



Asociación de Psicología de Puerto Rico

PO Box 363435 San Juan, Puerto Rico 00936-3435

Tel. 787.751.7100 Fax 787.758.6467

www.asppr.net E-mail: info@asppr.net

Revista Puertorriqueña de Psicología
Volumen 14, 2003

*Participación y Atrición en Proyectos de
Investigación del VIH/SIDA: Una Experiencia
Puertorriqueña*

Jaime Calderón-Soto, M.A.,

Milagros A. Méndez, Ph.D.

Blanca Ortiz-Torres, Ph.D.

&

Irma Serrano-García, Ph.D.¹

Universidad de Puerto Rico, Departamento de Psicología

Abstract

In Puerto Rico, it is difficult to get people to participate on research projects. This study presents data based on a 12 session intervention, that took place between 1997 and 1999 with HIV+ homosexual gay men (n=50). Thirty four percent of the participants did not attend the intervention, 36% attended partially, and 30% attended all sessions. The participants' age and the duration of the intervention were associated with attendance to the groups. Younger participants attended to less sessions than older participants. The shorter version of the intervention had a better attendance than the longer version. Some of the obstacles that impeded people to attend the intervention were: health conditions, side effects of the medication, weather conditions, and logistics to get to the meeting place.

¹Agradecemos la colaboración de Orlando Rojas, Iris Vega, Elías Rivera y Carmen Rivera. La correspondencia relacionada con este artículo puede dirigirse a Jaime Calderón-Soto, CUSEP, Apdo. 23174, San Juan PR 00931-3174. Correo electrónico: jaimecalderonsoto@costarricense.cr Abstract

Resumen

En Puerto Rico es difícil lograr que la gente participe en proyectos de investigación sobre VIH/SIDA. Este estudio presenta datos de una intervención grupal de 12 sesiones, realizada entre 1997 y 1999 con hombres homosexuales VIH+ (n=50). El 34% de ellos no asistió a la intervención, el 36% asistió parcialmente y el 30% la completó. La edad de los participantes y la duración de la intervención estuvieron asociadas con la asistencia. Los participantes más jóvenes asistieron a menos sesiones que los mayores. La intervención corta obtuvo más asistencia que la larga. Algunos obstáculos mencionados para asistir a la intervención fueron: estado de salud, efectos secundarios de los medicamentos, condiciones del clima y logística para llegar al lugar de reunión.

Cuando nos embarcamos en la tarea de realizar trabajos de investigación acerca del VIH/SIDA dependemos de que haya personas dispuestas a participar en ellos; sin participantes no hay desarrollo teórico ni impacto social posible. Por eso, si la atrición -entendida como la pérdida de participantes- no se controla puede alterar los resultados de la investigación y de los programas de prevención.

En este trabajo analizamos, de forma retrospectiva y correlacional, algunos factores asociados con los niveles de asistencia de 50 hombres homosexuales VIH+ a una intervención diseñada para aumentar sus destrezas de afrontamiento y sus conductas saludables (Ortíz-Torres, & Ortiz-Colón, (1995). Nuestro interés surgió de las dificultades que confrontamos para reclutar y mantener la asistencia de estos hombres a las sesiones de la intervención. Nuestro objetivo fue buscar elementos comunes tanto entre los hombres que no asistieron a la intervención, como entre aquellos que asistieron a la misma en forma parcial o total. Entre esos elementos incluimos variables demográficas, la etapa de desarrollo de su condición de salud y la duración de

la intervención. Consideramos que estudiar los factores que pueden influir en los niveles de asistencia a una intervención puede ser valioso para: (1) comprender aspectos de la intervención que retienen o no a los participantes; (2) explorar variables que puedan predecir su retención o pérdida, y (3) saber qué factores considerar cuando se diseñen estrategias de reclutamiento y retención para intervenciones futuras.

La Participación en Otras Intervenciones

El problema de la participación y de su contraparte, la atrición, no es nuevo. La búsqueda de respuestas a preguntas como: ¿cómo se explica la deserción? y ¿cómo mejorar las estrategias de reclutamiento y retención de participantes? se ha justificado más o menos del mismo modo: el aumento en la demanda y en el costo de los tratamientos, la conveniencia de distinguir entre quiénes perseverarán o no en el tratamiento y la necesidad de identificar los factores clínicos y de tratamiento que promueven la deserción, para cambiarlos. Este problema también ha sido importante porque las personas desertoras parecían ser a largo plazo pacientes típicas en los tratamientos de enfermedades crónicas (Baekeland & Lundwall, 1975). Cuando se trata de intervenciones grupales la atrición tiene otros efectos colaterales, ya que las bajas obstaculizan la formación del grupo, representan pérdida de tiempo y esfuerzo, generan efectos negativos sobre los miembros restantes del grupo, y retardan el proceso de ayuda (Bestard, 1979).

En el campo de la prevención del VIH/SIDA, Roffman, Picciano, Bolan y Kalichman (1997) estiman que identificar los factores que influyen en la atrición es pertinente para alcanzar con éxito el cambio de comportamiento sexual que se espera al completar algunos de estos programas. Si se falla en completar el programa, el resultado será la continuidad de

comportamientos riesgosos y una elevada probabilidad de transmisión del VIH. Otra justificación para estudiar la atrición es que afecta la validez externa de las intervenciones bajo estudio (Di Francesco, Kelly, Sikkema, Somlai, Murphy & Stevenson, 1998; Kalichman, 1998), lo que puede conducir a sobreestimar el impacto de una intervención.

