



UNIVERSIDAD DE GRANADA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO**

**PROGRAMA DE DOCTORADO:
PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD**

**ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD PREVENTIVA DE
VIH/SIDA Y SU IMPACTO EN ADOLESCENTES EN
FUNCIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS**

Vº Bº El Director

Dr. D. Gualberto Buela Casal

Juana María Bretón López

Universidad de Granada, Noviembre de 2007

“Para mí, no hay emoción comparable a la que produce la actividad creadora, tanto en ciencia como en arte, literatura u otras ocupaciones del intelecto humano. Mi mensaje, dirigido sobre todo a la juventud, es que si sienten inclinación por la ciencia, la sigan, pues no dejará de proporcionarles satisfacciones inigualables. Ciertamente es que abundan los momentos de desaliento y frustración, pero estos se olvidan pronto, mientras que las satisfacciones no se olvidan jamás”

Severo Ochoa

Agradecimientos

A Gualberto Buela-Casal, tutor y director de mi tesis doctoral, por los años de aprendizaje en todo el proceso de mi formación académica y por sus cualidades para encaminarme al buen hacer investigador de forma autodidacta.

A los profesores Hugo Carretero, Macarena de los Santos, Cristino Pérez, José María Salinas y Andrés Catena, por el apoyo estadístico y metodológico recibido.

Al grupo de expertos colaboradores en la investigación, por su aceptación y compromiso con este trabajo y permitir que siguiera adelante.

A los profesionales de los centros de educación secundaria, orientadores y profesores, que han facilitado enormemente mi trabajo con la buena disposición mostrada. Igualmente, a los 913 adolescentes de dichos centros, por su valiosa colaboración, por su espontaneidad y por confiarme sus respuestas e intimidades, pilar básico para finalizar este proyecto.

A Juan Diego, técnico de la facultad de Psicología, por su dedicación en las primeras fases de la investigación y su profesionalidad en la mejora del material audiovisual utilizado en el estudio.

A mis compañeros y amigos, Diana, Inma Teva, Hugo, Macarena, Olga, Laura y Santiago, por la ayuda profesional y personal en todo el proceso. Por todos estos años, inolvidables, por los momentos compartidos dentro y fuera de la universidad, encuentros únicos y nuestros en los que jamás faltaron las risas, el apoyo y el bienestar de compartir tu tiempo con la buena gente. A Ángel y a Pablo, por añadir

a este grupo su humor, su simpatía y su buena voluntad para ayudar.

A Diana por todas las vivencias desde el momento en el que se cruzaron nuestras vidas, por sus horas de dedicación y por la buena disposición mostrada en el proceso de este trabajo.

A Inma Valor, por convertirse en una de las personas que más falta me ha hecho en los últimos años, no fallarme nunca y lograr darme una energía incalculable. Por nuestras conversaciones, nuestras confidencias y nuestra conexión. También a su familia, a sus padres Juaní y Ángel, por hacerme sentir como en casa.

A Salva, por llegar en el momento más “inoportuno” y encargarse de que, en medio de todas las situaciones más complicadas y exhaustas, con su dulzura nunca me faltara la mejor sonrisa, siempre me sintiera acompañada y cada día se convirtiera en un proyecto de vida juntos.

A mis compañeros de piso, Isabel, Antonio, Manolo y Manuel, ¡por ser muchos y hacer poco ruido! en medio de tanto trabajo en el que han respetado mis ausencias y me han ofrecido su ayuda y su alegría. De forma muy especial a Isabel por todas las historias tan divertidas que hemos pasado juntas, que se quedarán grabadas a fuego allá donde vaya y por su escucha. A mi primo Antonio, por los nueve años de vida compartidos, por su buen convivir y por ser una excelente persona.

A los que no tan cerca pero en la distancia también están, a mis amigos José, Antonio y Pedro y a mis amigas de Añora Isabel y María, por estar siempre pendientes y por hacerme saber que me esperan animándome al final de la meta.

A Diana, Solé y Sabrina, por el apoyo en la recta final de la tesis y hacer que los cambios sean más agradables al encontrarse con gente de buen corazón.

A Raúl, por su confianza en mi trabajo desde los primeros pasos y por el respecto mostrado, con su silencio y distancia, en los momentos más complicados de los últimos años.

De forma muy especial a mi familia, por ser uno de los principales motores de mis años académicos y saber entender mi ausencia. A mi hermana Isabel y a mi cuñado Miguel, por escucharme y compartir tantas noches de charlas y buenos ratos. A mi hermano Miguel Ángel, por hacerme saber, a su manera, que está pendiente y que puedo contar con él. A los protagonistas y grandes merecedores de todos mis agradecimientos, mis padres, María y Miguel, por educarme en el esfuerzo para alcanzar nuestros sueños y por el cariño, apoyo, confianza y orgullo mostrados en cada uno de mis pasos.

Y al más pequeño de todos, al que aún no sabe cuanto ha logrado con su sonrisa, con su mirada y con sus travesuras, al que algún día le contaré en qué consistió mi Tesis Doctoral, a mi ahijado Miguel.

... Y a muchos más que aunque no nombre, se han puesto a mi lado y han formado parte de esta importante etapa y los llevo en mi corazón, a todos ellos muchas gracias...

ÍNDICE

PÁGINA

1.- INTRODUCCIÓN	17
-------------------------	-----------

REVISIÓN TEÓRICA

2.- LA PANDEMIA DEL SIDA: CARACTERÍSTICAS GENERALES	23
--	-----------

3.- ORÍGENES DEL SIDA	25
------------------------------	-----------

3.1. ORIGEN DE LOS TIPOS DE VIH	25
--	-----------

3.2. HIPÓTESIS PLANTEADAS DEL ORIGEN DEL VIH	27
---	-----------

3.3. EXPANSIÓN GEOGRÁFICA DE LOS SUBTIPOS DEL VIRUS	29
--	-----------

4.- EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA	30
---	-----------

4.1. INFECCIÓN POR VIH Y ENFERMEDAD DE SIDA: CARACTERÍSTICAS	31
---	-----------

4.2. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	32
---	-----------

4.3. FASES: DESDE LA INFECCIÓN HASTA EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DE SIDA	35
--	-----------

4.4. TRATAMIENTOS ANTIRETROVIRALES	37
---	-----------

4.5. ELABORACIÓN DE UNA VACUNA CONTRA EL VIH: PRINCIPALES PROPUESTAS	38
---	-----------

5.- LA INFECCIÓN POR VIH: VÍAS DE TRANSMISIÓN	41
--	-----------

5.1. TRANSMISIÓN PARENTERAL: VÍAS DE INFECCIÓN SANGUÍNEA	42
---	-----------

5.1.1. Transfusiones, hemoderivados y trasplantes de órganos	42
---	-----------

5.1.2. Uso de drogas intravenosas	42
--	-----------

5.2. TRANSMISIÓN POR VÍA SEXUAL	43
--	-----------

5.2.1. Transmisión por la conducta homosexual	43
--	-----------

5.2.2. Transmisión por la conducta heterosexual	44
--	-----------

5.3. TRANSMISIÓN PERINATAL	45
-----------------------------------	-----------

5.4. RELACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN	46
--	-----------

6.- EL SIDA EN EL MUNDO	46
--------------------------------	-----------

6.1. ÁFRICA	48
--------------------	-----------

6.2. EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	49
--	-----------

6.3. ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO	51
6.4. ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL	51
6.5. EL CARIBE, AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR	52
6.6. ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE	54
6.7. OCEANÍA	55
6.8. AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA CENTRAL Y EUROPA OCCIDENTAL	55
7.- EL SIDA EN ESPAÑA	59
7.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EPIDEMIA EN ESPAÑA	59
7.2. TRANSMISIÓN DEL VIH EN ESPAÑA: PRINCIPALES VÍAS DE INFECCIÓN Y CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS	62
7.3. DISTRIBUCIÓN DEL VIH/SIDA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS	66
7.4. CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH-2 EN ESPAÑA	70
8.- PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH	71
8.1. PRINCIPALES CONCEPTOS SOBRE PREVENCIÓN	71
8.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS IMPLICADAS EN EL PROCESO DE LA PREVENCIÓN	73
8.2.1. Susceptibilidad de Riesgo	73
8.2.2. Autoeficacia	74
8.2.3. Locus de Control	75
8.2.4. Presión Normativa	75
8.2.5. Intención de Conducta	76
8.3. MODELOS TEÓRICOS DE SALUD	76
8.4. IMPLICACIÓN DE DISTINTAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN LA PREVENCIÓN	81
9.- ADOLESCENTES Y VIH/SIDA	84
9.1. ADOLESCENTES Y SEXUALIDAD	85
9.2. INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN ADOLESCENTES EN ESPAÑA	87
9.3. ADOLESCENTES Y PROGRAMAS DE PREVENCIÓN	89
10.- MARKETING SOCIAL Y PERSUASIÓN PUBLICITARIA	95
10.1. PERSUASIÓN	97
10.2. LA PERSUASIÓN Y LA RELEVANCIA DE LOS ASPECTOS COGNITIVOS: MODELO DE PROBABILIDAD DE ELABORACIÓN	99
10.3. LA PERSUASIÓN Y LA RELEVANCIA DE LOS ASPECTOS AFECTIVOS: PRINCIPALES FORMULACIONES TEÓRICAS	104
10.4. LA PERSUASIÓN Y LA RELEVANCIA DE LA PREDISPOSICIÓN CONDUCTUAL: TEORÍAS DE LA ACCIÓN RAZONADA Y CONDUCTA PLANEADA	108

10.5. EL CANAL DE COMUNICACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA PERSUASIÓN PUBLICITARIA	110
11.- PUBLICIDAD PREVENTIVA DE VIH/SIDA	115
11.1. EVALUACIÓN DEL IMPACTO PERSUASIVO DE LA PUBLICIDAD	116
11.2. LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN DIFERENTES PAÍSES	120
11.2.1. América del Norte: El caso de Estados Unidos, México y Canadá	121
11.2.2. América Central, América del Sur y El Caribe: el caso de Honduras, Brasil, Colombia, Argentina y países del Caribe	125
11.2.3. Asia: El caso de Tailandia, China, India y Japón	132
11.2.4. África: el caso de Bostwana, Mozambique, Sudáfrica y Zimbabwe	138
11.2.5. Oceanía: El caso de Australia y Nueva Zelanda	141
11.2.6. Europa Oriental: el caso de Rusia y Ucrania	144
11.2.7. Europa Occidental: el caso de Francia, Italia, Suiza, Portugal, Países Bajos y España	147
12.- VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA PERSUASIÓN PUBLICITARIA	156
12.1. BÚSQUEDA DE SENSACIONES: EL CONCEPTO Y SUS TEORÍAS	160
12.1.1. Evaluación de la búsqueda de sensaciones	161
12.1.2. Características de las personas con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones	162
12.1.3. Búsqueda de sensaciones y prevención	164
12.1.4. La búsqueda de sensaciones como variable mediadora en la persuasión publicitaria	165
12.2. AUTOCONTROL: EL CONCEPTO Y SUS TEORÍAS	169
12.2.1. Evaluación del autocontrol	170
12.2.2. Características de las personas con bajo autocontrol	172
12.2.3. Autocontrol y prevención	173
12.2.4. El autocontrol como variable mediadora en la persuasión publicitaria	177
12.3. GÉNERO: EL CONCEPTO Y SUS TEORÍAS	178
12.3.1. Evaluación de aspectos relativos al género	180
12.3.2. Características de las personas con actitudes tradicionales frente a feministas en cuanto a ideología de género	181
12.3.3. Ideología de género y prevención	182
12.3.4. Ideología de género como variable mediadora en la persuasión publicitaria	183
12.4. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON LA PERSUASIÓN PUBLICITARIA: EDAD	186

