*Análisis y Modificación de Conducta, 1993. Vol. 19. Nº 68*

# PERCEPCION DEL RIESGO PERSONAL DE SUFRIR EL SIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: IMPLICACIONES RESPECTO A LA ADOPCION DE COMPORTAMIENTOS PREVENTIVOS [1]

**Montserrat Planes Pedra**

## RESUMEN

*Se evaluaron mediante un autoinforme las percepciones de riesgo personal de sufrir el SIDA en dos muestras de estudiantes universitarios (n1= 100 y n2= 28) de ambos sexos y con diferente grado de interés por la prevención del SIDA.*

*Los resultados muestran la existencia del llamado "sesgo optimista" (Weinstein, 1982) en las evaluaciones medias de ambos grupos.*

*En la discusión se analizan las posibles causas del sesgo optimista, se ponen de manifiesto las probables consecuencias negativas de estas creencias erróneas sobre la prevención, y se proponen estrategias para reducir o eliminar el sesgo, a fin de que los programas preventivos tengan mayor eficacia.*

**Palabras clave:** *PERCEPCION DEL RIESGO, PREVENCION, SIDA*

## SUMMARY

*The perception of personal risk of suffering from AIDS in two samples of university students (n1= 100 and n2= 28) of both sexes and with*

1. Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB89-0312 de la DGICYT del Ministerio de Educación y Ciencia

*different degrees of interest for AIDS prevention were evaluated by means of a questionnaire.*

*The results show the existence of the so-called "optimistic bias" (Weinstein, 1982) in the average evalautions of both groups.*

*In the discussion we analyze the possible causes of optimistic bias; demosntrate the probable negative consequences of the erroneus beliefs about prevention; propose some strategies for reducing or eliminating this bias, in order to improve the efficiency of preventive programmes.*

**Key words:** *RISK PERCEPTION, PREVENTION BEHAVIOUR, AIDS.*

Desde que en 1981 se diagnosticaron los primeros casos de Sida en los EE.UU., la transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIIH) causante de esta enfermedad se ha ido extendiendo y todos los grupos sociales (Blake, 1991).

Una de las consecuencias producidas por la expansión de la infección, ha sido la modificación del lenguaje utilizado en los mensajes de salud, que ha pasado de alertar sobre los llamados "grupos de riesgo" a poner el énfasis sobre los "comportamientos de riesgo".

Este cambio en el enfoque de la información preventiva es muy importante, no sólo evita un incremento en la culpabilización y discriminación de un sector de la población: adictos a las drogas, homosexuales, etc. -sin tomar en consideración que pueden tener prácticas sexuales o de drogadicción que no les pone en riesgo de infectarse, o infectar a otros, con el VIH-, sino porque - y creemos que es todavía más importante- impide que el resto de la población siga pensando que está libre de todo riesgo, al no pertenecer a ninguno de los diferentes grupos mencionados.

Sin embargo, tampoco se debe olvidar que algunos colectivos, ya sea en razón de la edad o del sexo, o por motivos socioeconómicos (cultura, recursos, etc) pueden correr más riesgos que otros. Este sería el caso de los jóvenes que, en general, tienen mayor peligro que los adultos de infectarse con el VIH a través de las relaciones heterosexuales (Bowler *et al.*, 1992; Weisse *et al.*, 1990).

Las razones que apoyan este punto de vista son varias. Desde hace unos 20 o 25 años, en los paises occidentales se han liberalizado los comportamientos sexuales, de manera que, frecuentemente, los jóvenes inician sus

relaciones sexuales en la adolescencia y tienen varias pareja sexuales antes de consolidar una relación estable y duradera (Ford, 1992; Greig y Raphael, 1989; Mittag, 1991).

Por otra parte, se ha comprobado que los jóvenes apenas utilizan el preservativo, ya sea como anticonceptivo o para prevenir enfermedades de transmisión sexual (ETS) (Boyer y Kegeles, 1991; Cates y Bowen, 1989; Olmos, 1989; Puerto, 1989). También hay que tener en cuenta que es en la adolescencia cuando existen mayores probabilidades de que los jóvenes experimenten con las drogas (Keller et al., 1991; Trocki y Leigh, 1991; Weisse et al., 1990).