La atrición parece ser común y elevada en diversos tipos de programas, servicios y en épocas diferentes. En 1975, Baekeland y Lundwall revisaron veinte años de investigaciones sobre el problema de la deserción (*drop out*) para seis problemas de salud diferentes. En aquel entonces, la magnitud del problema de la deserción en esos diversos tratamientos oscilaba entre un 20% y un 50%.

En el campo de prevención del VIH/SIDA en Estados Unidos, Kalichman, Carey y Johnson (1996) encontraron que la deserción había sido un problema considerable en varias intervenciones preventivas, en las que había alcanzado tasas hasta de 46%. Roffman, et al. (1997) informaron que de 340 hombres gay y bisexuales que se inscribieron en su programa telefónico grupal de catorce sesiones de consejería para la prevención del VIH, el 21.2 % (n=72) no asistió a ninguna sesión, el 10% desertó temprano, el 18.9% (n= 64) desertó tarde, y el 50% (n= 170) completó la consejería.

En Puerto Rico, la experiencia ha sido similar. La experiencia de personas de Fundación SIDA de Puerto Rico (una institución que ofrece servicios de intervención a la población de personas con VIH/SIDA) ha sido que al reclutar participantes para actividades de prevención deben invitar a cien personas para que lleguen veinte (J. Toro-Alfonso, comunicación personal, Junio, 1999). Por otra parte, en un programa demostrativo para personas viviendo con VIH/SIDA en Puerto Rico, llevado a cabo entre 1994 y 1999, el promedio de servicios de salud mental fue de cuatro sesiones de

psicoterapia para mujeres y de ocho sesiones para los hombres (Calderón-Soto & Parga, 2000). Esto nos da una idea del máximo de contactos que las personas deciden que están dispuestas a tener con sus proveedores/as de salud mental.

El proyecto de investigación e intervención "Nuestras VOCES ante el SIDA" (VOCES), dirigido a mujeres en la Universidad de Puerto Rico, también experimentó grandes dificultades de asistencia. Hernández-Cartagena (2000) informa que para la intervención, las encargadas del proyecto llevaron a cabo una intensa campaña de reclutamiento mediante la cual contactaron a 2,300 estudiantes universitarias de las cuales 582 (52%) cualificaron para el estudio. De ellas, sólo 47 (8%) llegaron al inicio de la intervención. Una vez asignadas al grupo control y al grupo experimental la tasa de retención fue mucho menor en el grupo experimental, pasando de un 25% en la primera actividad a un 8% en la última. Según la experiencia de este equipo de investigadoras, sólo el 2% del total de personas contactadas se inscribió para participar en la intervención.

Explicaciones Atribuidas al Problema de la Atrición

La atrición en programas y servicios de salud y de salud mental se ha estudiado principalmente desde dos enfoques: (a) las características de la clientela y (b) las características del servicio (Kalichman, 1998; Roffman et al., 1997). Entre las características de la clientela que se han asociado con la asistencia y la atrición a intervenciones para reducir riesgo o con personas VIH+ están: la edad (ser joven), tener una relación sexual exclusiva, ser miembro de una minoría étnica (en E.U.A), usar drogas inyectables, la severidad percibida del SIDA, el bajo ingreso económico, experimentar barreras logísticas de horario y transportación, conflictos de identidad sexual y actitudes hacia la intervención (DiFranceisco et al.,

1998; Roffman et al., 1997). En estudios relacionados con otras condiciones de salud, la atrición ha estado relacionada con sintomatología, severidad de la enfermedad, niveles de depresión muy altos o muy bajos, apoyo social, edad y el contenido de la intervención (Shaw, Cronan & Christie, 1994).

Sin embargo, los resultados de los estudios disponibles no son del todo consistentes y pareciera que no hay un modelo de atrición que sea aplicable siempre (Shaw et al., 1994). Por ejemplo, Rutledge, Picciano, King y Roffman (s.f.) no encontraron asociaciones significativas con las variables raza, orientación sexual, estatus de VIH, comportamiento sexual, uso de sustancias, etapa de cambio, ni riesgo autoidentificado en un estudio sobre atrición de una intervención motivacional breve por teléfono para hombres que tienen sexo con hombres. En dicho estudio las variables asociadas a la no-participación y a la deserción fueron ser joven, menos educado, tener pareja y haber informado síntomas de enfermedades de transmisión sexual. Los autores no explican las razones de estos resultados.

La variable edad aparece asociada con la atrición de manera consistente aunque no se sabe por qué. En el caso de personas VIH+ es probable que las más jóvenes lleven menos tiempo viviendo con la condición y por lo tanto tengan menos síntomas y perciban la intervención como menos importante, o bien se perciban a sí mismas en menor riesgo de desarrollar SIDA. Según Bartlett (1998) la edad es una variable importante en el desarrollo del SIDA. Recordemos que la evolución clínica del VIH pasa por dos etapas: etapa asintomática y sintomática. En personas sin tratamiento contra el VIH la secuencia de eventos desde la seroconversión hasta la muerte ha sido aproximadamente de diez años y el tiempo medio desde la seroconversión al VIH hasta el SIDA ha sido de 8-12 años para hombres gay (Bartlett, 1998). Así que es de esperar que personas que llevan menos de 8 años seropositivas

presenten menos síntomas que personas que llevan más tiempo. Esto podría significar que las personas mayores de 35 años necesitan más ayuda para enfrentar su condición que las personas más jóvenes. La variable edad aparece asociada de manera inversa con la atrición en algunos estudios de personas infectadas con el VIH, aunque cuando se trata de personas ancianas y para otras condiciones la relación es directa (Shaw, Cronan, & Christie, 1994).