ESTUDIO EMPÍRICO

PRIMER ESTUDIO

ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD PREVENTIVA DE VIH/SIDA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO DIFERENCIAL POR CANAL DE COMUNICACIÓN Y GRADO DE PERSUASIÓN: JUICIO DE EXPERTOS

	PÁGINA
1.- INTRODUCCIÓN	193
2.- OBJETIVOS	195
2.1. Objetivo general	195
2.2. Objetivos específicos	195
3.- HIPÓTESIS	196
4.- MÉTODO	197
4.1. Grupo de expertos	197
4.2. Sujetos	197
4.3. Instrumentos y materiales	197
4.4. Diseño	201
4.5. Variables	201
4.6. Procedimiento	203
5.- RESULTADOS	208
6.- DISCUSIÓN	226

SEGUNDO ESTUDIO

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA PUBLICIDAD PREVENTIVA DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES EN FUNCIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS

	PÁGINA
1.- INTRODUCCIÓN	237
2.- OBJETIVOS	239
2.1. Objetivo general	239
2.2. Objetivos específicos	239
3.- HIPÓTESIS	240
4.- MÉTODO	241
4.1. Sujetos	241
4.2. Instrumentos y materiales	242
4.3. Diseño	246
4.4. Variables	246
4.5. Procedimiento	247
5.- RESULTADOS	248
6.- DISCUSIÓN	264
7.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN FINAL DE LA INVESTIGACIÓN	272
8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	281
ANEXOS	327

1.- INTRODUCCIÓN

La epidemia de VIH/SIDA, con más de 65 millones de personas afectadas en el mundo, se ha convertido en una de las más destructivas en los anales de la historia (ONUSIDA, 2006). Las características de la enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) que la provoca, conforman un panorama alarmante para la población mundial. Por ello, el conocimiento de la enfermedad y las características de su evolución son esenciales para que el afrontamiento de la misma permita alcanzar un mayor éxito. La población adolescente, como implicada en importantes conductas de riesgo ante los datos epidemiológicos oficiales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; ONUSIDA, 2006), así como por otras circunstancias de maduración sexual y personal o uso/abuso de sustancias que la hacen más vulnerable, ha de ser considerada de forma rigurosa en las intervenciones que se realicen (Lameiras, 1997; ONUSIDA, 2004).

Las medidas preventivas que se pongan en marcha y su eficacia tienen un papel incuestionable para abordar una problemática de estas dimensiones. A su vez, estas medidas preventivas han de estar vinculadas estrechamente al panorama de la epidemia y la evolución que sigue. En el marco de la prevención primaria, las acciones desarrolladas pretenden evitar que se produzcan nuevas infecciones, de manera que el abordaje de la enfermedad no se limite únicamente a la atención de los enfermos o cuidados de tipo paliativo. Esto adquiere más importancia aún cuando no existe una vacuna preventiva para el SIDA. Entre dichas medidas, las campañas de prevención del VIH/SIDA poseen una labor esencial para frenar la extensión de la epidemia. Estas campañas tienen las particularidades propias del Marketing Social o marketing no lucrativo, cuyo objetivo es la transmisión de ideas o causas sociales para su aceptación por parte de la sociedad, de manera que se entienda un beneficio generalizado de la población (Fernández-Villacañas, 1998; Kotler y Zaltman, 1971; Palmer, Kilmer y Larimer, 2006; Vega y Roland, 2005). La utilidad de estas estrategias de prevención alcanza su *máxime* con una adecuada evaluación de la eficacia lograda, así como con un estudio de las particularidades que permitan lograr un mayor impacto, de manera que la

finalidad última esté en generar directrices para la elaboración futura y exitosa de nuevas campañas.

De acuerdo con lo comentado y ante la importancia concedida a la prevención primaria, el propósito de la presente investigación es analizar la publicidad preventiva de VIH/SIDA y evaluar el impacto logrado en adolescentes. Para una adecuada evaluación, se emplearon los instrumentos necesarios en base a las teorías de la persuasión y de la comunicación audiovisual (Alden y Crowley, 1995; Beerli y Martín, 1999; Benoit y Smythe, 2003; Bretón-López y Buela-Casal, 2006a; Hale y Dillard, 1995; Morris, Woo y Singh, 2005; Stephenson, Benoit y Tschida, 2001; Zhang y Watts, 2004), así como con fundamento en los modelos psicológicos de adopción de conductas preventivas y de salud (Ajzen, 1991; Ajzen y Fishbein, 1973; Armitage y Conner, 2001; Bandura, 1977, 1980, 1991, 1997a,b; Catania, Kegeles y Coates, 1992; Jones, Sinclair, Rhodes y Courneya, 2004; Rogers, 1975; Rosenstock, Strecher y Becker, 1988).

Ante la diversidad de aspectos que pueden ser estudiados en cuanto a los mensajes de salud, para una aproximación inicial a esta línea de trabajo, los objetivos de un primer estudio de la investigación se centrarán en el análisis de diferentes canales de comunicación preventiva (televisión, radio y prensa escrita) y en su eficacia diferencial. Además, por la importancia que se concede a la bondad de los anuncios y de las campañas, se estudiará también el impacto diferencial de los mensajes según el grado de persuasión de acuerdo con la metodología de juicio de expertos empleada en la investigación. Lo anterior se realiza por la relevancia de considerar distintas características de los elementos del proceso de comunicación (del que forman parte el canal de comunicación y el mensaje en sí) en estrecha relación con el impacto logrado, tal y como se ha puesto de manifiesto en una amplia variedad de estudios previos (Beattie y Shovelton, 2005; Briñol, De la Corte y Becerra, 2001; Bronner y Neijens, 2006; Bronner, Neijens y Van Raaij, 2003; Dijkstra, Buijtelts y Van Raaij, 2005; Franke, Huhmann y Mothersbaugh, 2004; Hyun, Gentry, Park y Jun, 2006; León, 1992; Norris y Colman, 1992; Nysveen y Breivik, 2005; Schoenbach y Lauf, 2002; Shavitt, Vargas y Lowrey, 2004; Surgi y Elliot, 1997).

La consideración de la audiencia de las campañas con un papel activo, que no se limite a una mera receptividad de los mensajes preventivos, obliga a una evaluación más exigente. Por ello, un segundo estudio de la investigación pretende evaluar el impacto logrado por campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA, según variables psicológicas de interés de los adolescentes receptores de las mismas. Entre estas

variables la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y los estereotipos e ideología de género ocupan el interés del segundo estudio (Bimbela, Cruz y Gorrotxategi, 1998; Campbell, 1995; Millar, Exner, Williams y Ehrhardt, 2000; Sheer, 1995).

El procedimiento seguido en la investigación requiere de la proyección de la publicidad preventiva a un conjunto de adolescentes escolarizados y de acuerdo con el marco teórico inicial, se pretende dar respuesta a los objetivos e hipótesis de cada uno de los dos estudios empíricos propuestos.

Los principales resultados del primer estudio reflejaron diferencias en el impacto logrado por las campañas de acuerdo con el canal de comunicación (siendo este impacto ligeramente mayor para el canal de televisión). Adicionalmente, se recogieron diferencias en el impacto según el grado de persuasión de las campañas (en concordancia con la clasificación realizada por el grupo de expertos, de manera que a mayor grado de persuasión considerado por los expertos mayor impacto logrado en los adolescentes). De igual manera, en cuanto a la función de las variables psicológicas de la audiencia, los resultados del segundo estudio recogieron la importancia de variables como la impulsividad y los estereotipos e ideología de género para lograr un mayor impacto de las campañas. Se requiere un estudio en profundidad para determinar la relación con otras variables no incluidas en la investigación y que pueden estar ejerciendo una influencia importante. Se describen también resultados en cuanto a variables sociodemográficas, entre las que las diferencias por sexo y edad tienen un papel relevante.

La utilidad final de los datos está en proporcionar directrices de elaboración futura de campañas exitosas y que alcancen mayor impacto persuasivo. Además, se invita a la reflexión sobre la necesidad de más labores de evaluación de la eficacia lograda por las intervenciones preventivas (Bretón-López y Buela-Casal, 2006b), junto con una colaboración que desde la Medicina, la salud pública, las Ciencias Sociales o los servicios sociales y comunitarios (Kelly, Murphy, Sikkema y Kalichman, 1993), han de ofrecer el marco interdisciplinar idóneo para el abordaje del VIH/SIDA y su prevención. Estos logros se verán reflejados en una mayor conciencia alrededor de la epidemia, de manera que se haga el camino para un avance en la disminución de las nuevas infecciones, por todas las repercusiones a nivel económico y de sufrimiento humano que esta enfermedad genera a nivel mundial (Fanci, 1999).

REVISIÓN TEÓRICA

2.- LA PANDEMIA DEL SIDA: CARACTERÍSTICAS GENERALES

La enfermedad de SIDA o Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida constituye una pandemia que, con inicios en el siglo pasado, está ocasionando importantes estragos también en el siglo XXI. Una epidemia de estas características afecta de forma global a toda la población, de manera que, a pesar de que en sus comienzos en el año 1981 se asoció a los llamados “grupos de riesgo”, en la actualidad se está expandiendo a toda la población. Sin embargo, esta epidemia está atacando de un modo especial a jóvenes, entre los que representa una importante causa de muerte, así como a niños y mujeres en edad fértil, afectando a su capacidad reproductiva (Bermúdez y Teva, 2004; Bermúdez y Téva-Álvarez, 2003; Folkers y Fanci, 2001).

La esperanza de vida de los habitantes de algunos países más afectados se ha visto reducida de forma importante por la epidemia. De esta manera, en los países en vías de desarrollo que se había conseguido un aumento de alrededor de 15 años desde 1950 hasta los años de comienzo de la pandemia, se vieron afectados por el SIDA con reducciones importantes de la esperanza de vida (Piot, Bartos, Ghys, Walker y Schwartliinder, 2001). A lo anterior, se suma que un importante núcleo de la población más perjudicada corresponde a adolescentes y jóvenes, con las repercusiones que esto tiene a la hora de mermar más aún la esperanza de vida, ocasionando un envejecimiento progresivo de la población (Folkers y Fanci, 2001).

Las dimensiones de esta epidemia tienen un carácter global. A pesar de existir zonas geográficas más afectadas, como es el caso de los países en vías de desarrollo y en particular la región de África Subsahariana, la extensión se ha dado a nivel mundial (ONUSIDA, 2006). Lo anterior ha ocurrido de manera más acentuada en el último año, así, en el año 2005 ha supuesto un incremento mayor del número de infecciones recogidas frente a lo que se venía registrando en años anteriores. Aproximadamente, se han registrado cinco millones de nuevas infecciones, sumando un total de 40,3 millones de personas que viven con VIH/SIDA en todo el mundo, de los que 17,5 millones corresponden a mujeres y alrededor de 2,3 millones a niños. A esto hay que sumarle entre 2,5 y 3,6 millones de personas que se estima que han muerto por esta enfermedad en el año 2005. Si se considera que alrededor de 25 millones de personas han muerto a causa del SIDA desde el inicio de la enfermedad, el total de personas afectadas suman más de 65 millones (ONUSIDA, 2006).

El SIDA ha supuesto tanto un importante sufrimiento y padecimiento humano, como inmensos costes económicos invertidos en las labores preventivas de carácter primario y otras de tipo sanitario y de tratamiento, que forman parte de las labores de prevención secundaria y terciaria. Desde los inicios de la epidemia del SIDA en el siglo pasado, esta devastadora enfermedad se ha abordado con ejes muy plurales. Se ha asumido un abordaje biomédico y biosanitario de la misma, que viene dado ante la necesidad de un despliegue de medidas de salud que consigan retener este progresivo incremento, tanto de nuevas infecciones como de muertes ocurridas por la enfermedad. Las mejoras en cuanto al acceso al tratamiento antiretroviral se han optimizado de forma considerable. Sin embargo, adquieren también gran relevancia los matices sociales y demográficos en su abordaje. Estos matices asociados a la enfermedad han ocasionado la alteración del orden y las relaciones sociales y la discriminación explícita a la que se ha sometido a las personas infectadas. El llamado SIDA social y la culpabilización de minorías, así como las actitudes de miedo y recelo, han supuesto que deba afrontarse esta epidemia sin perder de vista dichos factores, aún cuando se ha experimentado una evolución en estos aspectos (Laryea y Gien, 1993).

