa en la charla informativa obtiene significación a nivel estadístico en su evolución aislada ($F=19,67$, $p \leq 0,002$).

Información para la prevención del VIH. Sí, pero ¿de qué modo?

Tabla 1. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Información sobre prácticas sexuales de riesgo”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	F	p
G1	2,82	1,03	3,86	0,47	3,78	0,42	3,78	0,44	19,67	0,002
G2	3,00	1,20	3,56	0,84	3,14	1,17	3,16	1,17	0,79	0,387
GC	3,05	1,08	3,42	0,96	3,37	0,96	3,21	0,97	0,12	0,734
ANOVA	F	0,25	1,76	1,98	1,29					
	p	0,780	0,181	0,149	0,288					

Además, a pesar de que el G1 partía de la puntuación más baja de las tres condiciones ($\bar{X}=2,82$, $DT=1,03$), mantiene el resultado más elevado tras la intervención. Seguido en el postest del G2 ($\bar{X}=3,56$, $DT=0,84$) que participó en la lectura de la página Web. Si bien es cierto que el Grupo Control también aumenta desde el pretest en la evaluación postest, es el único grupo que desciende su puntuación tanto en el primer seguimiento como en el segundo. No obstante, el análisis de la eficacia diferencial de las distintas estrategias no ofrece en ninguno de los momentos de evaluación una diferencia de este tipo.

Probabilidad percibida de infectarse por el VIH-Sida. La segunda variable se evalúa a través de una escala likert de 0 (nada) a 100 (mucho) que representa en qué medida las personas perciben su exposición al VIH-Sida. En líneas generales, la Tabla 2, muestra que las diferencias observadas entre las distintas condiciones no alcanzan la significación estadística en ninguno de los momentos de evaluación. De igual forma, las oscilaciones que muestra cada uno de los grupos en cuanto a su evolución individual no presentan relevancia a nivel estadístico.

Sin embargo, cabe matizar cómo el G1 mejora de manera progresiva tanto en el postest como en el primer seguimiento y aunque su puntuación desciende en el segundo seguimiento, sigue mostrando un resultado mayor que el presentado en el pretest.

Tabla 2. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Probabilidad percibida de infectarse”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	F	p
G1	13,91	18,09	15,33	20,69	23,28	31,24	17,89	28,55	1,60	0,241
G2	29,19	43,78	30,56	31,88	27,62	24,05	17,63	22,81	0,27	0,607
GC	21,17	21,40	26,05	33,05	25,87	34,01	24,00	33,75	1,77	0,207
ANOVA	F	0,23	1,57	0,09	0,23					
	p	0,798	0,216	0,913	0,792					

Información para la prevención del VIH. Sí, pero ¿de qué modo?

El G2, por su parte, muestra las puntuaciones más elevadas en todos los momentos de evaluación, exceptuando el segundo seguimiento en el que se ubica en el último lugar frente al Grupo Control que puntúa de manera superior que los anteriores. Si bien es cierto, dicho grupo desciende sus puntuaciones desde el postest tanto en el primer como en el segundo seguimiento.

Confianza en el uso del preservativo. La tercera variable se evalúa mediante una escala likert que puntúa de 0 (nada) a 3 (mucho). En un primer término, el análisis de la evolución aislada de cada una de las variables muestra cómo el G1 obtiene diferencias significativas relevantes (véase Tabla 3). En este sentido, se observa cómo el grupo que participa en la charla informativa mejora tras la intervención y puntúa de manera más elevada en el segundo seguimiento ($\bar{X}=2,78$, $DT=0,44$).

Tabla 3. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Confianza en el uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA		
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	F	p	
G1	2,43	0,66	2,77	0,43	2,64	0,63	2,78	0,44	8,90	0,017	
G2	2,35	0,69	2,42	0,71	2,45	0,59	2,31	0,67	0,17	0,686	
GC	2,47	0,61	2,53	0,61	2,56	0,81	2,78	0,42	1,59	0,229	
ANOVA	F	0,25		2,08		0,34		3,68			
	p	0,780		0,134		0,711		0,034			

A pesar de que tanto el G2 como el GC, presentan también una mejora en el postest no lo hacen de manera tan notable como el G1 que, en las evaluaciones realizadas tras la intervención, ocupa el lugar más destacable de los tres compartido con el GC en el segundo seguimiento. En este momento, las diferencias que se observan entre las distintas condiciones experimentales alcanzan la significación estadística ($F=3,68$, $p \leq 0,034$).