Por otra parte, parece que el modelo de atrición cuando se consideran las características de la clientela, varía en consonancia con las características de la intervención. En el caso de los conflictos de identidad sexual que reportaron Roffman et al. (1997) los autores sugieren que es posible que surgieran debido a que el grupo de intervención era heterogéneo y mezclaba hombres autoidentificados como homosexuales con otros menos autoidentificados quienes pudieron sentirse en minoría y por eso abandonaron la intervención. Así que la atrición de ese subgrupo pudo haberse reducido haciendo una composición más homogénea del grupo o brindando consejería individual. Del mismo modo, las personas de su estudio que experimentaron impedimentos logísticos para participar y las que tenían actitudes mixtas respecto a comprometerse en el cambio de comportamiento, se hubieran retenido con intervenciones más breves y menos incómodas. Por último, los componentes cognitivos y conductuales (e.g., motivaciones, expectativas y auto-eficacia) no se relacionaron con la atrición lo cual se interpretó de modo positivo porque significa que las personas con mayor necesidad de los servicios de prevención no fueron las más propensas a desertar la intervención.

La mayor parte de los estudios que hemos revisado no plantean un enfoque teórico que fundamente sus hipótesis sobre la atrición. A estas dificultades teóricas se agrega el

hecho de la escasez de investigación sobre este tema (Kalichman, 1998). No se sabe, por ejemplo, cuánto tiempo es necesario para lograr los resultados deseados por una intervención, ni si las intervenciones más largas producen cambios más significativos en el comportamiento que las más cortas. Kalichman atribuye esto a que en muy pocos estudios se ha manipulado sistemáticamente la dosis de la intervención. Sin embargo, algunas intervenciones basadas en el modelo cognitivo-conductual combinadas con técnicas de la entrevista motivacional, así como intervenciones basadas en el modelo de información-motivación-y-destrezas-conductuales (IMD) han demostrado ser efectivas en formatos breves, de una sesión grupal o individual con duración de 20 a 120 minutos (Kalichman, DiFonzo, Kyomugsha, Simpson, Presser, & Bjordstrom, 2001). Una ventaja de este tipo de intervención es que puede adaptarse o transferirse más fácilmente a escenarios donde se brindan servicios. Kalichman y sus colaboradores (2001) señalan que es necesario investigar este tipo de intervención con poblaciones variadas y determinar los límites del contacto mínimo necesario para lograr intervenciones óptimas.

Suponemos que cuanto más larga es la intervención, independientemente de otras características de la misma, menos participantes la completan porque a medida que transcurre aumentan las barreras. Otros factores que pueden incidir en la participación y la atrición tienen relación con el contexto de la intervención. Anteriormente (Méndez, Calderón-Soto & Ortiz-Torres, 1999) hemos sugerido que el estigma y la homofobia hacia los hombres que tienen sexo con hombres disminuye su participación en programas de prevención primaria o secundaria de VIH/SIDA, ya que los participantes temen que otras personas conozcan su preferencia sexual. También observábamos que la

disponibilidad de tratamientos antivirales ha creado la ilusión de que el VIH/SIDA ha dejado de ser un problema y, por lo tanto, las personas tienen una percepción disminuida de la severidad de la condición. Además, la intensidad con la que se ha realizado investigación médica, farmacéutica y psicosocial puede haber creado un efecto de agotamiento en los grupos de población que se han estudiado más. Por otra parte, Hernández-Cartagena (2000) sugiere que la no asistencia o no participación puede ser una forma de transgredir o evitar la vigilancia del Estado que las personas participantes perciben que podría darse a través de las investigaciones.

En resumen, el problema de la atrición y la participación ha estado vigente al menos durante los últimos 50 años. A pesar de ese tiempo, no contamos todavía con un modelo teórico coherente que sirva para explicar y predecir dichos fenómenos. Sin embargo, hemos identificado algunas variables que de una u otra manera se asocian con la atrición y también hemos reconocido al menos tres niveles de análisis que se deben tener en cuenta al estudiar la atrición y la participación, a saber: (1) las características de las personas, (2) las características de las intervenciones y (3) el contexto de la intervención.

En este estudio presentamos tres hipótesis sobre los niveles de participación relacionadas con características de los participantes y con características de la intervención.

1. El nivel de asistencia de las personas VIH+ en etapa sintomática será menor que el de las personas VIH+ en etapa asintomática. Dicho de otro modo, las personas con mayor cantidad de problemas de salud participarán en menos sesiones que las personas más saludables. Razonamos que estar enfermo puede ser o constituirse en un impedimento u obstáculo para asistir a la intervención.

2. La participación de los hombres jóvenes será menor que la de los participantes de mayor edad.

3. El nivel de participación es menor conforme aumenta la duración de la intervención y viceversa.

Método

Diseño

Esta es una investigación descriptiva y correlacional, con un componente cuantitativo y otro cualitativo. En primer lugar, describimos algunas características de las personas inscritas en la intervención y establecemos relaciones de esas variables entre sí y con las dos modalidades de la intervención (corta y larga). En segundo lugar presentamos el análisis cualitativo de las respuestas a una entrevista telefónica semi-estructurada sobre las razones para su atrición.