En diferentes estudios se ha comprobado que el uso de drogas estimulantes como la cocaína incrementa la probabilidades de mantener relaciones sexuales de riesgo (Friedman et al., 1990) y que el alcohol o la marihuana producen resultados parecidos, debido a sus efectos desinhibitorios (Keller et al., 1991; Trocki y Leigh, 1991; Weisse et al., 1990), lo cual todavía es más preocupante ya que el alcohol es una droga ampliamente utilizada entre los jóvenes (Nathan, 1983). Incluso una droga reductora del deseo sexual, como es la heroína, puede actuar incrementando los comportamientos sexuales de riesgo, ya que algunos adictos suelen intercambiar sexo por drogas o se prostituyen para obtener el dinero con que comprarlas (Bravo y De la Fuente, 1992). Por otra parte, no hay que olvidar que, en el contexto social de la drogadicción, se incrementan las probabilidades de mantener relaciones sexuales con personas que son portadoras del VIH, puesto que la prevalencia de infectados en estos grupos es superior a la de la población general. Así mismo, en un estudio realizado por la autora (Planes, 1991) se observó que jóvenes adictos a las drogas en período de desintoxicación y que habían dado negativo en la prueba de anticuerpos frente al VIH, continuaban poniéndose en riesgo de infectarse con el virus al no utilizar el preservativo en sus relaciones sexuales con parejas que podían entrañar algún riesgo de contagio, riesgo que, sin embargo, ellos no habían percibido (Planes, 1991). Finalmente, otro factor a tener en cuenta es la facilidad que existe, en nuestros días, para desplazarse de un país a otro, ya sea por motivo de estudios, trabajo, vacaciones, etc. lo que favorece la expansión de esta enfermedad.

En síntesis, se podría decir: 1) que los jóvenes tienen más probabilidades que los adultos de entrar en contacto con una persona contagiada con el VIH, y 2) que debido a sus hábitos de comportamiento sexual no preventivos, es más probable que se infecten con el virus. Es evidente, por tanto,

que se debe procurar que los jóvenes conozcan con mayor exactitud el riesgo real que corren y modifiquen eficazmente su comportamiento.

En cuanto a los procedimientos para lograr este objetivo, se ha comprobado que, por lo general, la información sobre las diferentes vias a través de las cuales se produce el contagio y los distintos tipos de comportamiento que los impiden, son condiciones necesarias pero no suficientes para que las personas hagan prevención (Basch, 1989; Bayés, 1992; Keller et al., 1991; Weisse et al., 1990).

Respecto a otros factores influyentes, en investigaciones anteriores realizadas en el campo de la prevención de la salud, se han detectado una serie de variables tanto cognitivas, como conductuales y psicosociales que incidirían sobre la puesta en práctica de los comportamientos preventivos aconsejados.

Uno de los factores más estudiados ha sido la variable cognitiva: "percepción del riesgo personal" frente al posible padecimiento de un trastorno de salud. Dicha variable también ha recibido el nombre de "creencia en la propia susceptibilidad" o "percepción de vulnerabilidad" (Kirscht, 1983, Weinstein, 1982).

Se considera que el hecho de que un sujeto piense que tiene una alta probabilidad de padecer un trastorno puede actuar como un motivador para que ponga en práctica comportamientos preventivos. O a la inversa, si un sujeto cree que tiene una baja probabilidad de padecer un trastorno es más difícil que esté interesado en hacer prevención para evitarlo.

Evidentemente, no hay que olvidar que otras variables pueden modular la relación entre percepción de riesgo y conducta. Concretamente, según Kirscht (1983, p. 286) "cuando las personas creen que son susceptibles a un problema, que se trata de un problema grave, que existe un comportamiento eficaz para prevenirlo y que, además, éste no es muy costoso, existen mayores probabilidades de que esas personas hagan prevención".

