

Evaluación individual y colectiva del cambio de creencias, actitudes y conductas sexuales ante el SIDA.

Ubillos, S. & Páez, D.

Dpto. de Psicología Social de la Facultad de Psicología de la UPV.

RESUMEN

A continuación se presentan los resultados obtenidos a partir de la evaluación de dos intervenciones de educación sanitaria preventiva ante el SIDA y enfermedades de transmisión sexual, en estudiantes de enseñanza secundaria de la Comunidad Autónoma Vasca. La recogida, codificación y análisis de datos, así como la búsqueda bibliográfica, fueron posibles gracias al proyecto de investigación 109.231-EA142/92 de la Universidad del País Vasco otorgada a un equipo dirigido por D. Páez (1992-1993).

El objetivo fundamental de esta presentación es ejemplificar así como mostrar la pertinencia de la utilización de contraste que permitan estudiar la existencia de un nivel grupal de fenómenos psicológicos, la aplicación de modelos multinivel, así como la aplicación de la validez individual a los resultados de un diseño de grupos no equivalentes.

La primera investigación se centró en contrastar los procesos grupales y su influencia, utilizando como muestra 40 clases o grupos de centros de enseñanza secundaria. Las variables dependientes del estudio se operacionalizaron mediante una escala de actitud ante el preservativo de tres ítems (alfa 0,52) una escala de norma subjetiva ante el preservativo de dos ítems y una pregunta acerca de la utilización del preservativo como método preventivo ante el SIDA (las variables fueron medidas después de la aplicación del tratamiento en el grupo experimental, y en la misma época para el grupo control).

La intervención confirmó, tanto mediante el estudio de los individuos ($n=846$) como de los grupos ($n=40$), que los sujetos que recibieron el tratamiento mostraban una mejor actitud ante el preservativo, percibían una norma subjetiva más favorable, así como una mayor intención de utilizar el preservativo.

Mediante el contraste del coeficiente intraclase se confirmó que, en general, existía una interdependencia en la respuesta de los sujetos en relación a la actitud ante el preservativo [$f(39,780) = 4,95, p < 0,05, r \text{ intraclase} = 0,16$] así como en relación a la norma subjetiva [$F(39,780) = 2,00, p < 0,05, r \text{ intraclase} = 0,046$]. Esto puede ser interpretado como una evidencia a favor de la existencia de una norma social o clima grupal favorable hacia el uso del preservativo, fenómeno grupal que resultó ser más relevante en el caso de las acti-

des que en el caso de la norma social percibida.

El cálculo del coeficiente de correlación intraclase para cada grupo, confirmó resultados significativos únicamente en el caso del grupo experimental respecto a la actitud [$f(21,400) = 2,83, p < 0,05, r \text{ intraclase} = 0,08$], y en menor medida respecto a la norma subjetiva [$F(21,400) = 1,55, p < 0,05, r \text{ intraclase} = 0,025$]. Por su parte, los valores de r intraclase obtenidos para el grupo de control fueron menores de 0,01, con valores de F no significativos, lo cual sugiere la independencia de las respuestas individuales. Al margen de la limitación de variabilidad debida al reducido número de grupos, estos resultados sugieren que la intervención educativa tiene éxito en la creación de una representación social o norma social favorable hacia el uso del preservativo.

De lo anteriormente expuesto se desprende que los coeficientes intraclase significativo obtenidos para la muestra total así como para el grupo de control, indican la existencia de un nivel grupal de actitudes y creencias de carácter normativo. Por ende, intentaremos contrastar un modelo multinivel o contextual e individual, simultáneamente. En este modelo contrastaremos la asociación entre indicadores individuales de actitud y norma subjetiva percibida, y medias grupales de actitud y de norma subjetiva como indicadores agregados del constructo colectivo norma social.