Participantes

Los participantes del proyecto Retando el Impacto del VIH/SIDA (REI) fueron hombres que se autoidentificaban como homosexuales. Los reclutamos por varios medios entre mayo de 1997 y diciembre de 1998. La mayoría fue referida por agencias comunitarias y centros de diagnóstico. Otros se enteraron de la intervención por diversos medios de comunicación colectiva (Méndez et al., 1999). Los criterios de selección fueron: (1) estar infectado con el VIH, (2) haberse infectado mediante relaciones sexuales con otro hombre, (3) no estar recibiendo psicoterapia relacionada con su condición VIH+ al momento del reclutamiento y (4) ser mayor de 21 años de edad. De 125 hombres que resultaron elegibles, 98 aceptaron participar en el estudio. Asignamos estos 98

participantes de forma aleatoria al grupo de intervención (n=50) y al grupo de espera (n=48). En este estudio sólo presentamos información de las 50 personas asignadas al grupo de intervención. Todos ellos respondieron a la entrevista inicial o pre-prueba del Proyecto REI; 12 respondieron a una entrevista telefónica semi estructurada con la que exploramos algunas barreras de los participantes para asistir a las sesiones de la intervención.

El grupo de intervención estuvo compuesto por 50 hombres. La mitad de ellos vivía solos (50%, n= 25), el 22% (n= 11) vivía con su madre, el 6% (n = 3) vivía con su pareja y el resto vivía con otros parientes (19%). El 62% tenía un grado universitario, el 16% cursaba o cursó estudios universitarios superiores y el 22% había cursado escuela superior o menos. La mayoría de los participantes no estaba empleada (56%) y su ingreso promedio era de \$766 al mes (dispersión entre cero y \$4,500 USD; DS = 806.22). La edad promedio de los participantes fue de 36 años (dispersión entre 21 y 53 años; DS = 7.63).

Instrumentos

Entrevista Inicial

Los participantes del estudio contestaron una entrevista antes de recibir la intervención. En dicha entrevista recogimos información sobre datos demográficos, conductas relacionadas con la salud, prácticas sexuales, estado de ánimo, manejo de pérdidas, apoyo social, revelación de estatus de seropositividad y destrezas de afrontamiento. Esta entrevista contenía ítemes independientes, cuestionarios, escalas nuevas o adaptadas y escalas desarrolladas con otras muestras.

Tabla 1

Estructura de la Entrevista Inicial del Proyecto REI

Instrumento	Autoría	Medición	Confiabilidad
Cuestionario de datos emográficos	Carballo (1995)	9 PRC	NA
Cuestionario de conductas relacionadas con la salud	Ortiz & Ortiz (1995) Carballo (1995)	23 PRC	NA
Adherencia a tratamientos antivirales y de nutrición:	Ortiz & Ortiz (1995)		
— Cuestionario		3 PRC	NA
— Escala		12 PTL	.67
Cuestionario sobre la r relación médico-paciente		8 PRC, 2 PRA	NA
Escala sobre relación médico-paciente	Ortiz & Ortiz (1995) (1995)	8PTL: puntajes 0-5, "nunca" a "todas las veces"	.77
Cuestionario sobre utilización de tratamientos alternos		6 PRC, 2 PRA	NA
Cuestionario sobre prácticas de sexo más seguro	Ortiz & Ortiz (1995) (1995)	7 PRC	NA
Cuestionario sobre comportamiento sexual con hombres	Carballo (1995) Ortiz & Ortiz (1995)	27 PRC	NA
Cuestionario sobre actividades sexuales	Carballo (1995)	39 PAR	NA
Escala de autoficacia en el uso del condón	Marín, 1994	18 PTL: puntaje de 0-5, "muy desconfiado" a "muy confiado"	.92
Escala de estado de ánimo depresivo(CES-D)	Radloff, 1977	20PTL puntajes 1-4, "nunca" a "casi todo el tiempo"	.94
Cuestionario sobre manejo de pérdida	Mantell et al., 1992. Ortiz & Ortiz (1995)	13 PRC, 3 PRA	NA
Matriz sobre apoyo social	Mantell et al., 1992	19 x 14 PRC	NA

Instrumento	Autoría	Medición	Confiabilidad
Cuestionario sobre revelar estatus de seropositividad	Ortiz & Ortiz (1995)	3 PRC	NA
Escala de afrontamiento	Lazarus & Folkman, 1984. Ortiz & Ortiz (1995)	31 PTL, puntaje 0-3, "no la utilicé" a "la utilicé muchísimo".	.85

Clave: PRC: preguntas de respuesta cerrada. PRA: preguntas de respuesta abierta. NA: no aplica. PTL: pregunta tipo Likert. PAR: preguntas de anotar la cantidad reportada.

Para el estudio que nos ocupa utilizamos las siguientes variables.

Tiempo de saber que es VIH+. Esta variable es el resultado, en años y fracciones, de restar la fecha de inicio de la intervención a la fecha en que el participante obtuvo por primera vez un resultado positivo a la prueba del VIH.

Satisfacción con su red de apoyo social. La red de apoyo social se midió pidiéndole al participante que dijera los nombres o sobrenombres de hasta 14 personas con las que tenía relaciones íntimas, consanguíneas, amistosas, laborales o de otro tipo. A continuación se le pedía valorar cada una de esas relaciones preguntándole "¿Cuán satisfecho estás con tu relación con...(cada una de esas personas)?" La respuesta se codificó con valores de 0 a 5 en el continuo Muy insatisfecho – Muy satisfecho. Sumamos el total y ese resultado se dividió entre el número de personas nombradas por el participante en su red de apoyo. Así obtuvimos un promedio personal de satisfacción que permite comparar los niveles de satisfacción de los participantes con su red de apoyo independientemente de la cantidad de personas que cada uno hubiera incluido en la misma.