Intención de realización conducta preventiva. A continuación se muestran las tablas que incluyen los resultados relacionados con el propósito de emplear de modo sistemático el preservativo en distintas prácticas sexuales, evaluando dicha intención según una escala likert que oscila entre 0 (ninguna) y 3 (mucho).

Coito vaginal. La tabla 4 muestra los resultados relacionados con la intención de uso del preservativo en la relaciones de coito vaginal. Aunque, en líneas generales, no se aprecian diferencias con significación estadística sí se observan algunos contrastes entre las distintas condiciones experimentales.

Información para la prevención del VIH. Sí, pero ¿de qué modo?

Tabla 4. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Intención conducta preventiva coito vaginal”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z(p) Pre-post	Z (p) Pre-Seg1	Z (p) Pre-Seg2
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT			
G1	2,00	1,41	2,67	1,00	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	–
G2	2,63	0,92	2,57	0,85	2,89	0,33	3,00	0,00	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	-1,34 (0,180)
GC	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	–	–	–
ANOVA	F	0,65		0,49		0,47		—			
	p	0,538		0,620		0,635					

En este sentido, parece que el G1 es el que muestra una evolución más destacada si se tiene en cuenta que partía de una puntuación inferior en el pretest que mejora, hasta alcanzar la máxima, en el primer seguimiento. De forma similar, aunque el G2 desciende algo en la evaluación posttest, presenta una mejoría tanto en el primer como en el segundo seguimiento. Por su parte, es cierto que el Grupo Control arroja la mayor puntuación pero lo hace ya desde la evaluación pretest.

Sexo oral. Al igual que ocurría en la variable anterior, las diferencias entre las condiciones experimentales en la intención de uso del preservativo en el sexo oral, se observan solamente a nivel clínico (ver Tabla 5). Cabe destacar, sin embargo, cómo mientras el G1 aumenta su puntuación pretest en el primer y segundo seguimiento, tanto el G2 como el GC disminuyen su puntuación pretest ya desde la evaluación posttest. No obstante, ninguna de estas evoluciones alcanza significación estadística relevante.

Tabla 5. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Intención conducta preventiva sexo oral”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z(p) Pre-post	Z (p) Pre-Seg1	Z (p) Pre-Seg2
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT			
G1	1,60	1,52	1,60	1,26	1,80	1,30	2,25	0,95	-1,41 (0,157)	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)
G2	2,00	1,07	1,54	1,05	1,50	1,07	1,12	0,83	-0,27 (0,785)	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)
GC	2,00	0,00	1,66	1,36	1,50	1,73	1,50	0,70	–	–	–
ANOVA	F	0,16		0,02		0,90		2,28			
	p	0,850		0,976		0,911		0,148			

Información para la prevención del VIH. Sí, pero ¿de qué modo?

Coito anal. En la Tabla 6 se muestran los resultados relativos a la intención de uso del preservativo para el coito anal. En este marco no se han encontrado diferencias con significación estadística, no obstante, sí pueden mencionarse algunos aspectos destacables.

Tabla 6. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Intención conducta preventiva coito anal”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z(p) Pre-post	Z (p) Pre-Seg1	Z (p) Pre-Seg2
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT			
G1	2,14	1,21	2,55	1,01	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G2	2,87	0,35	2,67	0,49	2,60	0,89	2,57	0,79	-0,57 (0,564)	-0,45 (0,655)	-0,45 (0,655)
GC	2,67	0,58	2,64	0,72	2,25	0,96	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	–
ANOVA	F	1,47	0,11		1,17		0,80				
	p	0,260	0,898		0,347		0,477				

Por ejemplo, si se atiende a la evolución aislada de cada uno de los grupos se observa cómo el G1 es el único que mejora de forma constante desde el posttest hasta el segundo seguimiento, alcanzando ya la puntuación máxima en el primer seguimiento. Tanto el G2 como el GC disminuyen su puntuación en el posttest y el primer seguimiento, si bien el Grupo Control se recupera en el segundo seguimiento compartiendo la puntuación máxima con el G1.