Pero también hay que tomar en consideración las aportaciones de Weinstein (1982, 1984, 1987), quien ha llamado la atención sobre la existencia de sesgos optimistas en las evaluaciones de las personas respecto a su propia vulnerabilidad frente a los trastornos, de manera que los sujetos suelen valorar por debajo de la media sus probabilidades de padecer un trastorno, cuando se comparan con otras personas de su mismo sexo, edad y condición.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, en el presente trabajo nos hemos propuesto los siguientes objetivos:

1) Evaluar la percepción del riesgo propio de infectarse con el VIH en dos muestras de estudiantes universitarios, con diferente grado de interés por la prevención del Sida.
2) Valorar la posible existencia de sesgos.
3) Analizar las posibles causas que originan las creencias sesgadas de los sujetos y proponer intervenciones para reducir o eliminar el sesgo.

## PRIMER ESTUDIO

## METODO

### Sujetos

Participaron en el primer estudio 100 estudiantes universitarios de primer curso de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Los sujetos tenían edades comprendidas entre los 18 y los 34 años (x= 19.6 y SD= 2.6). Veintiocho de ellos eran varones, 69 mujeres y tres no consignaron este dato.

### Materiales

Se utilizó un Cuestionario anónimo en el que se recogían datos sobre el sexo y la edad y se evaluaba la vulnerabilidad percibidad mediante una pregunta elaborada por Weinstein (19823) y traducida por nosotros al castellano.

El texto de la pregunta y de las posibles categorias para la respuesta era el siguiente: "En comparación con los demás estudiantes de mi curso, de mi mismo sexo y edad, mis posibilidades de sufrir el Sida están: 1) Muy por debajo de la media, 2) Bastante por debajo de la media, 3) Ligeramente por debajo de la media, 4) Como la media, 5) Ligeramente por encima de la media, 6) Bastante por encima de la media, 7) Muy por encima de la media".

### Procedimiento

Durante una clase de una asignatura obligatoria de Primer Curso de Psicología, se pidió a los alumnos presentes en el aula su partipación en el estudio respondiendo un Cuestionario de manera voluntaria y anónima.

## RESULTADOS

En primer lugar ofrecemos los resultados descriptivos. En la Tabla 1 y en la Figura 1 podemos ver que el 61% de los sujetos juzgan que sus posibilidades de infectarse con el VIH están por debajo de la media, si se comparan con sus compañeros de curso del mismo sexo y edad.

**TABLA 1.- Riesgo personal percibido de padecer el Sida en una muestra de 100 universitarios de primer curso de Psicología**

| Riesgo percibido | n | % | % Acumulado |
|---|---|---|---|
| Muy por debajo de la media | 24 | 24 | 24 |
| Bastante por debajo de la media | 25 | 25 | 49 |
| Ligeramente por debajo de la media | 12 | 12 | 61 |
| Como la media | 36 | 36 | 97 |
| Ligeramente por encima de la media | 3 | 3 | 100 |
| Bastante por encima de la media | - | - | |
| Muy por encima de la media | - | - | |

Un 36% consideran que tienen las mismas posibilidades que la media. Unicamente el 3% creen que sus posibilidades de infectarse están por encima de la media. Destacaremos, por otra parte, que un 24% considera que su riesgo de infección está muy por debajo de la media.

Para comprobar si la tendencia al sesgo optimista que presentan estas evaluaciones es estadísticamente significativa, hemos seguido el mismo procedimiento empleado por Weinstein en su trabajo (Weinstein, 1982). Concretamente, se han realizado pruebas "t", comparando la media de la vulnerabilidad percibida por los sujetos con una media teórica (x= 4, SD= 1). Esta media es la que esperariamos encontrar si las evaluaciones estuvieran distribuidas normalmente, es decir, si no presentaran sesgo. Como podemos ver en la Tabla 2, el sesgo es muy significativo.

Así mismo, es interesante mencionar que no existen diferencias significativas (t= 0.43; p: 0.671) entre las evaluaciones de los hombres (x= 2.75; SD= 1.35) y de las mujeres (X= 2.62; SD= 1.21) respecto a su percepción del riesgo personal.