Ante los datos comentados acerca del número de infecciones recogidas en el año 2005, la posibilidad de una disminución de las medidas preventivas ha de ser abordada de forma urgente, ya que, debido a las características de la enfermedad, las intervenciones primarias adquieren un protagonismo esencial. Las responsabilidades preventivas en multitud de áreas han de adoptar una respuesta integral para luchar contra la enfermedad del SIDA y la ocurrencia de nuevas infecciones por VIH. Es importante, además, que estas medidas se focalicen en los cambios que ha experimentado la epidemia desde sus inicios. De esta manera, tanto los esfuerzos a través de programas de intervención en contextos comunitarios o escolares, así como las campañas de información públicas, han de conocer los cambios que ha experimentado la epidemia. Si en sus inicios estaba preferentemente relacionada con la población de homosexuales y usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), la actualidad es otra y confirma una vulnerabilidad general ante una posible infección. Esto se constata más aún cuando otras vías de transmisión, como la heterosexual, están alcanzando un protagonismo que nada tiene que ver con los inicios (ONUSIDA, 2006). Sólo conociendo estas particularidades y la evolución que la epidemia ha experimentado se podrá hacer frente de manera eficaz a la extensión de una pandemia de estas características.

3.- ORÍGENES DEL SIDA

El 5 de junio de 1981 aparece la infección por *Pneumocystis* (enfermedad oportunista relacionada con el diagnóstico de SIDA) publicada en el *Morbidity Mortality Weekly Report (MMWR)* en un varón homosexual en Los Ángeles, Estados Unidos. Conocidos los primeros casos de SIDA y su vinculación a la población de homosexuales, pronto se fue extendiendo entre la población. Sin embargo, por las características de la enfermedad y el tiempo requerido desde la infección hasta el desarrollo de la fase SIDA, los orígenes de la epidemia han de situarse años atrás (Bimbela y Cruz, 1996).

Las apariciones de los casos de SIDA y la infección por VIH en jóvenes homosexuales supusieron que la definición de las características de la enfermedad, el enfoque que la misma recibiera, las observaciones clínicas y hallazgos estuvieran centrados de forma casi exclusiva entre los jóvenes homosexuales. Sin embargo, tras los primeros casos diagnosticados entre población homosexual, otras poblaciones como los usuarios de drogas por vía intravenosa, así como los enfermos de hemofilia que habían recibido una transfusión sanguínea, conformaron otro subgrupo importante de la población vinculado a la epidemia del SIDA y comenzó su extensión.

3.1. ORIGEN DE LOS TIPOS DE VIH

Una vez conocidos los primeros casos diagnosticados de SIDA en el año 1981, se comenzaron las labores de investigación científica que permitieran conocer más características acerca de la enfermedad. Estas primeras investigaciones las llevaron a cabo el grupo de Luc Montaigner y su equipo del Instituto Pasteur de París, que en 1984 hallaron el agente etiológico del SIDA. Posteriormente, este hallazgo fue compartido con el equipo de Robert C. Gallo y el *National Cancer Institute* de Estados Unidos en 1987, tras múltiples debates sobre su autoría. En concreto, el virus hallado era el *retrovirus linfotropo T*, específicamente un subtipo de lentivirus y actualmente denominado Virus de la Inmunodeficiencia Humana por el Comité Internacional de Nomenclatura de Virus (Gatell et al., 2000). Este grupo de virus tiene la peculiaridad de necesitar transformar su información genética para replicarse, de ahí su enorme diversidad, que a su vez conlleva una gran dificultad para hallar una vacuna (Levin, Bull y Stewart, 2001).

Los orígenes del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) están en un conjunto de Virus de Inmunodeficiencia Simia (SIVs) perteneciente al grupo de lentivirus y que ha infectado alrededor de 36 especies diferentes de primates en África Sub-Sahariana. Específicamente, dos de estos virus fueron los causantes del traspaso inter-especies de lentivirus de primates a humanos, llegando a ocasionar el VIH. Estos virus eran el virus SIVcpz de chimpancés *Pan troglodytes troglodytes* y el virus SIVsmm de *Sooty mangabeys cercocebus atys*, responsables del VIH-1 y VIH-2, respectivamente (Sharp, Shaw y Hahn, 2005; Thomson, 2006). Es importante señalar que los primates infectados con SIV no parecen desarrollar la inmunodeficiencia o SIDA. Sin embargo, la infección por VIH en humanos es, en la mayoría de las ocasiones, caracterizada por una progresiva afección del Sistema Inmune y de forma especial de los linfocitos T CD4, ocasionando una destrucción gradual de las funciones inmunológicas y desembocando en la enfermedad de SIDA.

Los análisis filogenéticos específicos de la diversidad del VIH-1 en el oeste ecuatoriano de África proporcionan evidencias sobre que los orígenes de dicho virus ha ocasionando tres traspasos independientes del SIVcpz hacia la población humana, estando el origen de estos traspasos en la misma subespecie de chimpancés. Estos tres subtipos constituyen la infección por la clase M (*main*, principal), N (*new*, nuevo) y O (*outlier*, externo). Los tipos N y O son menos frecuentes y existen pocos casos de infección a través de los mismos. Es el tipo M y los subtipos que aglutina (A, B, C, D, E, F, G, H, J y K) el que ha adquirido más protagonismo y se ha propagado como el causante de la epidemia del SIDA (Sharp et al., 2005).

El Virus de Inmunodeficiencia Simia procedente de la especie de monos *sooty mangabeys* (SIVsmm) ha sido reconocido como el progenitor del Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 2 (VIH-2) y se encuentra principalmente en regiones de África Occidental. A su vez, este grupo de virus tiene ocho subtipos que corresponden a las categorías A, B, C, D, E, F, G y H. Sin embargo, y a pesar de que la transmisión a grupos de población humana ha ocurrido en multitud de ocasiones, son más desconocidas las características de la epidemia de SIDA alrededor de la infección por VIH-2 y su extensión no ha tenido las consecuencias devastadoras del VIH-1 (Delgado, Thomson y Nájera, 2002; Holguín y Soriano, 2000).

3.2. HIPÓTESIS PLANTEADAS DEL ORIGEN DEL VIH

Las investigaciones del grupo de Montaigner y Gallo situaron los orígenes del VIH en África Central y Oriental. La hipótesis que sostenían estos científicos fue que este virus provenía de un reservorio animal, en concreto, de primates subhumanos en la que el virus no producía la enfermedad (Delgado et al., 2002). En el momento en el que el VIH-1 y VIH-2 fueron identificados alrededor de 1980, la epidemia ya se había extendido por África. Acerca de la transmisión a la población humana han sido diversas las hipótesis que se han planteado y se ha aludido a distintas fechas en la que ocurrió el traspaso o la zoonosis (Hillis, 2000; Thomson, 2006):

- Por un lado, el virus podría haber sido transmitido a humanos en los años 1800 o inicios de los años 1900, quizá a través de la caza de chimpancés, por transferencia natural del virus en las heridas que se producían en el momento de la caza o por medio del consumo de alimentos (Schwartländer, Garnett, Walter y Anderson, 2000). De esta manera, el virus habría permanecido aislado en poblaciones humanas localizadas y no muy amplias y su extensión no comenzaría hasta 1930, fecha en la que se expande a otras poblaciones y se diversifica. La extensión del virus entre la población humana se pudo ver facilitada por los cambios políticos y cambios socioeconómicos que ocurrieron en África. Esta hipótesis se denomina “*Hipótesis de la pronta transmisión*” o “*herida del cazador*” (Gao et al., 1999; Hillis, 2000; Thomson, 2006).

- Por otro lado, se ha propuesto la posibilidad de que la transmisión desde los chimpancés a los humanos ocurriera alrededor de 1930, fecha en la que inmediatamente empezó a extenderse y diversificarse entre la población humana. La transmisión pudo ocurrir tras la no esterilización de material utilizado para la inyección de medicación a un cazador infectado. El uso de manera sucesiva con otros pacientes del mismo material pudo ocasionar la transmisión del virus. A esta hipótesis se le conoce como la “*Hipótesis de que la transmisión causa la epidemia*” (Hillis, 2000).

- Una tercera posibilidad la constituye la “*Hipótesis de la transmisión tardía paralela*”, en la que se sugiere que múltiples variedades de SIV fueron transmitidas de los chimpancés a los humanos alrededor de 1940 y 1950. Se planteó la posibilidad de la contaminación de las vacunas de la polio, administradas a un millón de personas en el

Congo, Burundi y Ruanda entre los años 1957 y 1959 (Hooper, 1999, 2000; Schwartländer et al., 2000). Esta hipótesis se denomina la “*Hipótesis de la vacuna antipoliomielítica oral (VAO)*” (Hooper, 1999). Los escritos del británico Edward Hooper, en su libro “*The River*”, vincularon los primeros casos conocidos de SIDA a dicha vacuna antipoliomielítica oral, aplicada a un millón de africanos hace más de 40 años. En dicha hipótesis se plantea que en el proceso de elaboración de la VAO los científicos introdujeron un precursor de VIH de forma accidental, de manera que ésta se pudo desarrollar con células de riñón de una especie de chimpancé infectada y así producirse la transmisión a los humanos (Hillis, 2000). Sin embargo, la hipótesis del origen del virus del SIDA en la VAO ha sido descartada posteriormente. Distintos estudios han puesto de manifiesto cómo las muestras usadas de dicha vacuna no contenían ni SIV ni VIH y que los sustratos en los que fue realizada no eran células de chimpancés (Cohen, 2001; Horton, 2000).

Otras hipótesis alternativas propuestas, pero que han recibido menos apoyo, son el contacto sexual con monos infectados, la realización de experimentos científicos para mostrar la transmisión del paludismo en 1971 con inyección de sangre de monos a humanos o la inoculación de sangre de monos en rituales mágicos y curativos (Holguín y Soriano, 2000).

Acerca de las hipótesis descritas, se han mostrado evidencias favorables hacia la “*Hipótesis de la pronta transmisión*”. Sin embargo se ha planteado que si el VIH se ha presentado en la población humana desde al menos 1930, por qué se ha convertido la enfermedad de SIDA en una enfermedad latente hasta alrededor de 1970. Investigaciones acerca del árbol filogenético del VIH-1 han indicado que la extensión inicial del virus y los inicios de la epidemia fueron lentos, sin embargo distintas condiciones hicieron que la extensión siguiera un ritmo frenético a partir de 1950-1960. Entre estas condiciones, el fin del dominio colonial en África, las guerras civiles, la consideración y extensión de distintas vacunas, el crecimiento de las ciudades africanas, la revolución sexual y los viajes y migraciones a otros países, favorecieron el carácter epidémico de la infección. Por las características de la infección por VIH y el requerimiento de los años de incubación del Virus de Inmunodeficiencia Humana hasta la aparición del SIDA, fue en la década de 1980 cuando empezaron a diagnosticarse los primeros casos en Europa y Estados Unidos, avanzando hasta las circunstancias en la que hoy conocemos la pandemia (Hillis, 2000; Thomson, 2006).

Las particularidades bajo las que ocurre la zoonosis descrita, así como las propiedades de mutación genética del grupo de retrovirus al que pertenece el VIH, hacen que en la actualidad esté ocasionando verdaderos estragos en todo el mundo. A pesar de ello, ha ocurrido una importante respuesta científica que ha de ir en paralelo con las medidas preventivas necesarias para abordar esta enfermedad, las infecciones ocurridas por su agente etiológico y la propagación del virus por todo el mundo.