Estado de ánimo deprimido. Medimos esta variable utilizando la Escala de Depresión del Centro de Estudios

Epidemiológicos de Estados Unidos (CES-D) (Radloff, 1977) con un Alfa = .77. Solicitamos al participante que nos dijera con qué frecuencia se había sentido o comportado del modo descrito por cada ítem en los últimos tres meses (ej.: me he sentido deprimido). Las respuestas a cada ítem se codifican en una escala tipo Likert con valores de 0 – 4 en el continuo Nunca – Todo el tiempo.

Cantidad de síntomas. Presentamos al participante una lista de seis síntomas relacionados con el VIH para que nos dijera cuáles de ellos había tenido durante el último trimestre. Entre la lista de síntomas incluimos erupciones en la piel, diarrea, sudores nocturnos, fiebres constantes, falta de energía, de apetito y pérdida de peso. Con esta lista creamos una variable cuyas puntuaciones pueden variar entre cero y seis.

Cantidad de enfermedades oportunistas. De modo similar al anterior, presentamos a los participantes una lista de nueve enfermedades oportunistas para que nos dijera cuáles había tenido durante el último trimestre. La lista de enfermedades oportunistas incluía sarcoma de Kaposi, pulmonía, tuberculosis, linfomas, problemas de sinusitis, herpes, *pneumocystis carinii*, candidiasis y toxoplasmosis. Con esta lista creamos una variable cuyas puntuaciones pueden variar entre de cero y nueve.

Edad. La calculamos restando la fecha de inicio de la intervención a la fecha de nacimiento del participante. Luego creamos tres categorías usando como puntos de corte la desviación estándar de la distribución. De este modo creamos un grupo de personas menores de 28.4 años (jóvenes), otro con edades entre 28.41 a 43.59 años (adultos jóvenes) y otro de personas mayores de 43.6 años de edad (adultos).

Modalidad de intervención. Esta variable se refiere a si la intervención fue larga, es decir si duró 12 semanas, al ritmo de una sesión de dos horas por semana, o si fue corta, es decir si duró cuatro semanas, al ritmo de seis horas una vez por

semana. En total se mantuvo el esquema de 12 módulos o sesiones de dos horas de duración cada uno organizados de forma individual o agrupada.

Nivel de participación. Esta variable representa el número de módulos a los que asistió cada participante. Este dato se obtuvo de las listas de asistencia a las sesiones. Puede asumir valores entre 0 y 12. Para efectos del análisis agrupamos la variable en tres categorías: asistencia nula (cero sesiones), asistencia parcial (de una a diez sesiones) y asistencia completa (de once a 12 sesiones).

Entrevista telefónica

Además de los datos de la entrevista inicial, hicimos una entrevista telefónica por disponibilidad, mediante la cual obtuvimos información de 12 de los primeros 24 participantes. La entrevista tenía dos preguntas abiertas y once mixtas (sí, no, explique) y duraba de 5 a 10 minutos. La contestaron tanto participantes que no habían asistido a ninguna sesión, como aquellos que habían dejado de asistir y que habían asistido a todas las sesiones hasta el momento. Exploramos los obstáculos para no asistir o dejar de asistir a las sesiones. Además, les pedimos sugerencias para aumentar la participación en la siguiente sesión.

Procedimiento

Al identificar a un posible participante, le hacíamos la entrevista de cernimiento. Si resultaba elegible y el contacto era telefónico acordábamos una cita para la entrevista. La entrevista inicial se hizo en los consultorios clínicos del Departamento de Psicología de la Universidad de Puerto Rico ubicados en el Centro Universitario de Servicios y Estudios Psicológicos (CUSEP) después de obtener el consentimiento informado del participante. Al finalizar esa entrevista, que

tenía una duración aproximada de dos horas, el participante recibía un sobre sellado con una carta que le informaba el grupo (de intervención o de espera) al que había sido asignado aleatoriamente de antemano y el proceso a seguir en adelante. Las alternativas eran que podría ser llamado a participar en la intervención próximamente o que lo citaríamos para una segunda entrevista dentro de tres meses.

En total formamos cuatro grupos de intervención. Esto se debió a que el reclutamiento de participantes fue individual, uno a uno, y podían pasar varias semanas para formar un grupo. Además, establecimos que cada grupo debía tener entre 12 y 14 miembros para poder desarrollar los ejercicios de cada sesión o módulo.

Desde que abríamos la inscripción para un grupo manteníamos contacto telefónico y escrito con los participantes para notificarles sobre el progreso del reclutamiento, la fecha de inicio, y acordar los horarios más convenientes. Una vez iniciada la intervención seguíamos manteniendo contacto para recordarles la fecha de la siguiente sesión y para confirmar su asistencia. De manera consistente el 100% confirmó su asistencia, pero sólo la mitad o menos llegó a las sesiones. A raíz de esta situación entrevistamos por teléfono a los primeros 12 participantes de 24 que estuvieron disponibles para conocer mejor los obstáculos que tenían para asistir a las sesiones. Después del segundo grupo que recibió la intervención y considerando los hallazgos de la entrevista telefónica a miembros de los dos primeros grupos, desarrollamos la versión corta de la intervención. Al hacer este cambio terminamos con dos grupos que recibieron una intervención larga y dos una corta.