**FIGURA 1.- Percepción del riesgo personal de padecer el Sida en una muestra de 100 universitarios de primer curso de Psicología**

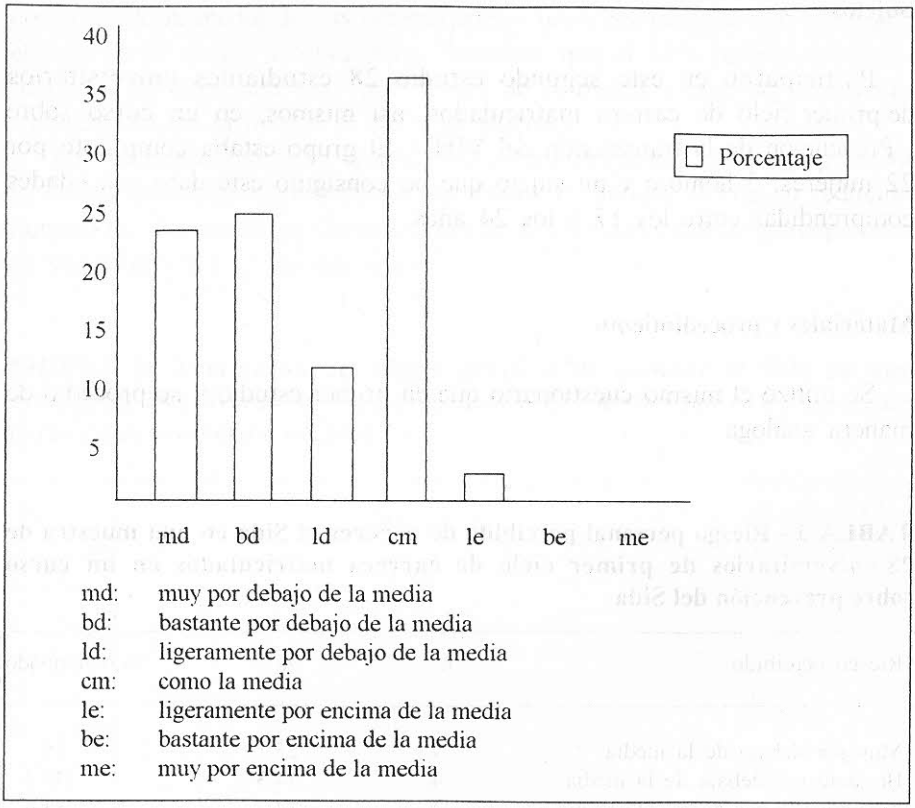


**TABLA 2.- Valoración del "sesgo optimista" en las percepciones personales de riesgo frente al Sida de los universitarios de primer curso de Psicología mediante la comparación de la media del grupo, respecto a una media teórica (x= 4, SD= 1)**

| | x | SD | z |
|---|---|---|---|
| Percepción personal de riesgo frente al Sida | 2.69 | 1.27 | 10.32 |

*: p< 0.001

## SEGUNDO ESTUDIO

### Sujetos

Participaron en este segundo estudio 28 estudiantes universitarios de primer ciclo de carrera matriculados, así mismos, en un curso sobre "Prevención de la transmisión del VIH". El grupo estaba compuesto por 22 mujeres, 5 hombre y un sujeto que no consiguió este dato con edades comprendidas entre los 17 y los 24 años.

### Materiales y procedimiento

Se utilizó el mismo cuestionario que en primer estudio y se procedió de manera análoga.

**TABLA 3.- Riesgo personal percibido de padecer el Sida en una muestra de 28 universitarios de primer ciclo de carrera matriculados en un curso sobre prevención del Sida**

| Riesgo percibido | n | % | % Acumulado |
|---|---|---|---|
| Muy por debajo de la media | 7 | 25 | 25 |
| Bastante por debajo de la media | 4 | 14.3 | 39.3 |
| Ligeramente por debajo de la media | 4 | 14.3 | 53.6 |
| Como la media | 11 | 39.3 | 92.5 |
| Ligeramente por encima de la media | 1 | 3.6 | 96.4 |
| Bastante por encima de la media | 1 | 3.6 | 100 |
| Muy por encima de la media | - | - | |

## RESULTADOS

En la tabla 3 y en la figura 2 podemos ver que los resultados de este grupo de sujetos son bastante similares a los del primer estudio.