Relación sexual tras consumo de drogas. Dentro de la variable intención de uso del preservativo en una relación sexual mantenida tras el consumo de drogas, se observan algunas diferencias entre los grupos (ver Tabla 7).

Si se estudia la evolución aislada de cada uno de los grupos se observa, por una parte, cómo el G1 mejora a partir de la intervención y aumenta sus resultados de manera constante alcanzando la puntuación máxima en el primer seguimiento, cuya comparativa con el pretest alcanza la significación estadística ($Z=-2,24$, $p\leq 0,025$).

Tabla 7. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Intención conducta preventiva tras consumo drogas”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z(p) Pre-post	Z (p) Pre-Seg1	Z (p) Pre-Seg2
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT			
G1	2,20	1,30	2,30	1,25	3,00	0,00	3,00	0,00	-1,66 (0,098)	-2,24 (0,025)	0,00 (1,000)
G2	2,89	0,33	2,38	0,87	2,75	0,46	2,62	0,74	-2,89 (0,004)	-2,64 (0,008)	0,00 (1,000)
GC	3,00	0,00	3,00	0,00	2,50	1,00	2,00	1,41	-1,72 (0,083)	-1,72 (0,083)	0,00 (1,000)
ANOVA	F	1,67	0,96		0,87		1,25				
	p	0,223	0,395		0,441		0,323				

Por otro lado, se observa cómo el G2 desciende los resultados del pretest tanto en el postest como en el primer seguimiento, alcanzando dichas oscilaciones significación estadística, aunque luego se recupera. Si bien no la alcanzan en el caso del GC, también se observa cómo su puntuación pretest, mantenida en el postest, desciende en los seguimientos. De esta forma, a pesar de que el G1 mantenía las puntuaciones más bajas en el pre y el post, en los seguimientos posteriores se ubica con la mejor puntuación.

Conducta preventiva. A continuación se muestran los resultados relativos al uso sistemático del preservativo en distintas prácticas sexuales en base a una escala likert que puntúa de 0 (ninguno) a 3 (mucho).

Coito vaginal. En la Tabla 8 se aprecian los resultados relativos a la variable sobre el uso del preservativo en la relación sexual de coito vaginal. En líneas generales, las diferencias que se observan entre los tres grupos solamente llegan a ser estadísticamente significativas en la evaluación postest ($F=4,35$, $p \leq 0,024$) a favor del G1.

Información para la prevención del VIH. Sí, pero ¿de qué modo?

Tabla 8. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Conducta preventiva coito vaginal”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z(p) Pre-post	Z (p) Pre-Seg1	Z (p) Pre-Seg2	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT				
G1	2,45	0,99	2,80	0,42	2,11	1,36	3,00	0,00	-1,73 (0,083)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)	
G2	2,50	0,82	2,62	1,06	2,44	1,13	2,25	1,39	-0,45 (0,655)	-1,09 (0,276)	-1,00 (0,317)	
GC	2,12	0,88	1,55	1,51	1,30	1,42	1,50	1,43	-1,00 (0,317)	-1,51 (0,132)	-1,63 (0,102)	
ANOVA	F	0,82		4,35		2,56		2,82				
	p	0,448		0,024		0,096		0,081				

Asimismo cabe destacar, cómo el G1 supera a las demás condiciones experimentales también en el segundo seguimiento ($\bar{X}=3,00$, $DT=0,00$). De hecho, resulta ser el que en mayor medida se acerca a la significación estadística en la comparativa pre-post, según la Z de Wilcoxon ($Z=-1,73$, $p\leq 0,083$). El G2 también mejora su puntuación en el postest ($\bar{X}=2,62$, $DT=1,06$), sin embargo, no lo hace el grupo control ($\bar{X}=1,55$, $DT=1,51$) que disminuye su puntuación pretest en los demás momentos de evaluación.

Sexo oral. A nivel global, no se observan diferencias estadísticas significativas ni en el análisis diferencial de cada una de las estrategias ni en la evaluación aislada de cada una de ellas.

