



Jornades de Foment de la Investigació

**GRADO DE CAMBIO
RELATIVO A LA
REALIZACIÓN DE
LAS PRUEBAS DE
ANTICUERPOS DE VIH,
EN UNA INTERVENCIÓN
DE PREVENCIÓN DE
VIH-SIDA, EN
FUNCIÓN DEL TIPO DE
FACILITADOR (PAR Y
EXPERTO). PROYECTO
FIPSE 12.436.**

Autors

Cristina GIMÉNEZ
Estefanía RUIZ
Rafael BALLESTER

INTRODUCCIÓN

La epidemia del Sida se ha constituido como uno de los problemas de Salud Pública más urgentes en toda la geografía mundial. Si bien es cierto que se ha producido un avance en los tratamientos, sólo una parte de la población, alrededor del 23% en el mundo, tiene acceso a los mismos. Se trata además de unos fármacos que todavía no erradican la enfermedad, aún producen efectos secundarios muy perjudiciales en los pacientes y que no evitan el estigma social que todavía hoy sufren las personas afectadas por el VIH-Sida. Se estima que en el mundo, diariamente, 6800 personas contraen la infección y 5700 fallecen, en su gran mayoría, en el continente africano (ONUSIDA, 2007:8). Este hecho debe considerarse, contemplando que la epidemia no sólo afecta a las personas que están infectadas sino a todas aquéllas vinculadas que deberán hacerse cargo de los cuidados y la atención personal y comunitaria. En este sentido, el Informe de Desarrollo Humano de Naciones Unidas identificó el Sida como uno de los factores que está provocando el mayor retroceso en la historia del progreso humano (PNUD, 2005:24).

En este panorama España, con más de 75.000 personas diagnosticadas desde el principio de la epidemia, se sitúa como uno de los países más afectados en Europa (Instituto de Salud Carlos III, 2007a:2). Es cierto que han descendido las cifras de infectados desde los años 90 pero, en buena medida, parece que dicho descenso ha sido facilitado por la mejora del tratamiento farmacológico. Además dicha disminución ha mostrado diferencias en función de la vía de transmisión del VIH. Esto es, mientras la vía de transmisión parenteral ha descendido su prevalencia, la transmisión por vía sexual parece estar aumentando en los últimos años. Sobre todo, en el caso de las relaciones heterosexuales de riesgo aunque parece que la transmisión por las relaciones homosexuales está aumentando también su prevalencia.

A todo lo anterior se suma otro de los aspectos que caracteriza la situación de la epidemia, la facilidad con la que se produce el subregistro de casos. Hechos como la latencia en la aparición de síntomas del VIH-Sida, la vulnerabilidad de los sistemas de vigilancia epidemiológica o el miedo a enfrentarse a los resultados contribuyen a este fenómeno. Concretamente en España, el 38% de población diagnosticada conoció su estado serológico a través de consultas relacionadas con otras enfermedades, sobre todo en el caso de las conductas de riesgo heterosexuales y homosexuales masculinas (Instituto de Salud Carlos III, 2007b:9). Como consecuencia del subregistro, se dificulta la adecuación y eficacia del tratamiento antirretroviral para los infectados y se facilita la transmisión del virus entre la población que realiza conductas de riesgo. En dicha transmisión, al igual que ocurre en la mayor parte del mundo, la población joven es la que presenta una mayor incidencia tanto de conductas de riesgo para la transmisión del VIH-Sida como de casos infectados. Dentro de este grupo se incluye la población universitaria que también presenta la realización de conductas de riesgo para la transmisión del VIH como el uso no sistemático del preservativo o la reticencia a la realización de las pruebas de detección de anticuerpos (Ballester, Gil, Salmerón, Benages y Pascual, 2001).

Ante esta situación y teniendo en cuenta que la transmisión del VIH se produce en la realización de ciertas conductas de riesgo, la prevención de riesgos y la promoción de la salud sexual se muestran como las alternativas más eficaces de acción para erradicar la epidemia. De hecho, algunas revisiones han mostrado cómo a partir de las intervenciones se han obtenido muchas mejoras en los conocimientos, actitudes y también en la

realización de las conductas de prevención (Kirby, Laris y Rolleri, 2007:213). Es cierto, sin embargo, que no en todas las intervenciones se han cumplido las elevadas expectativas que se habían proyectado sobre la prevención de riesgo y eso ha hecho que en los últimos años se debata sobre aquellas condiciones que permiten la eficacia de las acciones preventivas. Condiciones vinculadas con el tipo de metodología, la relevancia de los modelos teóricos en que éstos se basan, los escenarios de acción o el perfil de la población meta.