Análisis

Entrevista Inicial

En primer lugar, hicimos un análisis de conglomerados (*cluster analysis*) para clasificar a los participantes según su condición general de salud. El análisis de conglomerados es un procedimiento estadístico multivariado que clasifica entidades en grupos relativamente homogéneos (Aldenderfer & Blashfield, 1984). De este modo pueden crearse agrupamientos de entidades altamente semejantes. De acuerdo con las dos etapas del VIH/SIDA (asintomática y sintomática), decidimos clasificar a los participantes en dos grupos según su condición general de salud. Para esto utilizamos las siguientes variables: tiempo de saber que es VIH+, satisfacción con su red de apoyo social, estado de ánimo deprimido (CES-D), cantidad de síntomas experimentados durante los tres meses anteriores a la entrevista y la cantidad de enfermedades oportunistas experimentadas durante el mismo periodo. En resumen, la variable condición general de salud estuvo compuesta por todas las variables anteriores.

En segundo lugar, llevamos a cabo correlaciones utilizando esta variable de condición de salud y las siguientes variables: edad, nivel de participación y modalidad de la intervención.

Entrevista telefónica

Hicimos un análisis cualitativo por tema de las respuestas abiertas y un conteo simple de las cerradas (categorías sí y no). Dos personas leímos todas las respuestas abiertas —de tres o cuatro frases en su mayoría— y acordamos la o las categorías incluídas en cada una.

Resultados

Entrevista Inicial

Nivel de participación en la intervención. El 34% (n=17) de los participantes no asistió a ninguna de las sesiones, el 36% (n=18) asistió parcialmente (entre una y diez sesiones) y el 30% restante (n=15) completó la intervención (entre once y 12 sesiones). En promedio, los participantes asistieron a seis sesiones, lo que constituye el 50% de la intervención.

Condición general de salud. La Tabla 2 muestra los resultados del análisis de conglomerados. El grupo uno (n=30) reflejó características que presentan las personas VIH+ asintomáticas. En este grupo se ubicaron personas que tenían poco tiempo de saberse VIH+ (aproximadamente 4 años), bajo puntaje en la escala de ánimo deprimido (depresión leve), pocos síntomas asociados al VIH, pocas o ninguna enfermedades oportunistas y que estaban regularmente satisfechos con su red de apoyo.

Tabla 2

Resultado del Análisis por Conglomerados

Variables (en puntuaciones Z)	Agrupamiento*	
	Asintomáticos	Sintomáticos
Tiempo de saberse VIH+	-.34542	.51813
Estado de ánimo deprimido	-.45399	.68098
Cantidad de síntomas	-.52725	.79088
Cantidad de enfermedades	-.50021	.75032
Satisfacción con red de apoyo	.36455	-.54682

*p < .002. Nota: Este nivel de significancia debe utilizarse sólo para fines descriptivos, ya que los agrupamientos han sido elegidos para maximizar las diferencias entre los casos de grupos diferentes y no pueden interpretarse como una prueba de la hipótesis nula de que los promedios de los agrupamientos son iguales (SPSS Inc., 1997)

El segundo grupo (n=20) incluyó personas con más años de saberse VIH+ (aproximadamente 8 años), con más síntomas de ánimo deprimido (depresión moderada), con varios síntomas relacionados con el VIH, más enfermedades oportunistas que el promedio e insatisfechas con su apoyo social. Estas agrupaciones resultaron ser significativas (p < .002). Veamos ahora cómo se relacionan la modalidad de la intervención y el nivel de participación en la misma.

Participación y modalidad de la intervención. La Tabla 3 muestra que 24 personas participaron en la modalidad corta y 26 en la modalidad larga de la intervención. Es evidente que más personas completaron la intervención corta (46%) que la larga (15%). Casi la mitad (46%) de las personas asignadas a la intervención larga la abandonaron en algún momento. La participación y la duración de la intervención parecen estar relacionadas (Chi-cuadrado = 5.725, 2 gl., p = 0.057, doble cola) y esa relación mostró una leve tendencia negativa o inversa, es decir que la participación disminuye conforme se alarga la intervención (D de Somers = -0.226 p < 0.078). Recalcamos que se trata de una tendencia debido a que el nivel de confianza sobrepasa levemente el valor de 0.05.

Tabla 3

Porcentaje y Frecuencia de la Participación según la Modalidad de la Intervención

Participación	Modalidad de Intervención	
	Corta	Larga
Nula	29.2 (7)	38.5 (10)
Parcial	25.0 (6)	46.2 (12)
Completa	45.8 (11)	15.4 (4)
Total	100.0 (24)	100.0 (26)

También exploramos la relación entre la edad, la condición general de salud y la participación (Véase Tabla 4). Al leer la Tabla 4 no percibimos fácilmente diferencias entre la condición de salud y la participación en la intervención corta.

Tabla 4
Nivel de Asistencia por Condición de Salud y Edad según la Modalidad de la Intervención

Modalidad de Intervención	Nivel de Participación	Condición de salud % (n)			Edad % (n)	
		Asintomático	Sintomático	Joven	Adulto Joven	Adulto
Corta (n= 24)	Nula	26.3 (5)	40.0 (2)	100.0 (5)	12.5 (2)	—
	Parcial	26.3 (5)	20.0 (1)	—	25.0 (4)	66.7 (2)
	Completa	47.4 (9)	40.0 (2)	—	62.5 (10)	33.3 (1)
Total		100.0 (19)	100.0 (5)	100.0 (5)	100.0 (16)	100.0 (3)
Larga (n= 25)	Nula	38.5 (5)	33.3 (4)	50.0 (2)	38.9 (7)	25.0 (1)
	Parcial	53.8 (7)	41.7 (5)	25.0 (1)	50.0 (9)	50.0 (2)
	Completa	7.7 (1)	25.0 (3)	25.0 (1)	11.1 (2)	25.0 (1)
Total		100.0 (13)	100.0 (12)	100.0 (4)	100.0 (18)	100.0 (5)

En la intervención corta casi la misma proporción de personas sintomáticas y asintomáticas tuvieron asistencia completa (40% vs 47%). En la intervención larga tampoco observamos diferencia marcadas entre las personas asintomáticas y las sintomáticas, la tendencia más general en esta modalidad de intervención fue no asistir (38% y 33%) o a asistir parcialmente (54% y 42%). Las pruebas estadísticas sugieren que la condición de salud y la participación no están relacionadas en la intervención corta (Chi cuadrado = .364, 2 gl, p = 0.834); ni en la intervención larga (Chi cuadrado = 1.407, 2 gl, p = 0.495).