El 53.6% considera que sus posibilidades de infectarse con el VIH

están por debajo de la media cuando se comparan con sus compañeros del curso, del mismo sexo y edad. Un 39.3% cren que sus posibilidades son como las de la media de sus compañeros y un 6.2% piensan que están por encima de la media. Destaquemos, también, que el 25% juzgan sus posibilidades de infectarse muy por debajo de la media y sólo se consideran "por encima de la media"el 7.2% (2 sujetos).

En este segundo estudio se comprueba igualmente que el sesgo optimista es estadísticamente significativo (Ver Tabla 4), aunque debido al reducido número de varones no se han calculado las diferencias entre las percepciones de vulnerabilidad de los dos sexos.

**FIGURA 2.- Percepción del riesgo personal de padecer el Sida en una muestra de 28 universitarios de primer ciclo de carrera matriculados en un curso sobre prevención del Sida**

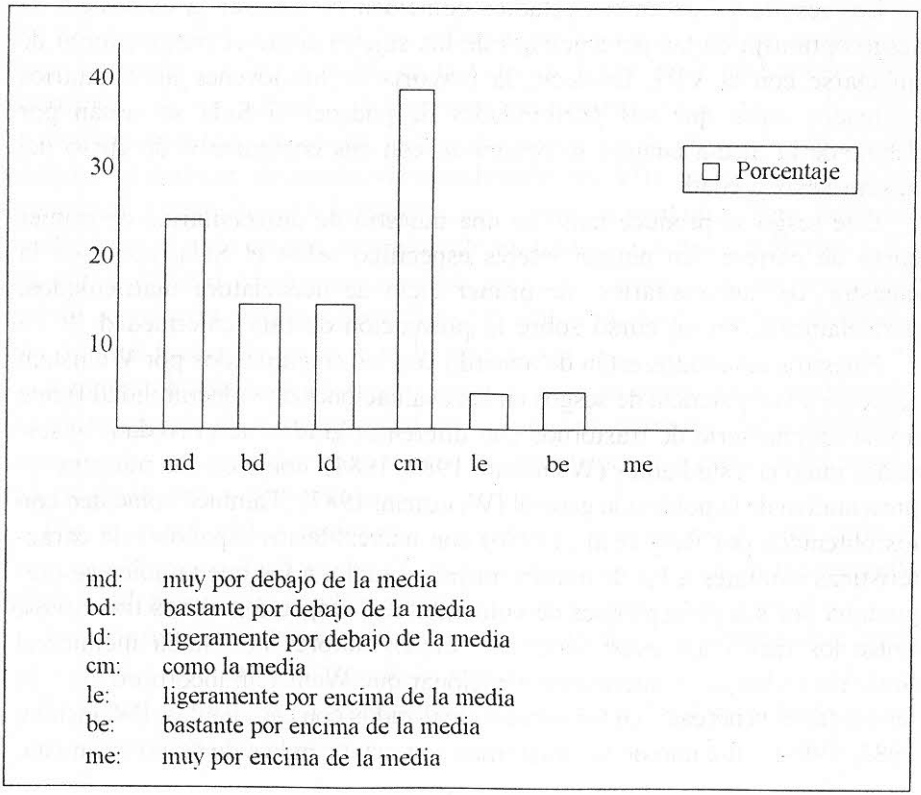

**TABLA 4.- Valoración del "sesgo optimista" en las percepciones personales de riesgo frente al SIda de los universitarios de primer ciclo de carrera, matriculados en un curso sobre prevención del Sida, mediante la comparación de la media del grupo, respecto a una media teórica (x= 4, SD=1)**

| | x | SD | z |
|---|---|---|---|
| Percepción personal de riesgo frente al Sida | 2.93 | 1.44 | 3.94* |

*: p< 0.001

## DISCUSION

Los resultados de ambos estudios coinciden en mostrar la existencia de sesgo optimista en las percepciones de los sujetos sobre el riesgo propio de infectarse con el VIH. Es decir, la mayoría de los jóvenes universitarios evaluados creen que sus posibilidades de padecer el Sida se sitúan por debajo de la media cuando se comparan con sus compañeros de curso del mismo sexo y edad.

Este sesgo se produce tanto en una muestra de universitarios de primer curso de carrera, sin ningún interés específico sobre el Sida, como en la muestra de universitarios de primer ciclo de licenciatura matriculados, paralelamente, en un curso sobre la prevención de esta enfermedad.