Uno de los temas que ha generado mayor controversia, dentro de este debate, es el relativo al agente de intervención. Es decir, al perfil que puede resultar más adecuado en la persona que facilita la intervención para que se optimicen los resultados. En este sentido se observan, en líneas generales, dos perspectivas. Por un lado, aquellos autores que apuestan por la intervención de pares, es decir, por la facilitación de una persona que comparta las características sociodemográficas de la población participante en las intervenciones aunque no tenga experiencia. Desde este punto de vista, se asume que en la medida en que el participante se reconozca en el facilitador de la intervención será más sencillo que asimile y procese la información (Karlin, 1996). Sin embargo, por otro lado, algunos autores se cuestionan dicha eficacia y proponen que la población experta como facilitadora tendrá mayor capacidad de transmitir confianza y credibilidad y, por tanto, mayor capacidad de influir y persuadir a los participantes (Borgia, Marinacci, Schifano y Perucci, 2005:512). En un término intermedio, también es cierto que otros autores proponen que será el tipo de temática y de intervención la que probablemente influirá en que un facilitador será más eficaz que otro (Ebreo, Feit-Price, Siete y Zimmerman, 2002:417).

A partir de lo anterior, se presenta este estudio incluido en un proyecto FIPSE más amplio sobre estrategias de prevención del VIH, que busca profundizar en la eficacia diferencial del tipo de facilitador en el desarrollo de las intervenciones de prevención de transmisión del VIH en población universitaria. En concreto, su efecto sobre el comportamiento consistente en la realización de las pruebas de detección de anticuerpos.

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general de la investigación, se delimita considerando la necesidad de optimizar los resultados en las intervenciones de prevención de riesgos para la transmisión del VIH, la importancia de potenciar la realización de las pruebas de detección entre la población general y la consideración de la población joven universitaria como un grupo vulnerable ante la epidemia. Concretamente, como objetivo se pretende averiguar el impacto de la variable facilitador (par y experto) en una intervención de prevención de la transmisión del VIH-Sida, relacionada con las pruebas de detección de anticuerpos.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo el estudio, se contó con una **muestra** de 186 estudiantes procedentes de la Universitat de València (49%) y la Universitat Jaume I de Castellón (51%). Tal y como muestra la Figura 1, la mayor parte de las personas participantes fueron mujeres en consonancia con la distribución de la población universitaria en la que las mujeres superan ampliamente a los hombres. De esta forma, frente al 74% de las mujeres los hombres suponen un 26%.

Figura 1. Distribución de la muestra según sexo.

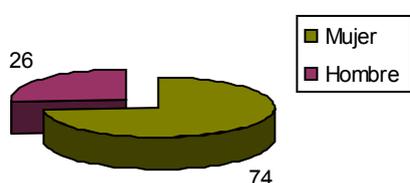
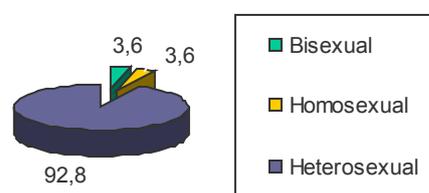


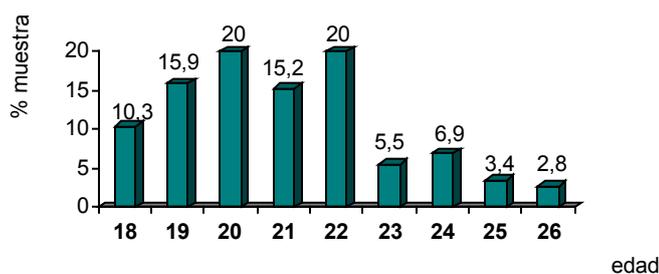
Figura 2. Distribución muestra según orientación sexual.



De igual forma, si se estudia la muestra en función de la orientación sexual (ver Figura 2), se observa cómo la mayor parte se declara heterossexual (92,8%), seguida de la homosexual (3,6%) y la bisexual (3,6%).