3.3. EXPANSIÓN GEOGRÁFICA DE LOS SUBTIPOS DEL VIRUS

La transmisión de un virus animal a un huésped humano vino acompañada de rápida expansión geográfica, provocando la epidémica viral más seria de toda la historia de la humanidad por transmisión zoonótica. Sin embargo, las categorías de virus enunciadas han seguido un curso distinto en la población mundial y la expansión de estos Virus de Inmunodeficiencia Simia a la población humana ha sido variable. Para el caso del VIH-1 y las infecciones ocurridas por los grupos N y O, éstas han ocurrido principalmente en Gabón y Cameroon (Lemey et al., 2004). En concreto, las infecciones por VIH debidas a la categoría N no se han convertido en una emergente amenaza para la humanidad en la actualidad. Los datos anteriores indican la posibilidad de que la categoría N de VIH-1 apareciera de forma más reciente entre la población humana frente a las categorías M y O, cuyos orígenes datan de alrededor de 1920-1930 (Lemey et al., 2004). Se han mantenido distintas hipótesis acerca de la aparición de esta nueva categoría N. Por un lado, se sostiene la hipótesis de recombinación en primates, de manera que se debiera a la recombinación de categorías previas existentes y en un momento anterior a la transmisión a humanos. Por otro lado, se ha sostenido que la aparición de la categoría N se debiera a la recombinación de categorías de virus previos pero una vez que la zoonosis o transmisión de patógenos de primates a humanos se hubiera dado (Roques et al., 2004)

Por su parte, la categoría M ha supuesto una extensión pandémica en todo el mundo y es la responsable de gran parte de las infecciones ocurridas, de manera que ha ocasionado más de 60 millones de personas afectadas (Sharp et al., 2005). Los subtipos de virus existentes dentro de la categoría M también han supuesto una distribución diferencial según zonas geográficas. En África se han extendido todos los subtipos, predominando el subtipo C y el recombinante AG. En América y Europa Occidental se ha expandido prácticamente el subtipo B. En Asia, junto con el subtipo B, se ha

encontrado el recombinante AE, principalmente en el sureste del continente. En India predomina el subtipo C, en China el recombinante BC y en las Repúblicas de la antigua Unión Soviética el subtipo A. Sin embargo, de forma global, el mayor número de casos de VIH-1 extendidos por el mundo pertenecen al subtipo C (Apetrei et al., 2005).

En el caso del grupo VIH-2, y sus ocho subtipos (A, B, C, D, E, F, G y H), las categorías A y B han provocado un elevado número de infecciones en el oeste de África, mientras que las categorías C, D, E, F, G y H han sido identificadas en individuos aislados y no de forma masiva, concentrados en regiones determinadas (Apetrei et al., 2005; Santiago et al., 2005).

Los datos descritos y los múltiples estudios realizados en cuanto al origen del VIH, así como el hecho de que entre los primates la infección por SIV no ocasione inmunodeficiencia, han de ser de utilidad en la mayor eficacia de las intervenciones, los tratamientos y las estrategias preventivas para el VIH/SIDA. Si la infección por SIVcpz no es patógena en los chimpancés, entonces es indiscutible la importancia de indagar las diferencias en base molecular entre dicha infección y la infección por VIH-1 en humanos, más aún cuando se conoce la similitud entre el genoma de los chimpancés y los humanos. Un análisis detallado de la infección por SIVcpz en el hábitat natural de los primates “huéspedes” del virus podría también servir como área de investigación científica importante que contribuya, tanto a la elaboración de una vacuna, como al desarrollo de unos fármacos terapéuticos (Sharp et al., 2005).

4.- EL SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o SIDA constituye una enfermedad de tipo infeccioso que se caracteriza por la supresión y destrucción progresiva del Sistema Inmune (Nájera, Thomson, Medrano y Delgado, 2000). Tal y como se ha descrito anteriormente, el Virus de Inmunodeficiencia Humana o VIH (un subtipo de lentivirus de la familia de los retrovirus) es el agente causante de esta enfermedad. El VIH como agente infeccioso y por su pertenencia a la familia de retrovirus tiene la particularidad de integrar su material genético o ARN en el ADN de las células del sistema inmunológico. Es desde esas células desde las que inicia su replicación, con una alta variabilidad en los subtipos que se producen (Nájera et al., 2000). Para una descripción adecuada del SIDA y su agente infeccioso o VIH, es

importante conocer las diferencias entre ambos, por lo que a continuación se describen algunas de las características asociadas al proceso que sigue la enfermedad.

4.1. LA INFECCIÓN POR VIH Y LA ENFERMEDAD DE SIDA: CARACTERÍSTICAS

En el momento en el que se produce la infección por VIH la persona se convierte en portadora del virus y con capacidad de transmitir dicho virus a otras personas por distintas vías o mecanismos de transmisión que se verán más adelante. El desarrollo de la enfermedad de SIDA, como tal, no ocurre hasta que, de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos a tal efecto, aparecen las enfermedades oportunistas o la carga viral correspondiente por microlitro de sangre que anuncian que se ha entrado en la fase SIDA.

Si bien se conocen las repercusiones que puede tener una infección determinada por un virus en el Sistema Inmune, es importante acercarse a la actuación del VIH por las particularidades del mismo. Las células diana que se ven afectadas por este virus son el grupo de monocitos/macrófagos, microglías, linfocitos T8, células de Langerhans, linfocitos B, células de carcinoma de colon, fibroblastos, células de línea de glioma o células gliales primarias y prioritariamente, los linfocitos T4 o linfocitos CD4 (Nájera et al., 2000). La “preferencia” por estas células viene dada por la afinidad de los marcadores de superficie de los linfocitos T4 o CD4 con el virus. Debido a que las funciones de estas células son proteger ante las posibles infecciones o tumores que aparezcan en el cuerpo, entonces las repercusiones ante un ataque directo a las mismas alcanzan una enorme gravedad.

Se describe a continuación, brevemente, cómo ocurre la infección y la replicación del virus. Una vez que el virus del SIDA o VIH ha entrado en el cuerpo, se produce una fusión de dicho virus a la membrana celular de los linfocitos T. Esta fusión ocurre entre el antígeno de entrada del virus (gp 160) y el receptor específico de los linfocitos CD4. Estos virus contienen ácido ribonucleico (ARN) pero se integran como ácido desoxirribonucleico (ADN). Para la conversión del ARN en ADN se produce el fenómeno de la retrotranscripción por acción de la enzima viral transcriptasa inversa, fenómeno que ocurre en el citoplasma de la célula infectada. El siguiente paso es introducirse en el núcleo celular de los linfocitos y en su genoma, por medio de la acción de la integrasa viral. Es cuando comienza la replicación progresiva del VIH

(Nájera et al., 2000). El gran tropismo y variabilidad con la que se producen nuevas partículas virales dificultará enormemente las tareas de defensa del sistema inmune, que sin embargo elaborarán anticuerpos ante las proteínas reguladoras y estructurales del VIH como respuesta humoral y linfocitos T citotóxicos (CTL) y *natural killer* (NK) como respuesta celular. La nueva partícula viral surgida sale de la célula infectada a través de su membrana, no sin antes extraer una gran cantidad de lípidos y glucoproteínas, debilitándola aún más (Nájera et al., 2000).

La vida media de una célula infectada es de aproximadamente 2 días. Datos tan llamativos como que se produce una renovación viral diaria de entre los 1.000 y 10.000 millones de virus (teniendo en cuenta que la vida media del VIH es de unas 6 horas) hacen presuponer el debilitamiento tan masivo del sistema inmune. Esto predispone a que aparezcan las enfermedades tumorales y neurológicas que anuncian la enfermedad de SIDA y que pueden ocasionar la muerte (Delgado, 1998; Nájera et al., 2000). En la evolución que se sigue desde la infección por VIH hasta el desarrollo de la enfermedad influirán muchos factores. Entre estos factores adquieren una gran importancia características de tipo personal o ambiental, hasta otras relativas a la carga viral y al tipo de la misma.

4.2. DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Definir en qué momento se puede considerar que la persona tiene la enfermedad ha sido tarea de los *Centers for Disease Control and Prevention*. La definición de SIDA ha tenido dos fases que se recogen a continuación.

Así, en 1986 se establece una clasificación de la enfermedad con su correspondiente definición en 1987 tanto para adultos como para niños. Sin embargo, la inclusión de nuevos criterios para determinar la enfermedad de SIDA ha supuesto una última modificación, de manera que en Enero de 1993 se establece la última definición que sustituye la recogida en 1987 (Centers for Disease Control and Prevention, 1992). Se describe aquí la definición más reciente correspondiente al año 1993, que es la más utilizada en la actualidad (Gatell et al., 2000). Un primer criterio empleado para confirmar el diagnóstico de SIDA comprende el recuento y contabilización de células. Así, se considerará la enfermedad en el caso de aquellas personas infectadas con VIH/SIDA que tienen menos de 200 células CD4 o linfocitos T por microlitro de sangre (μL), o bien un porcentaje inferior al 14% del total existente de células CD4 o linfocitos

T en el cuerpo. La situación de la persona infectada conllevará la clasificación en grupos clínicos de acuerdo con este recuento de células CD4. Estas categorías clínicas se distribuyen en los siguientes grupos:

- Grupo A: Infección aguda por VIH asintomática o linfadenopatía generalizada persistente.
- Grupo B: Presencia de enfermedad por VIH sintomática.
- Grupo C: Presencia de enfermedades y trastornos indicadores de la enfermedad de SIDA.

Dentro de cada una de los grupos mencionados, las subcategorías que aparecen recogidas en la Tabla 1 se determinarán de acuerdo con el recuento de células T CD4 por microlitro de sangre.

Tabla 1

Clasificación en categorías clínicas de la infección por VIH y definición de caso de SIDA en adolescentes y adultos.

CATEGORÍAS CLÍNICAS			
	A	B	C
	Infección aguda por VIH asintomática o linfadenopatía generalizada persistente	Presencia de enfermedad por VIH sintomática, distinto a trastornos A y C	Presencia de enfermedades y trastornos indicadores de la enfermedad de SIDA
Células T CD4			
1. $\geq 500/\mu\text{L}$	A1	B1	C1
2. 200-499/ μL	A2	B2	C2
3. $< 200/\mu\text{L}$	A3	B3	C3

Nota: Esta información ha sido obtenida de los *Centers for Disease Control and Prevention* (1992).

A lo anterior, se le suma un segundo criterio empleado para el diagnóstico de SIDA, que tiene relación con los trastornos asociados a la enfermedad. En cuanto a esto, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida según la definición de caso recogida por los *Center for Disease Control* (1992), requiere la confirmación de al menos una de las 26 condiciones clínicas llamadas indicativas de la enfermedad que aparecen recogidas en la Tabla 2 y que regulan la definición del diagnóstico de SIDA.

Tabla 2

Enfermedades oportunistas como categorías clínicas diagnósticas definitivas de la enfermedad de SIDA

1. Candidiasis traqueal, bronquial o pulmonar.
2. Candidiasis esofágica.
3. Carcinoma de cérvix invasivo.
4. Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar.
5. Criptococosis extrapulmonar.
6. Criptosporidiasis con diarrea de más de un mes.
7. Infección por citomegalovirus de un órgano diferente del hígado, bazo o ganglios linfáticos en un paciente de más de un mes de edad.
8. Retinitis por citomegalovirus.
9. Encefalopatía por VIH.
10. Infección por virus del herpes simple que cause una úlcera mucocutánea de más de un mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier duración, que afecten a un paciente de más de un mes de edad.
11. Histoplasmosis diseminada (en una localización diferente o además de los pulmones y los ganglios linfáticos cervicales o hiliares).
12. Isosporidiasis crónica, más de un mes.
13. Sarcoma de Kaposi.
14. Linfoma de Burkitt o equivalente.
15. Linfoma inmunoblástico o equivalente.
16. Linfoma cerebral primario.
17. Infección por *M. avium-intracellulare* o *M. kansasii* diseminada o extrapulmonar.
18. Tuberculosis pulmonar.
19. Tuberculosis extrapulmonar o diseminada.
20. Infección por otras microbacterias, diseminada o extrapulmonar.
21. Neumonía por *P. Carinii*.
22. Neumonía recurrente.
23. Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
24. Sepsis recurrente por especies de *Salmonella* diferentes de *S. typhi*.
25. Toxoplasmosis cerebral en un paciente de más de un mes de edad.
26. Wasting síndrome.

