

# Aplicación del modelo PRECEDE en la prevención del VIH/SIDA.

Dr. José Luis Bimbela Pedrola \*  
Escuela Andaluza de Salud Pública.

***“Explora, no des nada por supuesto.  
Déjale al otro la posibilidad de no adecuarse...  
A tus premisas y a tus prejuicios.  
¡ Descubrirás maravillas!”***

**Javier Barbero**

Una de las funciones fundamentales de los/as profesionales de la salud que tratan el tema del VIH/SIDA es promover comportamientos saludables, ya sea para prevenir la infección, para mantenerla bajo control o para mitigar sus efectos. Con estos objetivos resulta habitual que aconsejen a sus usuarios/as conductas tales como usar el condón, no intercambiar jeringuillas, tomar la medicación, etc.

Con relativa frecuencia, estos/as profesionales sienten emociones como rabia y/o impotencia cuando comprueban que sus bien intencionados y fundamentados consejos no provocan, en muchos casos, los cambios deseados en las conductas de los/as usuarios/as. «Es desesperante», dicen algunos/as profesionales. No obstante, cuando estos/as mismos/as profesionales intentan llevar a la práctica durante un cierto tiempo alguno de los consejos que dan a los/as usuarios/as (por ejemplo: usar el condón), comprueban «en carne propia», las dificultades que suele haber para realizar de forma correcta y eficaz aquello que aconsejan.

De ahí que investigar las dificultades y problemas que los/as usuarios/as tienen tanto antes, como durante y después de la realización de cada práctica concreta sea una buena estrategia para aumentar la eficacia de las futuras intervenciones preventivas del/de la profesional y, también para evitar la aparición de alteraciones emocionales como la rabia y/o la impotencia que tanto «quemán» a los/as profesionales.

\* *Correspondencia:* Dr. José Luis Bimbela. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apartado de Correos 2070. Granada 18080 (Spain). Tel. 958-027-436. Fax. 958-027-503. E-mail: bimbela@easp.es.

Cabe recordar, de entrada, que a nadie se le ocurriría recetar ningún fármaco sin hacer antes un buen diagnóstico clínico (oscultando, midiendo, preguntando, palpando, observando, etc.). Sin embargo, con frecuencia se «recetan» indicaciones comportamentales (haga esto, no haga lo otro, tómese esto, póngase lo otro) sin hacer antes un buen diagnóstico conductual, esto es, sin identificar (preguntando, escuchando, observando, analizando, etc.) los factores que inciden en la conducta concreta que se quiere eliminar/modificar y/o promover.

## EL MODELO PRECEDE

Diversas teorías y modelos sugieren aspectos sobre los que resulta prioritario realizar la investigación diagnóstica, por ser los responsables, en mayor medida, de que una conducta determinada se lleve o no a cabo. Tomando como esquema básico el modelo PRECEDE (P=*Predisposing*, R=*Reinforcing*, E=*Enabling*, C=*Causes*, E=*Education*, D=*Diagnosis*, E=*Evaluation*), presentado por L.W. Green e incorporándole diversas aportaciones de A. Bandura y de J.L. Bimbela, los factores que aparecen como fundamentales, en el momento de realizar el diagnóstico conductual, podrían sintetizarse en:

1. Los factores **predisponentes**, que son aquellos que influyen en la motivación del/de la usuario/a para realizar la conducta que se pretende promover. Este tipo de factores se concretan en:

- a. La *información*, identificando tanto lo que sabe el/la usuario/a como lo que no sabe, en relación con la conducta que se está analizando.
- b. Las *actitudes*, incluyendo además de sus posicionamientos en relación con las conductas preventivas y de riesgo, aspectos concretos como si «se siente o no en riesgo», si «se siente o no capaz de realizar dicha conducta» o si «valora la conducta preventiva propuesta como verdaderamente eficaz».
- c. Los *valores y creencias*, respecto a las prácticas que se quieren modificar o eliminar y a las que se quieren promover

Es importante investigar tanto los predisponentes de los/as usuarios/as que no realizan la conducta analizada —a fin de poder modificarlos— como los predisponentes de los/as pacientes que ya la realizan, a fin de: a) poder reforzarlos y b) obtener argumentos pro-conducta que pueden utilizarse para modificar los argumentos en contra.