En función de la edad (ver figura 3), la muestra se ubica entre los 18 y los 26 años de edad con un promedio de 20,96 (DT=2,02). La mayor parte de los participantes, alrededor del 40%, se aglutinan entre los 19 y los 23 años.

Figura 3. Distribución de la muestra según edad



El **instrumento de evaluación** empleado fue el *Cuestionario de Prevención del SIDA* (Ballester, Gil, Guirado y Bravo, 2004:63), adaptado a la población meta del estudio. Se evaluó su consistencia interna obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,700 y su fiabilidad test-retest con una correlación de 0,830 (Ballester, Gil y Giménez, 2007:135).

Dicho instrumento cuenta con un total de 65 ítems en su versión de pretest y 54 ítems en la empleada para realizar el postest y los seguimientos. Esta diferencia radica en que la versión pretest incluía ítems que evaluaban variables disposicionales que no es esperable que cambien tras la intervención por lo que no tenía sentido su inclusión en el postest o seguimiento. En líneas generales, siguiendo los principales modelos sociocognitivos de la promoción de la salud, el instrumento recoge aspectos relativos a los conocimientos, las

actitudes, la autoeficacia, las intenciones de conducta y el comportamiento. Más específicamente, los ítems se refieren a las vías de infección por el VIH, el impacto del Sida, los métodos y conductas preventivas, las pruebas de detección de anticuerpos y la solidaridad hacia las personas infectadas. Dichos ítems, se estructuran en formato de escala likert, preguntas dicotómicas, de múltiple elección y abiertas.

En concreto, en el presente estudio se recogen resultados asociados a tres preguntas relativas a las pruebas de detección de anticuerpos relacionadas con la información sobre las pruebas, la intención de conducta de realizarse las pruebas y la conducta preventiva de preguntar a la pareja si se las ha realizado.

De esta forma, se recoge la información relativa a la **variable dependiente** relacionada con el *grado de cambio en las conductas de riesgo* relativas a las pruebas de detección de anticuerpos asumiendo que dichas conductas de riesgo incluyen conocimientos, intención de conducta y comportamientos de riesgo.

Por otra parte, la **variable independiente** está asociada al *tipo de facilitador* que ha realizado la intervención. Esta variable se establece en función de las características individuales de la persona distinguiéndose dos tipos: facilitador experto y facilitador par. El primero se define como una persona adulta, profesional y con experiencia en manejo y gestión de grupos que además tiene amplio conocimiento en el tema. El segundo, se define como una persona joven, estudiante universitaria, que sin tener demasiados conocimientos ni experiencia previa es formada y entrenada para la ejecución de la estrategia de prevención.

Procedimiento. El trabajo empírico de la investigación se desarrolló en 12 meses y se fundamentó en un diseño de investigación de comparación entre grupos con evaluación previa y posterior a la intervención, concretamente: una pretest, una inmediatamente después de la intervención, otra un mes después de la misma y la última, cuatro meses posteriores. La muestra se distribuyó en dos grupos experimentales, uno que participó en la intervención facilitada por el experto y otro que participó en la intervención realizada por el par. A nivel metodológico, dichas estrategias, incluyeron seis tipos de intervención que abordaron las principales variables criterio en la prevención del VIH: conocimientos, actitudes, habilidades sociales, destrezas motoras, emociones aversivas, sensibilización y solidaridad.

Con el interés de conocer el impacto diferencial que los facilitadores tenían en los participantes en lo relativo a las pruebas de detección de anticuerpos, el **análisis estadístico** se realizó en función del tipo de variables. Por una parte, para medir el impacto diferencial según el tipo de facilitador en las variables dicotómicas se calculó el χ^2 y en aquellas variables obtenidas con escala likert se calculó la Prueba t, considerando que ambas pueden ser utilizadas para el análisis de dos muestras independientes. Por otra parte, para evaluar la evolución de cada uno de los grupos se obtuvo, en las variables dicotómicas, la Q de Cochran y, en las variables sobre escala likert, el Análisis de Varianza (ANOVA). También en éstas se calculó el Modelo lineal de medidas repetidas (MANOVA) para comprobar el comportamiento del efecto momento, el efecto tipo de facilitador y el efecto interacción entre ambos.

RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos relativos al cambio de conducta sobre las pruebas de detección de anticuerpos que incluyen conocimientos, intención de realización de las mismas y la conducta preventiva de preguntar a la pareja.