Examinando las correlaciones entre actitud, norma e intención del uso de

preservativo confirmados que tanto los indicadores individuales (actitud y uso de preservativos r punto biserial = 0,13, norma subjetiva y uso de preservativo $r = 0,08$) como colectivos (actitud colectiva y uso de preservativo $r = 0,051$ y norma subjetiva colectiva $r = 0,041$) se asocian a la intención de conducta. Asimismo, se confirma una mayor asociación colectiva o agregada que individual, ya que la correlación entre actitud y norma es de 0,32 para los indicadores individuales y de 0,68 para los colectivos.

Dado el carácter dicotómico de la variable dependiente, se ha aplicado un análisis discriminante a los datos en lugar de una regresión múltiple (la regresión log lineal dio lugar a resultados similares). Tomando como unidad de estudio el conjunto de los sujetos, tanto la actitud individual como la norma subjetiva mostraron resultados significativos, mostrando que los sujetos que no estaban dispuestos a utilizar el preservativo como medio contraceptivo, presentaban una actitud menos favorable (media 14,61 frente a 15,50, $F(1,845) = 14,6$; $p < 0,00$) y una norma subjetiva menos positiva (media 8,43 frente a 9,93, $F(1,845) = 5,53$; $p < 0,02$). Por su parte, el coeficiente estandarizado discriminante fue de 0,88 para la variable actitud, de 0,32 para la norma subjetiva y menores para el resto de variables.

Realizando el mismo análisis, pero tomando como unidad de análisis los sujetos pertenecientes al grupo experimental se encontró que, únicamente la actitud individual mostraba resultados significativos. Así, los sujetos que no mostraron disposición a utilizar el preservativo como método preventivo presentaban una actitud menos favorable hacia éste (media 15,41 frente a 16,03, $F(1,450) = 4,69$, $p < 0,03$). Por su parte, la media de norma subjetiva fue de 10,088 frente a 10,68. Respecto al coeficiente estandarizado discriminante, éste presentó valores de 0,92 para la actitud, de 0,22 para la norma subje-

tiva y menores para el resto de variables.

Estos resultados muestran que, por un lado, las variables individuales más próximas a la intención de conducta son las que mejor la explican y, por otro lado, aunque las variables colectivas se encuentran asociadas a las variables individuales (la correlación entre actitud individual y colectiva fue de 0,44 $p < 0,01$ y la correlación entre norma social individual y colectiva fue de 0,29, $p < 0,01$) estas no predicen específicamente la intención de conducta. Por otro lado, la norma subjetiva percibida de diferencia menos la intención de conducta en el grupo sometido a tratamiento. Si recordamos que este grupo es el que presenta coeficientes intracase significativos, podemos concluir que la norma subjetiva es más favorable, más interrelacionada entre los sujetos o más sionormativa, y por su mayor homogeneidad, se asocia menos a la intención de conducta en el grupo experimental. Esto se ve confirmado por la correlación punto-biserial entre actitud y uso de preservativo que resultó ser de 0,145 en el grupo de control y de 0,10 en el experimental, mientras que la misma asociación referida a la norma subjetiva fue de 0,124 y de 0,03, respectivamente (r 's significativamente diferentes según la prueba de z 's independientes).

Los resultados anteriores confirman la importancia de la actitud con respecto a la intención de conducta preventiva. No obstante, a continuación examinaremos más en detalle la relación entre cambio de actitud, norma subjetiva, creencias y cambio de conducta de riesgo, lo cual constituye un estudio más exigente del modelo sociocognitivo de actitudes.

A este respecto, la segunda investigación nos permitirá ilustrar la problemática de la validez individual. Los instrumentos son similares a los anteriores, agregándose una serie de ítems sobre costes y beneficios del preservativo. Esta serie de ítems operacionalizan el componente de creencias sobre la

actitud (recordemos que la actitud misma se operacionalizó mediante los tres ítems antes descritos de confianza, seguridad y despreocupación). Debido a la dificultad mostrada por los sujetos a la hora de diferenciar la expectativa de la valoración del atributo, se decidió utilizar una única medida para cada atributo, que podría definirse como más próxima a una puntuación de expectativa y que se presentó en formato de escala likert.