2. Los factores **facilitadores** son los que influyen en el grado de facilidad o dificultad que el/la usuario/a va a tener para realizar la conducta, una vez ya motivado/a para hacerla. Se concretan en:

a. Las *habilidades y destrezas* del/de la usuario/a para:

(1) Realizar la conducta concreta de la que se trate (seguir una prescripción facultativa, negociar con la pareja la realización de prácticas sexuales no coitales, usar el condón, etc.)

(2) Incidir en el entorno a fin de prevenir y/o modificar acciones del mismo que sean contrarias a dicha conducta.

b. La *existencia y accesibilidad de recursos humanos* (familia, amigos, profesionales socio-sanitarios con sus respectivos centros y programas, etc.) y *materiales* (guías para una inyección más segura, utensilios para desinfección, condones, etc.) que faciliten la realización de la conducta.

Cuando se habla aquí de accesibilidad se habla tanto de la económica (precio de los condones femeninos, por ejemplo) como de la física (distancia a la que está el centro de salud), horaria o incluso de la psico-social (a algunos/as jóvenes les cuesta utilizar determinados servicios informativo-asistenciales por la presión social de su entorno).

3. Los factores **reforzantes**, son los que aparecen después de que el/la usuario/a haya realizado ya la conducta, «premiándola» o «castigándola». Son, en definitiva, las *consecuencias* derivadas de la realización de la conducta, y se concretan en:

a. *Respuesta de los agentes-clave* del entorno (pareja, familia, grupo de iguales, profesionales socio-sanitarios, etc.).

Dado que cada sujeto-población diana tiene sus agentes-clave específicos, habrá que identificar en cada caso quién juega ese papel y qué es lo que hace que le convierte precisamente en agente-clave.

b. *Respuesta del/de la propio/a usuario/a.*

c. *Consecuencias físicas y emocionales:* placer/displacer, comodidad/incomodidad, bienestar/malestar, etc.

- d. *Consecuencias tangibles*: regalos, beneficios/pérdidas económicas, ahorro o no de costes, etc.

#### EJEMPLOS DE APLICACIÓN DEL MODELO PRECEDE

El modelo PRECEDE es un instrumento de diagnóstico conductual, y por tanto, el primer paso para su aplicación es identificar la conducta que se quiere analizar. Cuanto más concreta es la conducta, más eficaz será el diagnóstico.

El segundo paso es identificar el/la usuario/a o grupo de usuarios/as al que se dirige la intervención (la población diana). También en este caso a mayor concreción, mayor eficacia en el diagnóstico.

Una vez realizados esos dos pasos previos se aplica el modelo, preguntando, escuchando, observando, y analizando a la población diana y a su entorno. Es recomendable, para agilizar el diagnóstico final y la intervención posterior, situar las respuestas y observaciones en dos listas:

LISTA (+):

Todo aquello que vaya *a favor* de la realización de la conducta que se está analizando; y

LISTA (-):

Todo aquello que vaya *en contra* de la realización de la conducta que se está analizando.

A continuación se ofrecen 4 ejemplos de aplicación del modelo PRECEDE a conductas relacionadas con el VIH/SIDA. Cabe señalar que los factores predisponentes son siempre *subjetivos* y que, por ello, aparecen en todos los casos como frases entrecomilladas, puesto que es lo que la población -o sujeto- diana sabe, piensa, cree, opina. Por el contrario, los factores facilitadores son *objetivos* (las habilidades relacionadas con la conducta que tiene o de las que carece; y los recursos relacionados con la conducta que existen o de los que se carece). Finalmente, entre los factores reforzantes, se encuentran tanto consecuencias *subjetivas* (la respuesta del/de la propio/a usuario/a) como *objetivas* (el resto de factores: respuesta del entorno, consecuencias físicas y emocionales, y consecuencias tangibles).

Dado que el diagnóstico PRECEDE puede llevarse a cabo tanto a nivel individual (para identificar los factores que inciden en la conducta del usuario JFJ) como a nivel grupal (siempre que el grupo diana sea lo suficientemente homogéneo), se presentan ejemplos de ambos tipos.

## **Ejemplo 1:**

*Conducta a analizar:* Usar el condón masculino en el coito vaginal

*Población diana:* Varones de 17 a 20 años, del barrio "X" de la ciudad "Y".

### Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor del uso:

- «Son fáciles de poner»
- «Evitaré malos rollos»
- «Me han dicho que con condón duraré más»

Lista (-): En contra del uso:

- «Me cortará el rollo»
- «Yo sólo voy con tías sanas»
- «Eso es cosa de maricones»

### Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor del uso:

- Tienen habilidades para adquirirlos.
- Existen muchos lugares donde conseguirlos
- Hay profesionales preparados y motivados

Lista (-): En contra del uso:

- Carecen de habilidades para colocarlo adecuadamente
- carecen de habilidades para negociar su uso con la pareja
- Las familias ni hablan sobre el tema ni les dan condones

### Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor del uso:

- La tranquilidad post-coito (no aparición del "agobio" por miedo a consecuencias no deseadas)
- Auto-refuerzo: "La erección me ha durado más "

Lista (-): En contra del uso:

- La pareja: ¿Es que te acuestas con otras?
- Los profesionales, que no refuerzan el hecho de que lo
- Los amigos: "eres un pringao, ya te han comido el coco"

## **Ejemplo 2:**

*Conducta a analizar:* Usar el condón femenino

*Población diana:* Mujeres que ejercen la prostitución en el barrio "X" (ciudad "Y")

### Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor del uso:

- «Me da independencia. Me lo pongo yo»
- «Evitaré enfermedades»
- «Sé como ponerlo»

Lista (-): En contra del uso:

- «Me saldrá caro, a 300 pelas cada cliente»
- «No sé donde puedo conseguirlos»
- «No me gusta cambiar, siempre lo hecho con el otro»

### Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor del uso:

- Tienen habilidades para negociar con el cliente
- Hay profesionales preparados y motivados
- Hay voluntariado (ONGs) preparados y motivados

Lista (-): En contra del uso:

- Carecen de habilidades para colocarlo adecuadamente
- El precio es elevado
- Hay pocos lugares donde conseguirlo

### Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor del uso:

- Profesionales sociosanitarios, que refuerzan y apoyan los usos detectados
- Miembros de ONGs, que reconocen intentos y logros

Lista (-): En contra del uso:

- Los clientes, que se quejan y rechazan el uso
- Los "chulos" que rechazan y amenazan
- El grupo de iguales, que se burla

### **Ejemplo 3:**

*Conducta a analizar:* Cumplir con la medicación anti-retroviral (ARV)

*Población diana:* MM (varón, 40 años, exUDVP, VIH+,...)

#### Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor del cumplimiento:

- «Es lo que debo hacer si me quiero curar»
- «Son carísimos y a mí me los dan gratis»
- «Tantos años luchando y ahora que hay tratamientos con garantías no los puedo desaprovechar»

Lista (-): En contra del cumplimiento:

- «Llevo casi un año sin ir a la consulta, me da vergüenza aparecer ahora después de tanto tiempo»
- «Seguro que comienzo a tomármelo como otras veces y al poco tiempo los dejo»

#### Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor del cumplimiento:

- La familia de MM es una familia colaboradora
- Hay profesionales con habilidades de comunicación
- Hay una buena relación equipo médico-paciente

Lista (-): En contra del cumplimiento:

- Carece de destrezas para ponerse recordatorios
- Tiene falta de hábitos de orden
- La cantidad y frecuencia de fármacos (12 al día)

#### Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor del cumplimiento:

- La familia, que refuerzan y apoya
- Los colegas: “¡qué bien estás, cómo has cambiado”
- La carga viral que se mantiene en unos parámetros óptimos
- El aumento de la propia autoestima

Lista (-): En contra del cumplimiento:

- Los profesionales sociosanitarios, que no le refuerzan cuando cumple y le “machacan” cuando incumple
- Los efectos secundarios de la medicación
- El cansancio psicológico (“¡es para toda la vida!”)