Con respecto a la edad vemos un patrón completamente diferente en la intervención corta. La edad y la participación no están relacionadas en la intervención larga (Chi cuadrado = .364, 2 gl, p = 0.834); pero sí lo están en la intervención corta (Chi cuadrado = 17.697, 4 gl, p = 0.001 a dos colas) y la correlación tiene una dirección positiva moderada (D de Somers = 0.524, p = 0.012). Esto indica que en la intervención corta la participación aumentó conforme aumentó la edad de los participantes.

Entrevista Telefónica

Los obstáculos mencionados para asistir a la intervención generaron tres temas generales: (1) problemas de salud, (2) problemas del participante y (3) problemas de la intervención. Los *problemas de salud* fueron el obstáculo citado con más frecuencia para no asistir a los talleres y estuvo relacionado con enfermedades diversas, efectos secundarios de los medicamentos antivirales y depresión. Bajo la categoría *problemas del participante* se citaron actividades que competían con los talleres de prevención, tales como el trabajo, asistencia a otros grupos de apoyo, viajes y diversión. Dos participantes mencionaron *problemas de la intervención*; uno la encontró aburrida y otro hubiera preferido un formato individual

El conteo de las respuestas cerradas se muestra en la Tabla 5. Según la mayoría de los entrevistados el lugar, el dinero, los facilitadores y su interés no fueron obstáculos para participar. Por otra parte, cerca de la mitad citaron problemas personales y la decepción con algún aspecto de la intervención. En este sentido mencionaron incomodidad con los otros miembros del grupo, desagrado con el lugar, decepción con que el grupo no se completara y con el monto del estipendio. A uno le pareció que el grupo hubiese sido más productivo si los facilitadores no siguieran el guión establecido en el manual de intervención.

Tabla 5

Frecuencia de Mención de Obstáculos para Asistir a la Intervención

Obstáculo	SI	NO	N/D
El lugar	1	9	1
La transportación	4	7	
Falta de dinero	1	8	2
El o la facilitadora	1	9	1
Problemas personales	7	4	
Falta de motivación	3	8	
Ha perdido interés	-	10	1
Te decepcionó algo	5	6	

Le solicitamos a los participantes sugerencias para aumentar la participación. Cinco no proveyeron ninguna. Tres sugirieron seguir llamándolos por teléfono antes de las sesiones, dos recomendaron cambiar el lugar de las actividades y uno sugirió que les diéramos algún reconocimiento social al final de la intervención, como por ejemplo, un certificado que los cualifique de expertos en la materia.

Discusión

La hipótesis sobre la condición de salud no se confirmó al no encontrar relación con el nivel de participación. Tanto las personas asintomáticas como las sintomáticas mostraron

un comportamiento similar en este sentido. Según esto, podríamos suponer que las personas con mayor necesidad de la intervención no fueron las más propensas a abandonarla. Pareciera que tanto las personas asintomáticas como las sintomáticas necesitaban este tipo de intervención.

La hipótesis relativa a la edad se confirmó de manera parcial. Al igual que en otros estudios (DiFrancesco et al, 1998; Roffman et al, 1996) la variable edad apareció vinculada a los niveles de participación. Los participantes jóvenes asistieron menos que los participantes de mayor edad a la intervención corta. En la intervención larga, la edad y la asistencia no estuvieron relacionadas. En este caso, la tendencia fue abandonar la intervención independientemente de la edad. Esto abona al supuesto de que las intervenciones largas representan más obstáculos que las cortas independientemente de la edad de los participantes. Por otra parte, el que los jóvenes, menores de 28 años, estuvieron menos dispuestos a participar en la intervención podría respaldar el supuesto de que se sienten menos vulnerables al VIH/SIDA y que por lo tanto consideren menos necesaria la intervención.

Pudimos confirmar la hipótesis que asociaba la duración de la intervención con la participación. Esto podría indicar la necesidad de diseñar intervenciones cortas y de idear estrategias para aumentar la retención en intervenciones de mayor duración.

Por otro lado, los resultados de la entrevista telefónica indican que las dificultades para participar podrían estar relacionadas con problemas de salud, dificultades de transporte, temor a revelar la preferencia sexual y el estatus serológico, también a factores fortuitos relacionados con el clima y el tránsito. La mayoría de estos factores están fuera del control de los/as investigadores. Por esa razón recomendamos que las expectativas respecto a la asistencia

deben ser realistas. No se puede esperar un 100% de asistencia a las actividades de prevención, dado que las características de los participantes combinadas con las de la intervención y el contexto reducen su disponibilidad a tasas de asistencia que rondan el 50% o menos.

El hecho de que la proporción mayor de personas que participaron en la totalidad de la intervención fuesen asintomáticas parece revelar que las intervenciones deben darse lo antes posible después del diagnóstico, regla que también se ha aplicado a los tratamientos antivirales. También habría que estudiar las necesidades de las personas sintomáticas para diseñar intervenciones y servicios más adecuados para ellas.