La operacionalización de los atributos referidos a costes (valoración negativa) y a beneficios (valoración positiva) se realizó en base a los resultados obtenidos en una investigación previa en la que se utilizó una muestra de jóvenes pertenecientes a la Comunidad Autónoma Vasca y a Madrid. Estas escalas de creencias mostraron un coeficiente alfa satisfactorio (alfa = 0,75 para costes y 0,70 para beneficios) así como una estabilidad satisfactoria (véase más adelante).

Por su parte, la conducta del sujeto se midió mediante una serie de preguntas "filtros": tiene relaciones sexuales o no; cuántas ha utilizado algún método preventivo; cuál ha sido. Para ser considerado un sujeto de no riesgo éste debe haber tenido relaciones sexuales, y haber utilizado en todas las ocasiones un método correcto (preservativo). La conducta de riesgo se operacionalizó como aquella que se realiza sin prevención o con un medio preventivo otro que el preservativo. Por su parte, la abstinencia se consideró como conducta de no riesgo.

Como se puede constatar en los resultados obtenidos, el tratamiento produjo una mejora significativa de la actitud ante el preservativo, de la norma subjetiva ante éste, una disminución de la percepción de costes y, en mayor medida, un aumento de los beneficios. Igualmente, provocó una disminución de las conductas de riesgo, mientras que no existió un cambio equivalente en el grupo de control.

Ahora bien, estos resultados se dan sobre el grupo como medida o por

centaje. Sin embargo, las teorías sobre las actitudes del tipo de la acción razonada presuponen que el aumento de la probabilidad percibida de atributos valorados positivamente y la disminución de la probabilidad percibida de atributos valorados negativamente son los procesos mediadores del cambio de actitud y de la intención de conducta del individuo. Por ello, debe tenerse en cuenta que los resultados basados en medias grupales no permite comprobar esta afirmación.

Con el objeto de evaluar la influencia de estos procesos mediadores, debemos contrastar de correlación individual existente entre cambio de creencias cambio de actitudes, cambio de normas y cambio de conducta. Una estimación del cambio de creencias y de actitud puedes extraerse sustrayendo a la puntuación del seguimiento, la puntuación obtenida en el pre-test.

A este respecto, una puntuación positiva en la escala de beneficios nos indicaría que el sujeto percibe más beneficios, mientras que una puntuación negativa significaría que el sujeto percibe menos beneficios después del tratamiento. El mismo argumento puede aplicarse a la evaluación de los costes.

Mediante la utilización de la puntuación de cambio precisa (PCP), se corrige la resta o indicador de cambio antes descrito, ya que se tiene en cuenta la estabilidad del instrumento o fiabilidad test-retest ($r = 0,38$ (953) $p < 0,000$ para actitud, $r = 0,52$ (953) $p < 0,000$ para los costes y $r = 0,62$ (953) $p < 0,000$ para los beneficios). Además, esta puntuación tiene en cuenta el error muestral ya que utiliza la desviación típica de los grupos en el pre-test, de forma tal que la PCP indica para cada sujeto cuál es la probabilidad de que haya habido un cambio significativo, teniendo en cuenta la puntuación de error y el error muestral:

$$PCP = \frac{M_2 - M_1}{D \text{ diff}}$$

$$D \text{ diff} = [2(DE)^2]^{1/2}$$

$$DE = DT1 (1 - r_{12})^{1/2}$$

Así, un valor superior a 1,96 significa un cambio significativo para un individuo. Utilizando este criterio, el 20% del grupo experimental mostró un cambio significativo respecto a su actitud, frente a un 5% en el grupo de control (un tamaño del efecto del 15%). Utilizando una prueba de diferencia de medias, la media de PCP del grupo control resultó ser de 0,15 frente a una media de 0,68 del grupo experimental ($t(951) = 4,81$, $p < 0,000$ dos colas). En este sentido, la PCP nos permite tener una visión más exigente del impacto del tratamiento, además de permitir detectar cuáles son los sujetos sobre los que hay que mantener o reforzar el tratamiento. En cuanto a los costes y beneficios, se encontraron resultados similares a los expuestos referidos a la actitud del sujeto. Sin embargo, dado el carácter de árbol categorial de decisión de la variable conductual, no pudo aplicarse la puntuación de cambio precisa.