#### **Ejemplo 4:**

*Conducta a analizar:* Tomarse adecuadamente la medicación anti-retroviral (ARV)

*Población diana:* Grupo de internos del Módulo "X" del Centro Penitenciario "Y"

#### Factores Predisponentes:

Lista (+): A favor de la toma adecuada:

- «Es bueno para mí salud»
- «Así tengo el bicho parao»
- «El Manolo lo toma y está mejor»
- «Me los dan gratis»

Lista (-): En contra de la toma adecuada:

- «Tantas pastillas son un rollazo, no las aguanto»
- «No me acuerdo de tomarlas»
- «Me hago un lío con lo de sin comer o con comida»
- «Yo estoy bien, no me duele nada»

#### Factores Facilitadores:

Lista (+): A favor de la toma adecuada:

- Tienen habilidades para ponerse recordatorios
- Hay profesionales formados y motivados
- La accesibilidad de los profesionales es alta
- Los fármacos se dispensan gratis

Lista (-): En contra de la toma adecuada:

- La cantidad y frecuencia de las tomas es elevada
- Algunos internos mantienen una actitud en contra
- Los ritmos horarios del centro dificultan ciertas pautas de la toma

#### Factores Reforzantes:

Lista (+): A favor de la toma adecuada:

- Los profesionales, que felicitan y refuerzan esfuerzo y logros
- Algunos colegas: "¡Jóder, cómo has mejorado!"
- Resultados de las analíticas
- El aumento de la propia autoestima

Lista (-): En contra de la toma adecuada:

- Algunos colegas: "¡Eres un pringao!"
- Los efectos secundarios de la medicación
- El cansancio psicológico ("¡es siempre!")



Una vez que las dos listas (+) y (-) se han confeccionado para los tres tipos de factores, la siguiente pregunta para el profesional es: ¿Sobre **cuáles** de estos factores identificados puedo **yo** intervenir inmediatamente? Teniendo en cuenta «mi realidad»: conocimientos y habilidades que poseo, rol profesional que desempeño, condiciones de trabajo, características del equipo, etc., etc.

En este punto puede resultar útil dar algunas **pistas metodológicas** que faciliten la intervención del profesional, una vez identificados los factores sobre los que puede incidir. Pista útiles no sólo para los ejemplos comentados sino en general para cualquier aplicación del modelo PRECEDE:

Para incidir en los **Factores Predisponentes** detectados:

1. Facilitar que la población-diana (sea un individuo o un grupo) discuta la información, argumente y rebata sus propias opiniones.
2. Utilizar un lenguaje claro, conciso y entendible.
3. Utilizar soportes adecuados (vídeos, folletos, carteles).
4. Utilizar líderes de opinión con credibilidad.
5. Incorporar a miembros de la propia población-diana desde el inicio del programa o intervención.
6. Diseñar sesiones basadas en el trabajo en grupo y en la elaboración de productos realizados por los propios miembros del grupo (carteles, folletos, eslogans, etc.); ésto, por una parte, facilita el aprendizaje y, por la otra, permite al profesional evaluar proceso y resultado.
7. Realizar síntesis integrativas al final de las sesiones.

Para incidir en los **Factores Facilitadores** detectados:

1. El entrenamiento es imprescindible para aprender, mejorar y potenciar habilidades (sean manipulativas como “autoinyectarse”, sean psico-sociales como “negociar con la pareja una sexualidad más segura”); de ahí la importancia de los «talleres» (aprender haciendo) como metodología clave para facilitar dichos aprendizajes.
2. Aumentar la accesibilidad de los instrumentos (fármacos, instrumentos de autoinyección, guías, folletos, condones, etc.) y de los centros y programas (horarios, listas de espera, trato, etc.).

Para incidir en los **Factores Reforzantes** detectados:

1. Intervenir sobre los agentes-clave identificados, principalmente cuando la acción del propio usuario no consigue suficientes cambios en su entorno.
2. Convertirse (el profesional) en agente-clave «premiando», mediante el reconocimiento, los logros de la población-diana y de los agentes-clave.
3. Identificar y utilizar como reforzantes los beneficios físicos (placer, comodidad, etc.) que las conductas «más saludables» pueden representar (por ejemplo: enfatizando las posibilidades eróticas del sexo no coital y/o del uso del condón).
4. Identificar y utilizar como reforzantes las recompensas tangibles (dinero, por ejemplo) que las conductas «más saludables» pueden conllevar (por ejemplo: los clientes de la prostitución aumentan y, por tanto, generan más “negocio” en determinados establecimientos en los que se les ha informado que “nuestras chicas están sanas y usted aquí no cogerá nada malo”).