Nuestros resultados están de acuerdo con los comunicados por Weinstein respecto a la existencia de sesgos en las evaluaciones de vulnerabilidad frente a una amplia serie de trastornos con diferentes grados de gravedad, observados tanto en estudiantes (Weinstein, 1982, 1984), como en una muestra representativa de la población general (Weinstein, 1987). También coinciden con los obtenidos por Reig et al., (1986) con universitarios españoles de características similares a las de nuestro primer estudio, a los que también se preguntaba por sus percepciones de vulnerabilidad respecto a varios trastornos. Entre los trastornos examinados por dichos autores no estaba incluido el Sida, sin embargo es interesante mencionar que Weinstein incorporó las "en fer-medades venéreas" en los estudios realizados con estudiantes (Weinstein, 1982, 1984) y fue uno de los trastornos con mayor índice de sesgo optimista.

Destacaríamos, por otra parte, el hecho de que el sesgo exista incluso en el grupo de estudiantes que están interesados en la prevención del Sida. Esta constatación nos lleva a preguntarnos a qué puede ser debido que unos sujetos que no se consideran en riesgo (sea acertada o no su percepción) estén dispuestos a pagar unos costes (precio de la matrícula, horas de clase, etc) por asistir a un curso sobre la prevención de un trastorno que piensan que difilmente van a padecer.

Se nos ocurren dos posibles respuestas que, además, no consideramos incompatibles entre sí. La primera es de carácter metodológico y se refiere a las particularidades de la muestra, mientras que la segunda está relacionada con el marco teórico del modelo preventivo.

Por lo que afecta a la primera, la mayoría de los estudiantes estaban directa o indirectamente relacionados con el campo de la educación, por lo que podrian considerar el curso como un complemente de su formación profesional. En cuanto a la segunda, pensamos que es posible que exista una disociación, o un desfase temporal entre las diversas variables cognitivas que habitualmente se cree que influyen en los comportamientos preventivos: creencias (en la gravedad, en la vulnerabilidad, etc.), emociones (preocupación, etc.) y actitudes (intenciones preventivas, etc.).

Pudiera suceder que, en un primer momento, los sujetos se sientan vulnerables al conocer los modos de transmisión del VIH, en consecuencia se preocupen y comiencen a interesase por evitar el contagio. Pero también puede darse el caso de que, transcurrido un tiempo, tiendan a negar su propia vulnerabilidad como una forma de protección frente a la preocupación que su reconocimiento les provoca y, sin embargo, continúen manteniendo una actitud favorable respecto a la prevención.

Aunque todavía desconocemos si realmente se producen estos cambios en las percepciones de vulnerabilidad de los sujetos, así como su cronología, creemos que no sería desacertado que las intervenciones preventivas tuvieran presente esta vulnerabilidad.

Por lo tanto, dichas intervenciones deberían garantizar, en una primer fase, que el sujeto fuera capaz de evaluar de forma realista su propia vulnerabilidad basándose, fundamentalmente, en los siguientes aspectos:

1) la información existente sobre la gravedad de la infección con el VIH en las diferentes etapas de la enfermedad.
2) la prevalencia de la infección en los diferentes grupos sociales y en la sociedad en general.

3) las vias de contagio con el virus y las formas de evitar la infección.
4) su propia conducta sexual pasada y presente.

Evidentemente, el objetivo que se espera conseguir con este procedimiento es que los sujetos que realizan comportamientos sexuales de riesgo reconozcan que corren peligro de infectarse con el VIH, crean en las graves consecuencias negativas que tal contagio les podría acarrear en el presente y en el futuro, se preocupen y, en consecuencia, decidan hacer prevención.

Por consiguiente creemos que justamente en este momento debería comenzar una segunda fase del programa preventivo a fin de aprovechar el potencial motivador de la preocupación. El objetivo de esta etapa sería que los sujetos se comprometieran en el aprendizaje y en la práctica de los comportamientos sexuales preventivos recomendados. Por ejemplo, se debería ofrecer a los sujetos entrenamiento en los diferentes tipos de habilidades que se consideran necesarias para la prevención sexual eficaz (habilidades de comunicación para negociar con la pareja el tipo de comportamiento preventivo, incremento o mentenimiento de la asertividad, manipulación correcta del preservativo, etc.) y paralelamente ir construyendo, con los diferentes grupos que reciben entrenamiento, un compromiso social de apoyo a la prevención y de rechazo de los comportamientos sexuales de riesgo.