Por otro lado, y tomando como unidad de análisis a los sujetos que indicaron tener experiencia sexual ($n = 136$) de la muestra total, se encontró que la correlación entre la puntuación de cambio de la actitud y los niveles de conducta de riesgo fue de 0,11 para la actitud y de 0,001 respecto a la norma subjetiva, ambas no significativas. Tomando como objeto de estudio los sujetos sometidos a tratamiento, ya que se puede argumentar que dichos sujetos son los que deben mostrar un cambio así como una mayor asociación entre creencias, actitud y conducta, encontramos que las correlaciones son similares a las extraídas de la muestra general ($r = 0,09$ y $r = 0,001$ respectivamente, $n = 123$) y no significativas.

Por su parte, la correlación entre la puntuación de cambio de los costes/beneficios y los niveles de conducta de riesgo resultó ser de $r = 0,01$ para los costes y de $r = 0,15$ (136), $p < 0,04$ para los beneficios, en el caso de la muestra global. Analizando únicamente los sujetos sometidos a tratamiento, la correlación resultó ser de 0,13 (123),

$p < 0,08$ para cambio de beneficios y de $-0,02$ (no significativa) para cambio de costes.

En síntesis, aunque el tratamiento mejora las creencias, las actitudes y las normas sociales percibidas, constatamos que únicamente el cambio de beneficios se asocia, de forma coherente con la teoría sociocognitiva, al cambio conductual. Debe destacarse que dicha asociación es media baja, aunque los grados de libertad y la variabilidad son importantes.

Además, examinando las medias referidas al cambio conductual, constatamos que los sujetos que dejan de usar métodos preventivos (para el 91% esto quiere decir preservativos) muestran un cambio tan positivo como los sujetos que los usan de forma estable. A este respecto debe tenerse en cuenta que la relación lineal entre grupos de riesgo y cambio de beneficios se da únicamente en los grupos que no utilizaban métodos preventivos y no los utilizan, los que los utilizaban y los utilizan y los que no los utilizaban y ahora los utilizan, como puede comprobarse en los resultados presentados a continuación, referidos a la muestra total (el perfil es similar si se utiliza únicamente los sujetos del grupo experimental).

Grupo de riesgo	Media Cambio Beneficios
Grupo conducta uno Riesgo Máximo (-2): usaban y dejan de usar metodos preventivos	3,67
Grupo de Conducta dos riesgo Medio (-1): no usaban y no usan métodos preventivos	1,56
Grupo conducta tres No Riesgo Medio (1): usaban y usan métodos preventivos	3,23
Grupo conducta cuatro No Riesgo Máximo (2): no usaban y usan métodos preventivos	5,46

Discusión

Estos resultados, desde el punto de vista metodológico, nos sirven para ilustrar la falacia colectiva asociada al análisis de medias y el problema de la validez individual.

Desde el punto de vista de la intervención, nos muestran la importancia de reforzar las creencias positivas antes que debilitar las negativas (efecto de asimetría también encontrado en otras áreas: las creencias o expectativas positivas se asocian a, o refuerzan la conducta de manera más fuerte y consistente, en comparación a la asociación negativa o inhibitoria entre expectativas negativas y conducta).