Nota: Esta información ha sido obtenida de los Centers for Disease Control and Prevention (1992).

Entre estas 26 enfermedades, tres de ellas fueron sumadas en la nueva y última definición propuesta en 1993.

Estas tres nuevas condiciones clínicas son:

- Tuberculosis pulmonar.
- Neumonía recurrente.
- Cáncer cervical invasivo. Este último fue incorporado ante el protagonismo que comenzaron a adquirir la población de mujeres como núcleo afectado por el VIH/SIDA y fue la única enfermedad específicamente femenina para el diagnóstico de SIDA (Del Río, 1997; ONUSIDA, 2006).

Así, para la categorización de la persona infectada dentro de la categoría clínica C (C1, C2 y C3) se requiere la presencia de enfermedades indicadoras de SIDA.

Es importante mencionar que, en Europa, para la inclusión de caso de SIDA y la consideración de enfermedad no se han aceptado las subcategorías A3 y B3 de infección por VIH.

4.3. FASES: DESDE LA INFECCIÓN HASTA EL DESARROLLO DE LA ENFERMEDAD DE SIDA

La infección por VIH y el desarrollo de la enfermedad de SIDA pasa por una serie de fases que se describen a continuación y cuyo comienzo ocurre en el momento en el que la persona es infectada por el virus del SIDA (Alcamí, 2000; Gatell et al., 2000).

- Fase Precoz o Aguda (primoinfección o infección aguda).

Una vez que se produce la infección por VIH, el virus inicia su expansión a través de los tejidos y órganos del cuerpo. La persona está infectada por VIH, sin embargo se encuentra en el denominado “periodo ventana”. Este periodo abarca las 4-12 semanas iniciales en las que no se detectan anticuerpos que hagan suponer la existencia del virus y no aparecen síntomas clínicos. Entonces comienza la extensión del virus a través del tejido linfoide, los ganglios linfáticos y el sistema nervioso. En este punto se darán los primeros síntomas relacionados con gripes, fiebres o mialgias (es el llamado síndrome mononucleósico). En este momento el sistema inmune comienza a responder con

una defensa humoral y celular al virus, por lo que los síntomas del síndrome mononucleósico remitirán momentáneamente. El curso de esta primera fase dependerá de la virulencia de las cepas infectantes, así como de la capacidad de respuesta del sistema inmunológico de la persona. Sin embargo, una extensión más acentuada por tejidos importantes del cuerpo supondrá que pronto aparezcan los síntomas clínicos que determinarán el diagnóstico de infección por VIH.

- Fase Intermedia o Crónica de la infección.

La duración de esta fase puede ser de varios años. En esta fase intermedia desde la infección por VIH hasta el diagnóstico de SIDA, se produce un mantenimiento de la defensa humoral y celular del sistema nervioso iniciada en la fase anterior. Los pacientes no presentarán síntomas o a lo sumo presentarán adenopatías, plaquetopenia o trastornos neurológicos de tipo leve. Sin embargo, el virus continúa replicándose en el cuerpo y extendiéndose por sus tejidos. Aproximadamente, el 50% de los adultos entrarán en la fase SIDA a los 7-10 años de haberse infectado por el VIH, un 20% entrarán en dicha fase en menos de 5 años y alrededor del 10% no lo habrán hecho a los 20 años (Gatell et al., 2000). Sin embargo, la probabilidad de avanzar de una fase a la siguiente (fase SIDA), tendrá una variabilidad individual de forma importante, más aún con los nuevos avances farmacológicos existentes.

- Fase Final o de Crisis.

La actividad replicativa elevada del virus en el cuerpo de la persona infectada es una característica importante de esta fase. La inmunosupresión, la alteración del estado general, las infecciones oportunistas y los trastornos neurológicos también la definen. Al mismo tiempo, se están produciendo déficits en las reservas de linfocitos encargadas de hacer frente al virus. Es en este momento cuando el paciente desarrolla la enfermedad de SIDA. Se estima que la probabilidad de sobrevivir tres años después del diagnóstico no supera el 15-30% de la población enferma de SIDA. De nuevo, la variabilidad individual y otros aspectos relativos a las características virológicas jugarán un papel importante.

Las fases descritas se refieren a una evolución general de la infección y enfermedad de SIDA, sin embargo, tal y como se ha comentado, existirán diferencias individuales en el progreso que se siga. Debido a estas diferencias, algunos pacientes, considerados como “progresores lentos” han logrado alcanzar una conservación casi total de su Sistema Inmune. El interés por los factores que pueden estar influyendo en un progreso lento de la enfermedad, ha llevado a que en algunos estudios se indaguen las variables psicosociales y personales que predicen la evolución (Trujillo, Oviedo-Joekes y Vargas, 2001). Algunas conclusiones resaltan la importancia de factores como la raza, el sexo, el consumo de drogas por vía parenteral, los ingresos, el nivel cultural, la educación, tener hogar y empleo, entre otros, como determinantes del ritmo de la evolución desde la infección hasta la fase de SIDA. La influencia de estas variables se ha visto relacionada con el recuento de células, la presencia de síntomas y la supervivencia. Otros factores tales como la profilaxis de pneumocistis, el tratamiento antirretrovírico durante el seguimiento, la asintomatología en la primoinfección, el número de virus y la virulencia de las cepas concretas de virus se asocian con un pronóstico y curso específico de la enfermedad (Gatell et al., 2000).

4.4. TRATAMIENTOS ANTIRETROVIRALES

La detección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) conlleva la realización de un test de laboratorio que permita detectar en sangre la existencia de anticuerpos. Se trata por lo tanto de ver si existe una respuesta humoral del cuerpo, debido a que ésta se da ante la detección del virus. Es importante tener en cuenta el “periodo ventana” al que se ha aludido con anterioridad, para tomar con cautela los resultados analíticos obtenidos hasta las 12 semanas desde el momento en el que se sospecha que ha ocurrido la infección. En este periodo pueden no concluirse resultados positivos de los análisis de detección de anticuerpos y que se deban a que el cuerpo aún no los ha generado, estando sin embargo ya infectado por el virus. A pesar de que existe una variedad de técnicas para la detección de la existencia de VIH en el organismo, las pruebas más frecuentes son la *Enzyme-linked Immunosorbent Assays* (ELISAs) y la *Single Use Diagnostic System* (SUDS) (Constantine y Zhao, 2005).

Acerca del tratamiento para abordar la enfermedad de SIDA es importante considerar que, gracias a los fármacos antiretrovirales, en la actualidad la enfermedad puede adoptar características de cronicidad. Las primeras fechas de fármacos y

tratamientos antiretrovirales datan de 1987, cuando comenzaron a acentuarse los ensayos clínicos para estudiar la acción de estos tratamientos. Algunos de los más conocidos comprenden la Zidovudina (ZDV) y la Didanosina (ddI). Las pretensiones de estos fármacos son una canalización de la replicación con la que actúa el virus. La combinación de algunos de los tratamientos parece que alcanza una gran utilidad y que mejora de forma considerable la salud de los pacientes. Así, terapias como la *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART) o el Tratamiento Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA) combinan terapias triples para afrontar la enfermedad y logran descensos importantes en la carga viral de los pacientes (Guardiola y Soriano, 2001). Otras terapias se han centrado en el empleo de potenciadores del sistema inmune, como es el caso de la Interleucina 2 (IL-2) u otras terapias más recientes tales como el uso de las llamadas Estatinas, potenciadoras de células T CD4 (Del Real et al., 2004).

Se estima que las personas infectadas por VIH que reciben tratamiento antiretroviral tienen menor probabilidad de aparición de una enfermedad oportunista y experimentan mejoras considerables en cuanto al estado del Sistema Inmune (Chaisson, Sterling y Gallart, 2002). Si bien se ha considerado un periodo de entre 8 y 10 años como periodo de incubación del VIH hasta el desarrollo de la enfermedad de SIDA, el empleo de tratamientos antiretrovirales ha supuesto un cambio en la evolución de la enfermedad y de la duración de las fases antes descritas (Grupo Español Multicéntrico para el Estudio de Seroconvertidores, 2000).

4.5. ELABORACIÓN DE UNA VACUNA CONTRA EL VIH: PRINCIPALES PROPUESTAS

Los datos epidemiológicos presentados previamente justifican la necesidad urgente de desarrollar una vacuna como una de las medidas más eficaces en la lucha contra la pandemia del SIDA y su control. A pesar de que el organismo humano emite una respuesta humoral y celular de forma natural para mostrar resistencia al virus, ésta no es suficiente para hacer frente a la enfermedad y se va produciendo una progresiva destrucción de las células del sistema inmune que conducen a la enfermedad de SIDA. Lo anterior evidencia el carácter urgente y la necesidad de una vacuna profiláctica y/o terapéutica contra el VIH (Catanzaro y Graham, en prensa; Liberman, 2005; Mwau y McMichael, 2003).

La meta principal de la vacuna sería inducir inmunidad, de manera que aún ocurriendo la infección, existan anticuerpos que prevengan la extensión por todo el organismo. En la actualidad no existe una vacuna contra el VIH, de manera que, a pesar de que el cuerpo humano genera anticuerpos, la rápida variabilidad y replicabilidad del virus y su carácter altamente patógeno, hacen que el sistema inmune se vaya debilitando y perdiendo la respuesta humoral y celular emitida al detectar el VIH (Burton et al., 2004).

Ensayos clínicos para la síntesis de la vacuna contra el VIH

Los primeros ensayos clínicos para el desarrollo de la vacuna contra el VIH comenzaron en 1987. Esto supuso el estudio pormenorizado de la inmunobiología del Virus de Inmunodeficiencia Humana y sus características. En la actualidad muchos son los organismos que invierten su actividad científica en la elaboración de una vacuna eficaz contra el SIDA, entre los que los *Centers for Disease Control (CDC)*, *International AIDS Vaccine Initiative (IAVI)* y *African AIDS Vaccine Programme (AAVP)* ocupan un lugar destacado (Girard, Osmanov y Kieny 2006).

Las principales propuestas están alrededor de potenciar una respuesta humoral y en el estudio del valor neutralizante de los anticuerpos, específicamente en la identificación de las estructuras de los receptores gp120. Sin embargo, la enorme capacidad del virus para generar glicoproteínas que conserven sus receptores dificulta la potenciación de los anticuerpos neutralizantes. Algunos de estos ensayos clínicos han tenido resultados positivos en primates, en concreto en chimpancés infectados, en los que se ha mostrado que la inyección de inmunoglobulina, a pesar de no prevenir la infección, supone una progresión retardada de la enfermedad. Sin embargo, los resultados en humanos no han sido muy alentadores. La importancia de seguir avanzado en el estudio del valor neutralizante de los anticuerpos ante las principales cepas de VIH será el núcleo central de los trabajos futuros para la elaboración de una vacuna contra el VIH (Burton et al., 2004; Catanzaro y Graham, 2006).