La primera variable se construye a partir de un sumatorio de ítems relativos al significado de los resultados, el conocimiento sobre el periodo ventana y los lugares de realización de la prueba, obteniendo una puntuación que oscila entre el 0 (nada de información) y el 3 (mucho información). En un primer término se observa en la tabla 1 cómo tanto el efecto momento y el efecto tipo de facilitador muestran significación estadística. Es decir, son significativas las diferencias que existen, por un lado, entre los distintos momentos de evaluación en ambos grupos tomados conjuntamente y, por otro, entre las puntuaciones que arroja cada uno de los grupos experimentales en todas sus evaluaciones comparado con el otro. Asimismo, el efecto interacción entre los momentos de evaluación y el tipo de facilitador no muestra significación estadística.

Tabla 1. Cálculo de medidas repetidas en “Información sobre prueba detección anticuerpos”

MANOVA	F	p
Tipo momento	142,22	0,000
Tipo facilitador	1022,61	0,000
Interacción momento*tipo facilitador	0,49	0,485

Por otra parte, en la tabla 2 se observan diferencias significativas entre los distintos promedios obtenidos por los dos grupos en las evaluaciones, tal y como muestra el ANOVA para el grupo del experto ($F=71,50$; $p \leq 0,000$) y para el grupo del par ($F=71,67$; $p \leq 0,000$). Dichos resultados no son debidos a diferencias previas entre los grupos tal y como muestra el cálculo de la Prueba t en el pretest ($t=1,92$; $p \leq 0,056$).

Tras la intervención, se aprecia cómo ambos grupos experimentales mejoran su puntuación sin mostrar diferencias significativas a nivel estadístico entre ellos. En ambos casos, la puntuación más elevada resulta ser la del segundo seguimiento.

Tabla 2. Efecto diferencial de los facilitadores sobre “Información sobre prueba detección anticuerpos”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	1,30	0,95	2,47	0,70	2,49	0,69	2,57	0,55	F= 71,50 p=0,000
Par	1,00	0,92	2,27	0,84	2,27	0,77	2,41	0,80	F= 71,67 p=0,000
Prueba t	t=1,92 p= 0,056		t= 1,51 p= 0,133		t= 1,52 p= 0,131		t= 1,04 p= 0,302		

La segunda variable criterio se relaciona con la intención de conducta de realizarse la prueba de detección de anticuerpos, información recogida mediante una pregunta dicotómica (ver tabla 3).

Por un lado, se observa cómo existen diferencias significativas a nivel estadístico en el primer seguimiento ($\chi^2= 6,15$; $p \leq 0,013$) en el que el grupo facilitado por el experto arroja mejores resultados que el grupo

Grado de cambio relativo a la realización de las pruebas de anticuerpos de VIH, en una intervención de prevención de VIH-Sida, en función del tipo de facilitador (par y experto). Proyecto FIPSE 12.436.

facilitado por el par. Dicho resultado es independiente de las diferencias previas observadas entre ambos grupos ya que no resultan ser significativas estadísticamente ($\text{Chi}^2= 0,13$; $p\leq 0,713$).

En este sentido, se aprecia cómo el grupo del experto tras la intervención tiene puntuaciones más elevadas en cuanto a la intención de realizarse las pruebas que el grupo del par.

Tabla 3. Efecto diferencial de los facilitadores sobre “la intención de realizarse la prueba”.

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran (p)
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
Experto	17	83	34,4	65,6	33,3	66,7	33,3	66,7	2,45 ($p\leq 0,479$)
Par	20	80	20,3	79,7	12,2	87,8	15,4	84,6	3,00 ($p\leq 0,392$)
Chi ²	Chi ² = 0,13 p=0,713		Chi ² =2,98 p=0,084		Chi²= 6,15 p=0,013		Chi ² = 3,41 p=0,065		

Con independencia de lo anterior, ninguno de los dos grupos muestra diferencias significativas a nivel estadístico entre las distintas evaluaciones.

La última variable criterio, también de respuesta dicotómica, se relaciona con la conducta de preguntar a la pareja sobre si se ha realizado o no las pruebas de detección de anticuerpos. Si bien en líneas generales no se observan diferencias significativas a nivel estadístico se aprecian algunas diferencias relevantes a nivel clínico (ver tabla 4).