Aparentemente las razones para faltar a los talleres no estuvieron relacionados con la motivación, ni con el contenido de los módulos. Los entrevistados citaron problemas imprevistos de logística tales como el tránsito, el clima y la transportación. También resultaban muy importantes para estas personas aspectos relacionados con la estética y comodidad del lugar en el que se llevaban a cabo los talleres. Hace falta diseñar y probar intervenciones específicas para diferentes etapas del desarrollo personal y de la condición de salud. Pareciera que los hombres gay VIH+ menores de 28 años tienen unas necesidades diferentes a los que son mayores de edad en lo que se refiere a la prevención del SIDA y por esta razón parecería conveniente desarrollar intervenciones de corta duración, atractivas y específicas para personas de edades diferentes. Además, independientemente de la edad, las intervenciones cortas aunque intensivas podrían ser más exitosas en retener a los participantes.

El lapso de espera para recibir la intervención después de la entrevista inicial varió entre una semana y tres meses. Eso puede haber tenido efecto en las condiciones de salud y en el interés de participar en la intervención. Creemos que el

transcurso del tiempo entre las medidas base y el inicio de la intervención es una variable crucial para que tales medidas no pierdan validez predictiva. En lo posible debe evitarse que transcurra mucho tiempo entre una y otra para poder predecir mejor la asistencia a las actividades de prevención. Otra limitación de este estudio fue el tamaño de la muestra. Con una muestra tan pequeña es difícil cumplir con el criterio de cantidad de participantes que tienen algunos de los procedimientos estadísticos que utilizamos. Tampoco pudimos realizar análisis estadísticos más complejos y por eso los resultados que presentamos deben considerarse sólo como tendencias o indicadores. Otra limitación fue que los niveles de participación no se consideraron desde el inicio de la investigación principal. Por esta razón, debimos limitarnos a las variables que pudimos construir *ex post facto* y la asignación a las dos modalidades de la intervención no fue sistemática.

La prevención del VIH/SIDA sigue siendo una tarea necesaria e importante en la tercera década de la epidemia. Para llevarla a cabo de modo efectivo debemos aprovechar los éxitos del pasado y los retos del presente. Uno de esos retos parece ser diseñar intervenciones, que por ser altamente específicas y de corta duración, puedan ser fácilmente aplicadas en escenarios diversos con la mayor participación posible del segmento de población al que se dirigen.

Referencias

- Aldenderfer, M. S., & Blashfield, R. K. (1984). *Cluster analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975) Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bartlett, J.G. (1998). *Medical management of HIV infection*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University.
- Bestard, J. E. (1979). *Expectativas hacia la psicoterapia entre clientes de terminación prematura en terapia de grupo y algunos factores que contribuyeron a las bajas*. Tesis Inédita de Maestría. Río Piedras, P.R.: Universidad de Puerto Rico, Depto. de Psicología.
- Calderón-Soto, J., & Parga, J. (2000, noviembre). *Servicios de salud mental utilizados por personas que viven con VIH/SIDA en Puerto Rico: Descripción de un programa demostrativo*. Presentación oral en la Convención 47 de la Asociación de Psicología de Puerto Rico, Mayagüez. Puerto Rico.
- Di Francesco, W., Kelly, J., Sikkema, K., Somlai, A., Murphy, D., & Stevenson, Y. (1998). Differences between completers and early drop outs from 2 HIV intervention trials: A health belief approach to understanding prevention program attrition. *American Journal of Public Health*, 88, 1068-1073.
- Hernández-Cartagena, M. (2000). *Evaluación de una estrategia de reclutamiento y retención para una intervención preventiva de VIH/SIDA*. Tesis Inédita de Maestría. Río Piedras, P.R.: Universidad de Puerto Rico, Depto. de Psicología.
- Kalichman, S.C. (1998). *Preventing AIDS: A sourcebook for behavioral interventions*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Kalichman, S. C., Carey, M.P., & Johnson, B.T. (1996). Prevention of sexually transmitted HIV infection: A meta-analytic review and critique of the theory-based intervention outcome literature. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 6-15.
- Kalichman, S.C., DiFonzo, K., Kyomugsha, F., Simpson, D., Presser, K., & Bjordstrom, B. (2001). When briefer can be better: Single session approaches to HIV risk reduction interventions. *Revista Interamericana de Psicología*, 35 (2), 41-58.
- Méndez, M. A.; Calderón-Soto, J.; Ortiz-Torres, B. (1999, Junio-Julio). *Aspectos relacionados con el reclutamiento y retención de participantes*. Ponencia presentada en la XXII Congreso de la Sociedad Intearmericana de Psicología. Caracas, Venezuela.
- Ortiz-Torres, B. & Ortiz-Colón, R. (1995). *Group empowerment for Puerto Rican HIV+ gay men and heterosexual women*. NIMH 5R24 MH 49368-10.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Roffman, R.A., Picciano, J.E., Bolan, M., & Kalichman, S. C. (1997). Factors associated with attrition from an HIV-Prevention program for gay and bisexual males. *AIDS and Behavior*, 1, 125-135.
- Rutledge, S.E., Picciano, J.F., King, K.A., & Roffman, R.A. (s.f.). *Attrition from a brief motivational intervention for MSM*. Manuscrito inédito.
- Shaw, W.S., Cronan, T.A., & Christie, M.D. (1994). Predictors of attrition in health intervention research among older subjects with osteoarthritis. *Health Psychology*, 13, 421-431.
- SPSS Inc. (1997). *SPSS Base 7.5 Applications Guide*. Chicago, IL.