Otras líneas de investigación desarrolladas en torno a la elaboración de una vacuna son aquellas centradas en la inducción y estimulación de la respuesta emitidas por las células T del Sistema Inmune (Burton et al., 2004; Catanzaro y Graham, 2006). Estos estudios se han basado en una variedad de ensayos clínicos y en la producción de células T por medio de la vacuna *Plasmid-DNA*, que ha mostrado eficacia en primates

macacos, de manera que ha logrado prevenir el SIDA inducido por Virus de Inmunodeficiencia Simia. En humanos se espera que las vacunas *Plasmid-DNA* sean el mejor inhibidor de la extensión del VIH por el organismo, logrando que las células específicas encargadas de combatir el virus tengan “memoria” al VIH introducido en el cuerpo de la forma más rápida posible. Se pretende, entonces, que estas vacunas puedan actuar de supresoras de la infección, así como de la progresión de la enfermedad y de una forma más esperanzadora puedan prevenir la transmisión del virus, a modo de prevención primaria (Mwau y McMichael, 2003).

La utilidad de potenciar ambas respuestas, tanto una respuesta humoral como celular puede resultar muy útil para la elaboración de la vacuna contra el SIDA y la infección por VIH. Otras propuestas más innovadoras están en desarrollar vacunas que permitan estimular las mucosas del Sistema Inmune de manera que se bloqueen las principales vías de transmisión del virus (Girard et al., 2006).

Dificultades y limitaciones en la síntesis de la vacuna contra el VIH

La idea de desarrollar una vacuna segura, eficaz y fácil de administrar es prioritaria dadas las características de la pandemia del SIDA y la infección por VIH, que constituyen un problema de salud de gran importancia en el siglo XXI. Alrededor de 35 vacunas han sido probadas en ensayos clínicos en una gran cantidad de personas, sin embargo aún no hay una respuesta eficaz ni resultados concluyentes al respecto. Algunas barreras que ha tenido la elaboración de una vacuna son las referidas a la enorme variabilidad genética y heterogeneidad del VIH. Este aspecto comprende una dificultad importante en relación con el desarrollo y elaboración de vacunas eficaces contra el VIH, agravado por la capacidad de recombinación de los subtipos existentes (Mwau y McMichael, 2003). Hay evidencias crecientes acerca de que las vacunas que estimulen de forma adecuada tanto la respuesta inmune humoral como la respuesta inmune celular pueden ayudar a prevenir la infección por VIH, así como la progresión a la enfermedad de SIDA (Mwau y McMichael, 2003). Por ello, se resalta que si se logra alcanzar una respuesta inmune inducida a través de una vacuna que permita detectar el virus previamente a que éste se replique y sea más heterogéneo, entonces, la identificación de los virus requerirá una tarea más sencilla para el sistema inmunológico. Lo anterior se logrará con más eficacia que si se ha producido la

expansión y replicabilidad de los virus inicialmente introducidos en el organismo (Burton et al., 2004).

Otras dificultades añadidas al desarrollo de una vacuna para el VIH señaladas por Girard et al. (2006) son:

- La falta de conocimientos sobre los correlatos inmunes de protección del virus VIH.
- Las dificultades para generar anticuerpos neutralizantes.
- Las limitaciones con relación a los modelos animales existentes, debido a que no desarrollan una progresión a la enfermedad de SIDA.
- La complejidad con relación a preparar y conducir ensayos clínicos a gran escala, principalmente en aquellos países en vías de desarrollo, que por otro lado son los más afectados.

A lo anterior se suma que los costes destinados a la elaboración de una vacuna son muy elevados (Mwau y McMichael, 2003).

A pesar de ello, en los últimos años se han conseguido avances destacados en el área de la virología, inmunología y patogénesis del VIH/SIDA, así como en el desarrollo de fármacos antiretrovirales. Se espera que continúe el camino que lleve a la detección de una vacuna eficaz contra el VIH como medida prioritaria en la lucha contra el SIDA.

5.- LA INFECCIÓN POR VIH: VÍAS DE TRANSMISIÓN

La transmisión del VIH se da a través de diferentes mecanismos, cuyo conocimiento es esencial en el abordaje de las medidas preventivas. Las vías por las que el virus es transmitido engloban una variedad de situaciones que, sin embargo, pueden ser recogidas en tres, éstas son la transmisión parenteral, la transmisión sexual y la transmisión perinatal (Blanco, García-Viejo, Tor, Muga y Mallolas, 2000; Ferrer, 1997). Cada una de estas vías tiene asociadas conductas de riesgo determinadas que se comentarán a continuación.

5.1. TRANSMISIÓN PARENTERAL: VÍA DE INFECCIÓN SANGUÍNEA

El contacto con sangre infectada por el virus del SIDA supone un mecanismo de transmisión importante. La sangre es un medio en el que existe una gran carga viral del VIH, por lo que las conductas en relación a un contacto con sangre infectada conforman un alto riesgo ante una posible infección. Dentro de esta categoría se recogen las siguientes situaciones:

5.1.1. Transfusiones, hemoderivados y trasplantes de órganos.

Las transfusiones sanguíneas, el empleo de factores de coagulación o los trasplantes de órganos y tejidos infectados por el VIH suponen situaciones en las que no hay alternativa a la no infección, de manera que la persona receptora contraería el virus del SIDA con toda seguridad. Previamente a que aparecieran las pruebas diagnósticas del Virus de Inmunodeficiencia Humana, las transfusiones realizadas en el periodo de años comprendido entre 1978 y 1985 supusieron una vía de transmisión del virus importante. En la actualidad, los rigurosos requerimientos de detección de anticuerpos en las donaciones de sangre, plasmas u órganos y tejidos, así como la desactivación del VIH mediante la pasteurización, en el caso de los hemofílicos, han logrado que esta vía de transmisión no tenga protagonismo en relación a la epidemia. El primer caso que data sobre una infección por transfusión se recoge en 1985, habiéndose producido otras infecciones anteriores a esta fecha por medio de esta misma vía (Vega y Lacoste, 1995). De forma global, algunos datos acerca de las infecciones ocurridas con hemofílicos recogen que esta vía representa únicamente un 1% de los casos de infección por el virus del SIDA en Estados Unidos y alrededor del 3% en Europa. En otras regiones, como China, Bangladesh, América Latina y el Caribe, las extracciones de sangre y el uso de material de inyección no estéril ha supuesto porcentajes mayores de infecciones, sin llegar a ser en ninguno de los casos una vía de transmisión principal (ONUSIDA, 2006).

5.1.2. Uso de drogas intravenosas.

Dentro de la categoría de infecciones por vía sanguínea, el uso compartido de jeringuillas entre los usuarios de drogas por vía parenteral se ha convertido en una conducta de riesgo protagonista de las infecciones por VIH/SIDA que ocurren en todo

el mundo (ONUSIDA, 2006; Vega y Lacoste, 1995). Las conductas de prevención asociadas a esta vía consisten en la esterilización de los materiales de inyección y el uso de materiales nuevos, junto con las indudables tareas alrededor de los usuarios de drogas y su inclusión en programas de tratamiento con metadona y deshabitación, sin olvidar la utilidad de las intervenciones de prevención primaria (Blanco et al., 2000). La transmisión del virus del SIDA entre los usuarios de drogas por vía parenteral tiene una enorme importancia a nivel mundial. Regiones como Europa, Estados Unidos, África del Norte y Oriente Medio, Asia Meridional y Sudoriental, América Latina, Asia Central y Asia Oriental y el Pacífico están siendo afectadas de forma importante por esta vía de transmisión. En el caso de Europa Oriental y Asia Central el consumo de drogas intravenosas se presenta como la vía protagonista de la infección por VIH entre su población (Bermúdez y Teva, 2004; Bermúdez y Teva-Álvarez, 2003; ONUSIDA, 2006).

5.2. TRANSMISIÓN POR VÍA SEXUAL

Esta vía de transmisión recoge las infecciones ocurridas por conducta homosexual y conducta heterosexual y tiene una gran relevancia en la epidemia del SIDA desde sus inicios. La vía sexual conforma el mecanismo de transmisión del virus que posiblemente ha experimentado un cambio más importante entre la población desde los primeros años de la pandemia. De esta manera, a pesar de que las primeras infecciones ocurrieron por vía homosexual y continuó durante muchos años siendo la protagonista del avance de la epidemia, las infecciones por conducta heterosexual ocupan un papel muy importante en la actualidad. A continuación se recogen cada una de ellas por separado.

5.2.1. Transmisión por la conducta homosexual.

Tal y como se ha visto en los orígenes de la epidemia, el primer caso detectado de un paciente con SIDA se dio en un varón homosexual. Desde entonces, el número de casos de VIH/SIDA entre la población homosexual de varones fue en progresivo aumento. Entre las conductas sexuales de riesgo que se asocian a esta vía de transmisión el coito anal es la que representa una mayor probabilidad de infección, seguida del sexo oral. El riesgo aumenta para la pareja sexual pasiva del coito anal. Junto a lo anterior,

otras conductas de riesgo asociadas son tener un número elevado de contactos sexuales, la promiscuidad sexual, las posibles irrigaciones anales o enemas y la presencia de otras enfermedades de transmisión sexual (Blanco et al., 2000; Downs y De Vincenzi, 1996). La infección por VIH entre mujeres homosexuales, a pesar de estar documentada, es infrecuente (Del Río y Currán, 2002). El uso del preservativo se presenta como la única medida eficaz de prevención en relación a los encuentros sexuales entre varones. En regiones como el Caribe, América del Norte, América Latina, Europa Occidental, Australia, Nueva Zelanda, Asia Oriental y el Pacífico este mecanismo de transmisión representa uno de los más relevantes para la infección por VIH (Bermúdez y Teva, 2004; Bermúdez y Teva-Álvarez, 2003; ONUSIDA, 2006).

5.2.2. Transmisión por la conducta heterosexual.

La infección por VIH a través de un contacto heterosexual se recoge por primera vez dos años después del conocimiento de la enfermedad de SIDA, en el año 1983 en Estados Unidos, al detectar el VIH en dos mujeres parejas sexuales de un varón que tenía la enfermedad (Vega y Lacoste, 1995). A pesar de ello, la evolución de la epidemia entre la población heterosexual siguió una progresión más lenta. Debido a esos inicios tan dispares, en la actualidad puede ser considerada como una de las vías de transmisión que ha experimentado mayor cambio (ONUSIDA, 2006). Entre las conductas de riesgo para la infección por VIH en la población heterosexual, el coito vaginal o anal adquiere el mayor protagonismo, seguido del sexo oral. Sin embargo, aquí es importante señalar las probabilidades diferenciales de transmisión del VIH según el sexo, de manera que existe mayor carga viral en el semen en comparación con el fluido cervicovaginal, lo que hace que la infección para el caso de la transmisión varón-mujer sea mayor frente a la transmisión mujer-varón (Blanco et al., 2000; Long, Martin y Kreiss, 2000). Junto a las diferencias por sexo, otros factores se asocian a una mayor probabilidad de infección en las relaciones heterosexuales, entre las que están las enfermedades de transmisión sexual, la ectopia cervical, la menstruación y el sangrado durante las relaciones sexuales, la carga viral, el estadio avanzado en la infección y la cepa viral (Del Río y Currán, 2002).

Igual que en la vía de transmisión homosexual, el uso del preservativo conforma el único método eficaz para prevenir la infección por VIH en relaciones heterosexuales. La vía de transmisión por contacto heterosexual está suponiendo un aumento

considerable en determinadas regiones occidentales y se ha convertido en la vía principal en algunas zonas de África. En otras regiones como el Caribe, América del Norte, Asia Meridional y Sudoriental, América Latina, África del Norte y Oriente Medio, Asia Oriental y el Pacífico este mecanismo de transmisión constituye uno de los principales (ONUSIDA, 2006).