Tabla 4. Efecto diferencial de los facilitadores sobre “preguntar a la pareja sobre la prueba”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran (p)
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
Experto	15,4	84,6	20,3	79,7	16,3	83,7	20	80	2,77 ($p\leq 0,429$)
Par	13,6	86,4	9,7	90,3	12,7	87,3	14,6	85,4	1,20 ($p\leq 0,753$)
Chi ²	Chi ² = 0,081 p=0,776		Chi ² =2,78 p=0,095		Chi ² = 0,27 p=0,602		Chi ² =0,41 p=0,523		

En este sentido, se ve cómo el grupo facilitado por el experto mejora en la evaluación posttest y si bien desciende algo en el primer seguimiento se recupera en el segundo. En el caso del par, se observa un descenso en la evaluación posttest que se recupera en el primer y segundo seguimiento. Por ejemplo, en líneas generales también aquí la evolución del grupo del experto tras la intervención es más positiva que la del grupo par.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Una vez revisada la experiencia de intervención preventiva ante la transmisión del VIH-Sida y analizados los resultados relativos a las pruebas de detección de anticuerpos en función del tipo de facilitador, cabe concluir algunos aspectos.

En principio, a nivel global no parece mostrarse una eficacia diferencial en función del tipo de facilitador en lo que respecta a las pruebas de detección de anticuerpos. Sin embargo, a nivel más concreto, el tipo de facilitador se revela como importante en la intención de realizarse las pruebas siendo el grupo facilitado por el experto el que consigue un cambio más positivo tras la intervención. También en la conducta de preguntar a la pareja sobre su realización se observa una significatividad en los resultados a favor del grupo facilitado por el experto, aunque esta vez a nivel clínico. Sin embargo, en cuanto a la variable relativa a la información sobre las pruebas no se observan diferencias ya que tanto el grupo facilitado por el experto como por el par mejoran. Parece entonces que ambos tipos de facilitador resultan ser eficaces a nivel clínico.

No obstante parece que los resultados apoyan, en mayor medida, aquellas perspectivas que defienden la optimización de las intervenciones de prevención de VIH-Sida en la medida en que incluyen facilitadores expertos (Borgia et al, 2005) pero más todavía aquellas que proponen la eficacia diferencial del tipo de facilitador en función de la variable dependiente que se pretende modificar en la estrategia de prevención (Ebreo et al, 2002).

Así, tal y como se indica en otros estudios, se aprecia cómo la variable relativa a la información resulta ser más transformable que aquéllas otras relativas a la intención de conducta o a la propia conducta.

A partir de los resultados obtenidos en este estudio, será necesario profundizar sobre aquellas características individuales que influyen en la capacidad de un tipo de facilitador para optimizar los resultados en un tipo de intervención preventiva. Más todavía, será necesario combinar dichas características con el perfil de población participante y con los procedimientos metodológicos de las propias estrategias preventivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ballester, R., Gil, M.D., Salmerón, P., Benages, S. y Pascual, L.M. (2001). Prevención sexual del Sida en universitarios españoles. *1º Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Veracruz (México): 23-26 Mayo.

Ballester, R., Gil, M.D., Guirado, M.C. y Bravo, J. (2004). Eficacia de un programa de prevención del SIDA dirigido a estudiantes universitarios: datos preliminares. *IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Sevilla, 25-27 marzo. pp.63

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.

Borgia, P., Marinacci, Ch., Schifano, P. y Perucci, C. (2005). Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), pp.508-516.

Ebreo, A., Feist-Price, S., Siewe, Y. y Zimmerman, R. (2002). Effects of Peer Education on the Peer Educators in a School-Based HIV Prevention Program: Where Should Peer Education Research Go from Here?. *Health Education and Behavior*; 29(4), pp. 411-423.

Instituto de Salud Carlos III (2007a). Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro nacional de casos de Sida. Informe semestral nº2. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp

Instituto de Salud Carlos III (2007b). Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA. Periodo 2003-2006. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp

Karlin, S. (1996). Approaches to Grassroots AIDS Education in Africa: Culture as Ally. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. *Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies*. Nueva York: Plenum Press.

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), pp. 206-207.

ONUSIDA (2007). Informe sobre la epidemia mundial del Sida.

Disponible en http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/PNUD (2006). Informe Anual 2006: Una alianza mundial para el desarrollo. Disponible en http://www.undp.org/spanish/publicaciones/informeanual2006/IAR06_SP.pdf