Tabla 9. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Conducta preventiva sexo oral”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z(p) Pre-post	Z (p) Pre-Seg1	Z (p) Pre-Seg2	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT				
G1	0,58	0,96	0,28	0,48	0,43	1,13	1,00	1,14	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	
G2	0,66	0,85	0,33	0,82	0,50	1,07	0,57	1,13	-1,00 (0,317)	-0,45 (0,655)	-1,34 (0,180)	
GC	0,37	0,97	0,22	0,63	0,67	1,12	0,72	1,27	-1,73 (0,083)	-1,41 (0,157)	-1,00 (0,317)	
ANOVA	F	0,11		0,09		0,01		0,15				
	p	0,892		0,917		0,906		0,863				

Quizá el resultado más cercano, lo obtiene el grupo control en la comparativa pre-post en el que la Z de Wilcoxon se muestra en sentido contrario al esperable ($Z=-1,73$, $p\leq 0,083$) puesto que, en el post-test, desciende el resultado del pretest. También es cierto que en los seguimientos posteriores mejora. Al igual que ocurre con el G1 y el G2 destacando, en mayor medida, la evolución del primero que en el segundo seguimiento obtiene la mejor puntuación de todas las evaluaciones ($\bar{X}=1,00$, $DT=1,14$).

Coito anal. A continuación se muestran los resultados relativos del uso del preservativo en la práctica del coito anal (véase tabla 10). En este sentido, probablemente por el tipo de variable, se observa una menor frecuencia de respuesta que en las anteriores aunque, igualmente, cabe matizar algunos aspectos.

En un primer término, cabe destacar cómo las diferencias apreciables entre las distintas condiciones llegan a ser significativas a nivel estadístico en la evaluación posttest ($F=6,84$, $p\leq 0,023$).

Tabla 10. Efecto diferencial distintas estrategias sobre "Conducta preventiva coito anal"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z(p) Pre-post	Z (p) Pre-Seg1	Z (p) Pre-Seg2	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT				
G1	0,75	1,39	2,00	1,73	0,00	0,00	-	-	-	-	-	
G2	0,80	1,09	3,00	0,00	1,50	2,12	0,00	0,00	-	-	0,000 (1,000)	
GC	1,17	1,47	0,20	0,45	1,50	2,12	1,50	2,12	0,000 (1,000)	-1,00 (0,317)	-	
ANOVA	F	0,18		6,84		0,20		1,00				
	p	0,837		0,023		0,833		0,423				

De esta forma, mientras el G2 ($\bar{X}=3,00$, $DT=0,00$) y el G1 ($\bar{X}=2,00$, $DT=1,73$) aumentan considerablemente su puntuación del pretest, el Grupo Control la desciende ($\bar{X}=0,20$, $DT=0,45$). Por otra parte, aunque el grupo control mejora sus puntuaciones en los seguimientos posteriores, no lo hace por encima del pretest.

Relación sexual tras consumo de drogas. En la Tabla 11 se observan los resultados relativos al uso del preservativo tras el consumo de drogas que si bien no muestran diferencias con significación estadística, destacan algunos aspectos entre las distintas condiciones experimentales.

Tabla 11. Efecto diferencial distintas estrategias sobre “Conducta preventiva tras consumo drogas”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z(p) Pre-post	Z (p) Pre-Seg1	Z (p) Pre-Seg2	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT				
G1	2,17	1,24	2,20	0,84	2,00	1,73	3,00	0,00	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	
G2	2,00	1,22	3,00	0,00	1,80	1,09	2,00	1,55	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	-0,45 (0,655)	
GC	1,56	1,51	1,50	2,12	1,25	1,50	0,75	1,50	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	
ANOVA	F	0,67		3,06		0,26		1,77				
	p	0,515		0,088		0,772		0,208				

En primer término, cabe recalcar cómo en la evaluación posttest las diferencias entre las mismas casi alcanzan la significación estadística ($F=3,06$, $p \leq 0,088$). En este momento, destaca la puntuación del G2 ($\bar{X}=3,00$; $DT=0,00$) seguida del G1 ($\bar{X}=2,20$, $DT=0,84$) y, por último, del Grupo Control ($\bar{X}=1,50$, $DT=2,12$). De esta forma, mientras los dos primeros grupos mejoran la puntuación del pretest, sobre todo en el caso del G2, el Grupo Control la disminuye al igual que lo hace en los seguimientos posteriores. Asimismo, se observa cómo a medio plazo destaca más el G1 que obtiene su puntuación máxima en el segundo seguimiento ($\bar{X}=3,00$, $DT=0,00$).