5.3. TRANSMISIÓN PERINATAL

La transmisión de una madre portadora del virus del SIDA a su hijo, también llamada transmisión vertical, se puede dar en diferentes situaciones. Así, durante la gestación puede ocurrir una transmisión de la infección, pero también en el momento del parto (para lo que se aconseja la realización de cesáreas) o durante la alimentación de la leche materna. Entre las medidas preventivas que se señalan, la concienciación de los riesgos que conlleva el quedarse embarazada bajo una situación de infección por VIH es la prioritaria. Sin embargo, además de esta medida de prevención primaria, otras acciones de los servicios sanitarios han de ser llevadas a cabo para evitar que una vez que el embarazo se ha producido, ocurra una transmisión de la madre al hijo. El continente africano, y específicamente algunas de sus regiones como África Subsahariana, presenta una alta prevalencia de mujeres embarazadas que a su vez están infectadas por el VIH (ONUSIDA, 2006). Estos datos han ocasionado que aproximadamente más de dos millones de niños infectados por VIH se encuentren en África Subsahariana, estando el total mundial de casos pediátricos alrededor de 2,5 millones (ONUSIDA, 2006; Schwartländer et al., 2000).

Si bien las anteriores comprenden las principales vías de transmisión, otros casos de infección por VIH pueden ocurrir en contextos de asistencia sanitaria. De esta manera, el personal de la salud y atención sanitaria representa una población que ha estado también en el punto de mira ante posibles infecciones por su contacto con sangre, líquidos corporales o concentrados de virus (Blanco et al., 2000). La rigurosidad sanitaria y el control de los profesionales son las medidas preventivas que han de desplegarse en un contexto como este.

5.4. RELACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS MECANISMOS DE TRANSMISIÓN

Para finalizar con la exposición de los principales mecanismos de transmisión del virus del SIDA, es importante señalar la estrecha relación que se establece entre las distintas vías descritas, a pesar de que se han recogido por separado. Por ejemplo, la población usuaria de drogas por vía parenteral y su relación con mantener contactos sexuales no protegidos y el sexo comercial, con ausencia de uso de métodos preventivos, constituyen factores añadidos a las conductas de riesgo propias de un mecanismo aislado de transmisión. Lo anterior provoca que se estén produciendo aumentos en paralelo con otras vías, como es el caso de la infección por vía heterosexual entre parejas de usuarios de drogas por vía parenteral.

De igual manera, las infecciones entre varones que mantienen contactos homosexuales están produciendo aumentos en las infecciones de varón-mujer a través de sus relaciones sexuales. En muchas ocasiones, el contexto en el que ocurren las infecciones por vía homosexual entre varones es debido a contactos aislados, que continúan a su vez manteniendo relaciones sexuales con sus parejas heterosexuales. Algunos factores como la discriminación y el prejuicio que conlleva el reconocimiento del contacto homosexual agravan esta situación aún más. Regiones como América Latina están experimentando esta situación de forma considerable (ONUSIDA, 2006). Por último, y en cuanto a la vinculación entre vías de transmisión, el aumento de la población de mujeres infectadas por VIH está relacionado con el incremento de casos pediátricos que se produzcan.

El conocimiento de estas vías de transmisión, las conductas de riesgo asociadas y las relaciones que entre ellas se establecen, adquiere una gran relevancia para adoptar medidas preventivas oportunas. Además, también se requiere conocer la situación epidemiológica de dichas vías de transmisión a nivel mundial como importante aproximación a las dimensiones de la epidemia y sus particularidades.

6.- EL SIDA EN EL MUNDO¹

El SIDA, desde su conocimiento en 1981, ha ocasionado la muerte de más de 25 millones de personas. En concreto, en el año 2005, se estima que entre 2,8 y 3,6

millones de personas murieron por causa de esta enfermedad siendo, de estos, más de medio millón niños (570.000). A lo anterior se suman las crecientes infecciones por VIH, cuyas estimaciones alcanzan alrededor de 40,3 millones de personas infectadas por VIH en todo el mundo, de las que 38 millones corresponden a adultos (con 17,5 millones de mujeres infectadas) y 2,3 millones corresponden a menores de 15 años. En el año 2005 ocurrieron cerca de 5 millones de infecciones nuevas, de las que 4,2 millones son adultos y 700.000 son menores de 15 años. Los datos en cuanto al número de infecciones ocurridas en el año 2005 suponen un aumento con respecto a años anteriores, lo que hace pensar en la necesidad de un refuerzo de las medidas preventivas que se lleven a cabo.

La epidemia del VIH/SIDA está afectando a los países en vías de desarrollo de un modo considerable, con las dificultades económicas que presentan estos países para un abordaje biosanitario de la enfermedad, así como para desplegar intervenciones preventivas adecuadas. Sin embargo, la expansión de la epidemia también ha afectado a países desarrollados y de ingresos elevados, que sí cuentan con posibilidad de desarrollar medidas preventivas a nivel primario, así como de acceder a tratamientos médicos.

A pesar de ello, el número de personas que viven con VIH ha experimentado prácticamente un aumento en todas las regiones en los dos últimos años. Únicamente en el caso de la región de El Caribe (que conforma la segunda región más castigada del mundo), la prevalencia general del VIH no ha supuesto un incremento en el año 2005 con respecto al año 2003. Algunas de las características generales de la pandemia a nivel mundial ponen en el punto de mira a la población de mujeres. De esta manera, la proporción de mujeres que se ha visto afectada por el SIDA va en aumento de forma incesante y son un millón más las mujeres que viven con VIH en el año 2005 frente al año 2003. Los datos anteriores son cuanto menos alarmantes y reflejan un panorama en el que, a pesar de los avances científicos alrededor de la vacuna contra el SIDA y los beneficios de los tratamientos antiretrovirales, las pérdidas humanas y económicas que supone hacen que la epidemia del SIDA se convierta en una de las más destructoras de la historia (Fanci, 1999; ONUSIDA, 2006).

¹ La práctica totalidad de los datos aquí recogidos fueron obtenidos de ONUSIDA (2006) y de su informe anual de la situación epidemiológica del SIDA a nivel mundial.

Debido a la importancia de la expansión de la epidemia del SIDA, como un grave problema de salud pública que afecta a la población mundial, es interesante conocer la situación epidemiológica de las distintas regiones y su afección diferencial, que se presenta a continuación. Para un mayor detalle de las estadísticas y características regionales de las infecciones ocurridas por VIH y diagnóstico de la enfermedad de SIDA en los años 2003 y 2005 véase la Tabla 3.

6.1. ÁFRICA

África es el continente más afectado por la epidemia a nivel global. Las infecciones en este continente experimentan anualmente un crecimiento del 16%, que supone un total de casi 4 millones de personas que se infectan al año por VIH y que hacen que represente más del 60% de los casos de VIH/SIDA en el mundo, aún cuando esta población supone menos del 10% de la población mundial (Schwartländer et al., 2000). Dentro del continente africano, África Subsahariana encabeza la lista de regiones más afectada por la epidemia. Junto con los 3,2 millones nuevos de infecciones ocurridas en el año 2005, el total de personas que viven con el VIH en África Subsahariana está alrededor de 25,8 millones. Las muertes ocurridas a causa del SIDA en el año 2005 se aproximan a 2,4 millones de personas, ocupando la población de entre 15 y 24 años un núcleo importante, con las repercusiones que esto supone en cuanto al envejecimiento de la población.

Por regiones, África del Sur y Meridional albergan algunos de los países en los que la epidemia ha azotado con más virulencia. En concreto, son los países de Bostwana, Mozambique, Sudáfrica y Zimbabwe donde se ha recogido una mayor prevalencia que ha ido en aumento a lo largo de los años. Así, Bostwana constituye el país no sólo de África, sino también del mundo, con mayor número de personas afectadas por la enfermedad de SIDA. Los niveles de infección por VIH entre las mujeres embarazadas en este país están alrededor del 20%. En otros países como Lesotho, Namibia, Sudáfrica, Swazilandia y Zimbabwe, los casos de VIH aumentan de manera alarmante.

Por su parte, en África Oriental, la prevalencia del VIH es inferior y constituye un ejemplo claro y esperanzador de las posibilidades de inversión del curso de la epidemia del SIDA. En países como Uganda o Kenya se ha conseguido incluso una disminución de los niveles de la infección. Sin embargo, en otros países de la región de

África Oriental y Central, tales como Etiopía, Ruanda, la República Unida de Tanzania, Nigeria, Togo o Ghana la prevalencia se ha mantenido estable en los últimos años.

Por último, África del Norte y Oriente Medio representan otra cara muy distinta en cuanto a la pandemia del VIH/SIDA. El total de adultos y niños que viven con el VIH en el año 2005 (tras las 67.000 nuevas infecciones registradas) representan entre 230.000 y 1,4 millones de afectados. Así, en esta región son unas 58.000 el número de muertes acumuladas por esta enfermedad.

Los progresos que se consiguen con la colaboración económica y sanitaria para frenar el avance de la epidemia en África no se corresponden con el marcado ritmo que está adoptando el peso de la misma en estas regiones. Por ello, se requiere una intervención más acentuada y acorde con las dimensiones de la epidemia que este continente está padeciendo.

6.2. EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL

Según estimaciones de ONUSIDA (2006), el número de personas que viven con el VIH en las regiones de Europa Oriental y Asia Central está alrededor de 1,6 millones (siendo un total de 270.000 las infecciones ocurridas en el año 2005), lo que supone un incremento frente a los 1,2 millones registrados en el año 2003. Las defunciones en adultos y niños por la enfermedad ascienden de 36.000 casos registrados en el año 2003 a 62.000 casos en el año 2005. Algunas de las características de la epidemia en estas regiones son que el 75% de las infecciones notificadas entre los años 2000 y 2004 corresponden a menores de 40 años y que los casos de infección por VIH a través de la transmisión sexual van en aumento.

En concreto, dentro de Europa Oriental, Rusia representa uno de los países donde la epidemia está afectando de forma más importante. A finales del año 2003 el número total de infecciones por VIH recogidas sumaba unas 860.000 personas, cifras a las que hay que sumar alrededor de 34.000 nuevas infecciones ocurridas en el año 2004. Los jóvenes son los verdaderos protagonistas de las nuevas infecciones y más de tres cuartas partes de los nuevos diagnósticos que se producen en Rusia ocurren en edades comprendidas entre los 15 y los 29 años (Field, 2004). La práctica de inyección de drogas por vía intravenosa es una de las conductas de riesgo más influyentes en el aumento de la epidemia del SIDA y la infección por VIH en este país. Sin embargo, se ha producido también un incremento considerable en la transmisión sexual, de manera

que de representar un 6% en el año 2001 pasó al 25% de las infecciones registradas en el año 2004. Las mujeres están adquiriendo también un protagonismo importante en la pandemia. Determinados factores como la industria del sexo han contribuido al aumento del número de casos entre mujeres. No obstante, el mayor consumo de drogas intravenosas por parte de las mujeres y la infección por mantener relaciones sexuales sin protección con varones infectados, también comprenden causas de estas nuevas infecciones ocurridas. A su vez, las relaciones heterosexuales de mujeres parejas de consumidores de drogas por vía intravenosa acaban de agravar más aún la situación alrededor de la epidemia.

En Ucrania se estima que la prevalencia del VIH en adultos es del 1,4% y representa el país más afectado de Europa. El número anual de nuevos casos de VIH sigue en aumento, superando los 12.000 en el año 2004, que comprende casi un 25% más de los 10.000 casos diagnosticados en el año 2003 y casi el doble de los casos diagnosticados en el año 2000. El consumo de drogas por vía intravenosa representa una práctica de riesgo importante en el aumento de las infecciones ocurridas en Ucrania. En esta vía de transmisión las mujeres representaron un 23% del total de diagnósticos de VIH en el año 2004. La prevalencia entre los consumidores de drogas intravenosas llega a ser de alrededor del 60% en algunas regiones, siendo únicamente un 20% los consumidores que afirman utilizar un equipo de inyección esterilizado. Sin embargo, la transmisión por vía sexual adquiere también un importante papel en la historia de las nuevas infecciones ocurridas en Ucrania. Esto se refleja en los datos que indican un aumento de los casos por vía sexual. Así, esta vía ha experimentado un importante incremento, de manera que entre los años 1999-2003 representaba un 14% del total de casos ocurridos ascendiendo a más del 32% en el año 2004.