#### COMENTARIOS ADICIONALES RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL MODELO PRECEDE EN EL TEMA VIH/SIDA:

1. El modelo PRECEDE es una buena «vacuna» contra dos riesgos que acechan a los profesionales que trabajan en relación con el tema del VIH/SIDA:

a. El «activismo», por la presión que de todos lados reciben para actuar. El PRECEDE es una especie de señal de **¡stop!** que les indica que antes de actuar, actuar y actuar, es fundamental realizar un pormenorizado diagnóstico conductal que garantice la eficacia, efectividad y eficiencia de la subsiguiente intervención.

b. La «inacción» como respuesta a no poder solucionarlo **todo**. El PRECEDE les permite identificar aquellas variables sobre las que cada uno/a de los/as profesionales, en el desempeño de su rol, puede realmente intervenir.

2. La primera vez que se aplica el PRECEDE (igual que la primera vez que se monta en bicicleta, que se conduce un coche, o que se usa un condón) se

detectan dificultades, algunas cosas no acaban de salir bien, aparecen dudas, se cometen errores...

Ahora bien, si después de cada aplicación se analizan los resultados, reforzando lo que haya salido bien y buscando alternativas a lo que haya salido deficiente y por tanto «mejorable», muy probablemente «la quinta vez saldrá mejor que la segunda» y al cabo de unas cuantas utilizaciones el modelo PRECEDE dejará de ser un corsé complicado de aplicar, para convertirse en el instrumento útil que se pretende.

3. La realización del diagnóstico PRECEDE pone de manifiesto, con frecuencia, determinadas lagunas de información que tiene el/la profesional. Por ejemplo, el/la profesional se da cuenta al aplicar el modelo que no sabe qué dice, qué opina, qué piensa la población diana respecto a la conducta “X” que está analizando; o qué habilidades y destrezas tiene para llevarla a cabo, o cómo responde el entorno ante la conducta más segura del usuario. Ésta es otra de las grandes utilidades del modelo PRECEDE: señalar posibles mejoras en los conocimientos del/ de la profesional en relación con factores relevantes que influyen en las conductas de los/as usuarios/as.

4. En los anexos I y II, que figuran tras la bibliografía, se ofrecen dos sencillos esquemas para facilitar la aplicación práctica e inmediata del modelo PRECEDE.

## BIBLIOGRAFIA básica "PRECEDE"

Alteneder RR, Price JH, Telljohann SK, Didion J, Locher A. Using the PRECEDE Model to Determine Junior High School Students's Knowledge, Attitudes, and Beliefs about AIDS. *Journal of School Health*. 1992; 10 (62): 464-470.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychol Rev* 1977; 84: 191-215.

Bayés R. *SIDA y psicología*. Barcelona: Martínez Roca, 1995.

Bayés R. Psicología y SIDA: análisis funcional de los comportamientos de riesgo y prevención. *Papeles del Psicólogo* 1990; 46/47: 30-36.

Bimbela JL, Majó X, Polo LL, Sanclemente C. El proyecto de prevención del SIDA en Ciutat Vella (Barcelona). Un abordaje comunitario. En: Sánchez A., compilador *Programas de prevención e intervención comunitaria*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias (PPU), 1993; 101-127.

Bimbela JL, Cruz MT. *Sida y Jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 1997.

Bimbela JL, *Cuidando al cuidador. Counseling para profesionales de la salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública (3 edición.; 2ª reimpresión), 2001.

Bimbela JL, et al. *Red de Actividades de Promoción de Salud: Sexualidad, Salud y...* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública 1995; (4).

González J, et al. *Estudio integral sobre consumo de alcohol en jóvenes*. Talavera de la Reina: Consejería de Sanidad. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, 1995.

Green LW, Ottoson JM. *Community & Population Health*. New York: WCB-McGraw-Hill, 1999.

Green LW, Kreuter MW. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield, 1991.

Green LW, Kreuter MW, Deeds SG, Partridge KB. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Palo Alto, CA: Mayfield, 1980.

Nebot M. Educación sanitaria ¿dónde estamos?. *Atención primaria* 1992; 9 (9): 56-61.

Ross MW, Simon Rosser BR. Education and AIDS risks: a review. *Health Education Research* 1989; 4 (3): 273-284.