CONCLUSIONES

Para finalizar el estudio, cabe concluir una serie de elementos derivados del análisis de los resultados obtenidos y la naturaleza propia de la investigación en aras a profundizar en la eficacia diferencial de las estrategias de prevención del VIH-Sida.

En un primer término sería importante resaltar la existencia de cierta eficacia diferencial entre las distintas condiciones experimentales, desde un punto de vista clínico, a favor de la estrategia en la que ha intervenido un agente facilitador. Máxime, en las variables información y confianza en el preservativo donde incluso alcanza significación estadística, como en la intención de usar el preservativo tras el consumo de drogas.

Información para la prevención del VIH. Sí, pero ¿de qué modo?

Asimismo, es relevante destacar cómo dicha estrategia consigue una especie de transferencia entre variables en la medida en que afecta no sólo a aquellas variables basadas eminentemente en el conocimiento sino también a otras más valorativas, como la confianza en el preservativo o la realización de la conducta preventiva en el coito vaginal. Algo similar ocurre, aunque en menor medida, con la estrategia que incluye la lectura de la página Web, por ejemplo, en las primeras evaluaciones de la realización de conducta preventiva tras el consumo de drogas o en la práctica del coito anal.

También es necesario hacer constar que, probablemente, estos resultados podrían analizarse con mayor claridad si se hubiera contado con una mayor muestra participante en todo el desarrollo del proyecto que, a su vez, hubiera permitido evaluar estos cambios a mayor largo plazo.

No obstante cabe matizar como, desde un punto de vista clínico, ambas intervenciones parecen tener mejores resultados que la condición experimental del grupo control que no ha participado en ninguna intervención preventiva. En este caso concreto, parece que la eficacia de las estrategias informativas mejora si los conocimientos son transmitidos por un/a educador/a.

Considerando pues el contexto en el que nos enmarcamos, será necesario seguir profundizando en aquellos componentes que podrían estar facilitando el éxito de las estrategias informativas y así mejorar nuestras intervenciones preventivas.

REFERENCIAS

- ALBARRACÍN, D., DURANTINI, M. Y EARL, A. (2006): “Empirical and Theoretical Conclusions of an Analysis of Outcomes of HIV-Prevention Interventions”, *Current Directions in Psychological Science*, 15(2),73-78.
- BALLESTER, R. (2004): La prevención del Sida hasta nuestros días: ¿éxito o fracaso? *IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*, Sevilla, 25-27 marzo. Pág. 111-112
- BALLESTER, R., GIL, M.D. Y GIMÉNEZ, C. (2007): El “Cuestionario de Prevención del Sida (CPS): Análisis de la fiabilidad y validez. *X Congreso Nacional sobre el Sida*, San Sebastián, 6-8 junio. Pág. 135.
- BANDURA, A. (1994): “Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection.” En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention* (pp-25-60), Plenum Press, Nueva York.
- HUGHES-D’AETH, A. (2002): “Evaluation of HIV/AIDS peer education projects in Zambia.” *Evaluation and Program Planning*, 25(4), 397-407.
- Instituto de Salud Carlos III (2008): *Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro nacional de casos de Sida. Informe semestral nº2* recuperado el 9 de junio de 2009 de http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp
- JEMMOTT III, J.B. Y FRY, D.E. (2002): “The abstinence strategy for reducing sexual risk behavior.” En A. O’Leary, *Beyond condoms. Alternative approaches to HIV prevention* (pp. 109-137), Kluwer Academic/Plenum Publishers, Nueva York.
- KIRBY, D., LARIS., B.A. Y ROLLERI, L. (2007): “Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviours of young people throughout the world”, *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206-207.
- MITCHELL, K., NAYAMANKA, S., KAMALI, A. Y WHITWORTH, G. (2001): “Community-based HIV/AIDS education in rural Uganda: which channel is most effective?”, *Health education research*, 16(4), 411-423.
- ROSENSTOCK, I., STRECHER, V. Y BECKER, M. (1994): “The Health Belief Model and HIV risk behavior change”. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention* (pp.5-22), Plenum Press, Nueva York.
- TULDRÀ, A., FUMAZ, C., IZQUIERDO, I. Y FERRER, M.J. (2003): “[Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana](#)” en M. Pérez, C. Fernández, I. Amigo y J.R. Fernández (Coord), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces Vol. II* (pp.199-214), Pirámide, Madrid.