Desde un punto de vista conceptual, los resultados obtenidos cuestionan los procesos mediadores cognitivos asociados al cambio de conducta y actitudinal. Estos resultados se pueden interpretar de diferente forma:

a) En primer lugar y confirmando la idea de neuropsicólogos como Gazzaniga y de psicólogos sociales como Joule, autores que afirman que el conocimiento declarativo (lo que sé y verbalizo sobre un objeto) y el conocimiento procedimental a procedural (cómo actúo) tiene funcionamientos paralelos e independientes, es decir, operan en módulos cognitivos y con bases neuropsicológicas diferentes. Esto llevaría a orientar la intervención en un sentido más conductual y de aprendizaje de habilidades sociales, más que de cambio de creencias y actitudes.

b) Se puede interpretar como resultados asociados a la relativamente menor fiabilidad de las escalas de actitud y de norma subjetiva (pruebas que constan de 3 y 2 ítems, respectivamente, con valores de alfa medios, como es común en escalas de este carácter). Sin embargo, esta crítica no sería válida para la escala de costes.

c) Una tercera interpretación sería postular que la no utilización del pre-

servativo se explica más por variables situaciones (dificultad de negociar su uso en relaciones casuales poco previsibles y controlables) y relacionales (una vez instaurada una relación de confianza se pasa de utilizar medios anticonceptivos como el preservativo, a usar métodos más estables, como la píldora, el DIU y el diafragma). El hecho de plantear seguir utilizando el preservativo implica cuestionar dos elementos prototípicos de la relación íntima, a saber, la confianza y la fidelidad.

d) Otra interpretación plausible es la referida al tipo de sujetos que componen la muestra; sujetos poco expertos en el área objeto de estudio y con actitudes al respecto en formación. Esto podría explicar la débil asociación entre creencias, actitudes y conducta. Recordemos, no obstante, que estos resultados fueron extraídos de la muestra de sujetos con experiencia sexual. Además, se supone que los objetos menos expertos debería mostrar una mayor asociación entre actitud y conducta que entre creencias y conducta, siendo la actitud quien predice esta última. Sin embargo, este extremo no se corrobora en nuestros resultados ya que son las creencias las que se encuentran asociadas a la conducta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COOK, T.D., CAMPBELL, D.T. & PERACCHIO, L. (1990). Quasi-Experimentation. En M. Dunnette & L.M. Hough (Eds.). *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Palo Alto, L.A., Consulting Psychology Press.

COOK, T.D. & SHADISH, W.R. (1994). Social Experiments: Some Developments over the past fifteen years. *Annual Review of Psychology*, 45, 545-580.

GONZALEZ, V. & PEIRO, J.M. (1992). *Técnicas de Investigación Multinivel en*

las Organizaciones. En M. Clemente (Ed.), *Manual de Métodos y Técnicas de Investigación en Psicología Social*. Madrid: Eudema.

JUDD, CH. M., McCLELLAND, G.H. & CULHANE, S.E. (1995). Data Analysis: Continuing issues in the everyday analysis of psychological data. *Annual Review of Psychology*, 46, 433-465.

KENNY, D. & LAVOIE, C. (1984). The social relations model. En L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, 8, 139-180. New York: Academic Press.

KIRBY, D. (1992). School-Based Prevention Programs: Design, Evaluation, and Effectiveness. En R.J. DiClemente (Ed.) *Adolescents and AIDS. A generation in Jeopardy*. Newbury Park, California, Sage.

PAEZ, D., ECHEBURÚA, E. & BORDA, M. (1993). Evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos: una prueba metodológica. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46, 2, 187-198.

PERACCHIO, L. & COOK, T. (1988). Avances en el diseño cuasi experimental. En I. Dendaluce (Ed.) *Aspectos metodológicos de la investigación educativa*. Madrid, Narcea (II Congreso Mundial Vasco).

REICHARDT, C.S. (1979). The statistical analysis of data from non equivalent group designs. En T.D. Cook & D.T. Campbell (Eds.). *Quasi-experimentation*. Chicago, Rand McNally.

UBILLOS, S. & PIZARRO, M. (1993). Programas de educación sanitaria para jóvenes no escolarizados. En A. Vega (Ed.) *Educación y Sida: problemática y respuestas*. San Sebastián, XI Cursos de Verano UPV.