En nuestra opinión, no actuar de esta forma puede resultar notablemente peligroso puesto que, como han puesto de relieve Lazarus y Folkman (1986), cuando un sujeto se ve confrontado con la amenaza de padecer un trastorno sin disponer de recursos para hacerle frente con eficacia, una forma de reducir o eliminar el malestar que le causa la preocupación por verse afectado por el trastorno consiste en negar o minimizar la realidad de la amenaza, o evitar pensar en ella. Si esto estuviera ocurriendo en el caso del Sida, no sólo las campañas preventivas tendrían una eficacia limitada (por ejemplo, sólo en el caso de sujetos que ya dispusieran de unas habilidades adecuadas y de un medio social favorecedor de la prevención) sino que podría resultar contraproducente para los sujetos sin recursos suficientes, al poder generar en ellos creencias y actitudes antipreventivas (negar la veracidad de la información, el riesgo propio, etc.).

En resumen, nuestros resultados indican que las percepciones de vulnerabilidad de estos estudiantes examinados en 1992 están sesgadas de forma optimista, a pesar de que la mayoría de ellos han tenido información sobre el Sida desde que eran niños.

Estos resultados nos llevan a pensar que la información no sólo resultaría

insuficiente para promover y mantener cambios en los comportamientos, sino tamibén en las crencias.

Creemos que las consecuencias de esta situación pueden ser lo suficientemente graves como para profundizar en el estudio de las relaciones existentes entre las diferentes variables que influyen en la adopción y mantenimiento de los comportamientos preventivos -especialmente en el papel que desempeñen los factores temporales- a fin de elaborar y promover programas preventivos más eficaces.

## BIBLIOGRAFIA

**Basch, Ch. E.** (1989): Preventing AIDS through education: Concepts, strategies, and research priorities. ***Journal of School Health, 59***, (7), 296-300.

**Bayés, R.** (1992): Aportaciones del análisis funcional de la conducta al problema del SIDA. ***Revista Latinoamericana de Psicología, 24*** (1-2), 35-56.

**Blake, D.** (1991): The HIV/AIDS situation in the world and the Global Programme on AIDS. ***Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, 2*** (5), 74-76.

**Bowler, S.; Sheon, A.M.; D'Angelo, L.J. y Vermund, S.H.** (1992): HIV and IDS among adolescents in the United States: Increasing risk in the 1990s. ***Journal of Adolescence, 15*** (4), 345-371.

**Boyer, Ch. B. y Kegeles, S.M.** (1991): AIDS risk and prevention among adolescents. ***Society Scientific Medicine, 33*** (1), 11-23.

**Bravo, M.J. y de la Fuente, L.** (1991): Epidemiologia de la infección por VIH en los usuarios de drogas por via parental. ***Publicación Oficial d ela Sociedad Española Interdisciplinaria de SIDA, 2*** (8), 335-342.

**Cates, W. y Bowen, S.G.** (1989): Education for AIDS prevention: not our voluntary weapon. ***American Journal of Public Health, 79*** (7), 871-874.

**Friedman, S.R.; Des Jarlais, D.C.; Sterk, C.E.; Sotheran, J.L.; Tros, S. ; Woods. J.; Sufian, M. y Abdul-Quader, A.** (1990): AIDS and the social relations of intravenous drug users. ***The Milbank Quaterly, 68*** (Supl. 1), 85-110.

**Greig, R. y Raphael, B.** (1989): AIDS prevention and adolescents. ***Community Health Studies, 13*** (2), 211-219.

**Keller, S.E.; Barlett, J.A.; Schleifer, S.J.; Johnson, R.L.; Pinner, E. y Delaney, B.** (1991): HIV-Related sexual behavior among a healty inner-city heterosexual adolescent population in an edemic area of HIV. ***Journal of Adolescent Health, 12*** (1), 44-48.

**Kirscht, J.P.** (1983): Preventive health behavior: A review of research and issues.