En otras regiones como los Estados Bálticos, a pesar de ir a un ritmo más lento, la epidemia continúa creciendo. En concreto, Estonia está viviendo una extensión frenética. Así lo reflejan los datos que recogen 899 diagnósticos del virus en el año 2002 y 743 diagnósticos en el año 2004, frente a los 12 casos que se registraron hasta el año 1999. Una parte importante de las infecciones se produce entre las mujeres, que en el año 2004 representaron el 33% de los nuevos casos de VIH.

Países como Letonia asisten también a un aumento del número total de casos de VIH, produciéndose a mediados del año 2005 un número seis veces superior al registrado en el año 1999 (3.169 frente a 492, respectivamente), según datos de ONUSIDA (2006). Este aumento se produjo de un modo importante entre las mujeres y

en personas menores de 30 años. Del mismo modo, regiones como Lituania, Belarús y Moldova están experimentando cifras en creciente aumento y donde las transmisiones por vía parenteral y sexual adquieren el protagonismo.

6.3. ASIA ORIENTAL Y EL PACÍFICO

Las regiones de Asia Oriental y el Pacífico representan zonas en las que se da una presencia tardía del virus, pero se está experimentando un ascenso importante del número de infecciones. A pesar de que los niveles de la infección por el virus son bajos, esta prevalencia indica un alto número de personas que viven con VIH dada la extensión de las poblaciones adscritas a estas regiones. Estas zonas geográficas suman un total de 7,4 millones de personas que viven con VIH/SIDA. En el caso de China, la epidemia ha supuesto un aumento considerable de infecciones. Este dato es importante si se atiende a que es un país que alberga una gran parte de la población mundial. El VIH se ha detectado en el 48% de los distritos de China y se ha concentrado en grupos específicos de la población, tales como consumidores de drogas intravenosas, personas que ejercen la prostitución, ex-donantes de plasma y sus parejas. Algunos datos referentes al año 2002 indican que la prevalencia del VIH entre consumidores de drogas intravenosas estaba entre el 18% y el 56% en algunas provincias. El comercio sexual está ocasionando un importante porcentaje de nuevas infecciones en China, principalmente referente a las relaciones heterosexuales no protegidas, que son responsables del 20% de las infecciones ocurridas. La transmisión por vía homosexual también adquiere gran importancia, atendiendo a los resultados que indican que en algunas regiones alrededor del 40% no usan preservativo y que el 3% de los varones que tienen relaciones sexuales con varones son VIH-positivo (Choi et al., 2003).

6.4. ASIA MERIDIONAL Y SUDORIENTAL

En estas regiones, la India presenta un importante número de casos por infección de VIH. Entre los años 2002 y 2003 se han producido grandes ascensos en el número de personas infectadas, de manera que a finales del año 2002 fueron un total acumulado de entre 3,82 y 4,58 millones de personas infectadas por VIH. A finales del año 2003 eran alrededor de 5,1 millones las personas que vivían con el virus.

La enfermedad se extiende a través de sectores amplios de la población y se propaga también a las zonas rurales. A pesar de tener un índice de prevalencia que se ha mantenido de forma sostenida en menos del 1%, este dato adquiere enorme importancia debido a que por las dimensiones del país, este 1% supone que la India alberga a casi 4 millones de personas infectadas. El comercio sexual, junto con el consumo de drogas intravenosas, es el motor principal de las epidemias en la mayoría de las zonas. En concreto, para los consumidores de drogas intravenosas, datos del año 2003 indican que el 39% estaban infectados, en comparación con el 25% del año 2001. Una vez más, las relaciones homosexuales entre varones permanecen bajo el estigma en estas regiones. Algunos estudios realizados indican que en determinados barrios pobres de la región de la India el 6% de los varones habían mantenido relaciones homosexuales, de los que casi el 7% eran VIH-positivo y más de la mitad tenían relaciones heterosexuales estables (Go et al., 2004).

Por su parte, Japón ha alcanzado en el año 2004 la cifra más alta de infecciones hasta la fecha, con 780 infecciones nuevas ocurridas, de manera que se ha duplicado el número de casos desde 1994. Entre los mecanismos de transmisión destacados en las nuevas infecciones está el aumento de los varones que mantienen relaciones homosexuales. Esta vía de transmisión ha supuesto el 60% de los nuevos casos de VIH ocurridos en el año 2004, dándose estos principalmente entre personas menores de 30 años.

6.5. EL CARIBE, AMÉRICA CENTRAL Y AMÉRICA DEL SUR

En las regiones del Caribe, la primera causa de mortalidad entre adultos de 15 a 44 años la protagoniza la enfermedad del SIDA, que ha ocasionado la muerte de unas 24.000 personas en el año 2005. El total de personas que viven con VIH en estas regiones suman unas 300.000 personas, de las que 30.000 fueron nuevos diagnósticos en el año 2005. Con estos datos, la región del Caribe representa la segunda más afectada del mundo, teniendo una prevalencia de alrededor del 1% en Barbados, República Dominicana, Jamaica y Suriname, del 2% en Bahamas, Guyana y Trinidad y Tobago, e incluso superior al 3% en Haití. Sin embargo, en Cuba, la prevalencia no alcanza el 0,2%.

La principal vía en la propagación de la epidemia es la transmisión heterosexual, que supone más de las tres cuartas partes del total de casos de SIDA que han sido

registrados hasta la fecha. A pesar de que el comercio sexual es el principal causante de que la transmisión heterosexual propicie las nuevas infecciones, las relaciones homosexuales entre varones y la falta de reconocimiento del importante papel que están jugando para la extensión de la epidemia en el Caribe han de ser tenidas en cuenta. De esta manera, a esta última vía de transmisión (transmisión homosexual) se le atribuye aproximadamente el 12% del total de infecciones ocurridas. Otras regiones como Las Bermudas y Puerto Rico tienen el consumo de drogas intravenosas como la vía protagonista para la extensión de la epidemia.

La situación de las mujeres en cuanto a la epidemia del SIDA es especialmente alarmante en las regiones del Caribe. Esto es así tanto que, en determinados estudios, se muestra como en regiones de Trinidad y Tobago los niveles de infección por VIH llegan a ser hasta seis veces más altos entre las mujeres de 15 a 19 años que entre los varones de esa misma edad (Inciardi, Syvertsen y Surratt, 2005). Por su parte, en la República Dominicana y en Jamaica, las mujeres menores de 24 años tienen el doble de probabilidad de infectarse por el VIH que los varones de este mismo grupo de edad.

En cuanto a América del Sur y Central, el número de personas que viven con el VIH suman un total de 1,8 millones, siendo unas 200.000 las nuevas infecciones producidas en el año 2005 y 66.000 las personas fallecidas a causa del SIDA en ese mismo año. Los países de estas regiones que engloban a más personas afectadas por la epidemia son Brasil, Argentina y Colombia, debido también al gran número de habitantes que poseen. En el caso de Brasil, agrupa a más de una tercera parte del total de personas que viven con VIH en América Latina (Buela-Casal, Bermúdez, Sánchez y De los Santos-Roig, 2001).

Las infecciones ocurridas a través de usuarios de drogas por vía parenteral tiene entre los países protagonistas a Argentina, con patrones similares a algunos países europeos y en concreto similar a España, tal y como se verá más adelante (Buela et al., 2001; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; ONUSIDA, 2006). Sin embargo, es importante destacar que, en Argentina, la transmisión por vía sexual sin protección está suponiendo un mecanismo que está adquiriendo una gran importancia. Al igual que en las regiones del Caribe, las relaciones sexuales entre varones tienen un papel muy destacado en otras regiones de América Central y América del Sur. Así, la prevalencia del VIH entre los varones que mantienen relaciones sexuales con varones oscila entre el 2% y el 28% en algunas zonas. En países como Ecuador, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú, del total de casos notificados de SIDA el 25-35% corresponden a relaciones

sexuales entre varones. En consecuencia, las mujeres han ido protagonizando un ascenso continuado en el número de infecciones por VIH, ocasionadas por las relaciones hetero-homosexuales y el consumo de drogas por vía parenteral. Esto ha ocurrido de forma importante en países como Colombia (Buela et al., 2001; ONUSIDA, 2006).

En cuanto a América Central, las características de la epidemia también se han focalizado en las relaciones heterosexuales y homosexuales entre varones sin protección. Honduras representa un país especialmente afectado, donde una tercera parte de la población vive con el VIH. De esta manera, este país alcanza el 2% de prevalencia entre la población adulta, siendo el SIDA la principal causa de muerte entre las mujeres hondureñas y la segunda causa de hospitalización y defunción en todo el país. Otros países como Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Panamá representan también zonas con una creciente epidemia debido a los contactos sexuales entre varones (Buela et al., 2001; Minicheielloa, Uribe, Anaya y Bertozzia, 2002; ONUSIDA, 2006).

6.6. ORIENTE MEDIO Y ÁFRICA DEL NORTE

En el año 2005 el total de adultos y niños que vivían con VIH en Oriente Medio y África del Norte estaba alrededor de 510.000, tras las estimaciones realizadas por el informe ONUSIDA (2006) y con una prevalencia del 0,2% (semejante a la recogida en el año 2004). Los nuevos casos de infección ocurridos en el año 2005 suponen un total de 67.000 infecciones, frente a las 62.000 que se registraron en el año 2003. Las defunciones a causa del SIDA alcanzan las 58.000 muertes para estas regiones. En algunos países como Argelia, Egipto, Marruecos y Somalia las infecciones están aumentando, siendo las relaciones sexuales sin protección la principal vía de transmisión. Para el caso de Irán y Libia, la vía debida al consumo de drogas intravenosa es la predominante. Sudán es el país que presenta mayor prevalencia, siendo en algunas regiones del 2%. Otras zonas tales como Arabia Saudita tienen un importante número de infecciones asociadas a las relaciones heterosexuales, y además, una proporción del 26% de las infecciones detectadas en el año 2004 está asociada a transfusiones de sangre contaminada por VIH. Estos aspectos ponen en evidencia la necesidad de reforzar las medidas preventivas encaminadas a los análisis de laboratorio requeridos para controlar una situación que, sin embargo en países de occidente, ha remitido de forma considerable.

Otros países como Túnez, Libia, Bahrein, Kuwait, Omán o Irán están viendo aumentar las cifras alrededor de la infección por VIH/SIDA entre los consumidores de drogas intravenosas. Por último, las relaciones heterosexuales y el comercio sexual están ocasionando un aumento de las infecciones en Jordania y Yemen, aunque en muchos de estos países la propagación del VIH es más desconocida.

6.7. OCEANÍA

Tras las 8.200 nuevas infecciones por VIH ocurridas en el año 2005 en Oceanía, estos datos suman un total de 74.000 adultos y niños que viven con VIH en esta región. A lo anterior hay que sumar unas 3.600 personas que murieron a causa de esta enfermedad durante el año 2005. La prevalencia del VIH en adultos alcanzó un 0,5% en el último año, siendo de 0,4% en el año 2003.

El continente de Oceanía se encuentra en las primeras fases de la infección, llegando incluso a no notificarse infecciones por VIH en zonas como Niue y Tokelau. En cuanto a antigüedad de la epidemia, Australia es la que recoge datos más antiguos. Las relaciones sexuales entre varones son las responsables del 68% de las infecciones ocurridas por VIH desde que comenzó la epidemia, con un total de 820 casos de infecciones recogidas en el año 2004. Lo anterior está teniendo una importante influencia en el número de mujeres afectadas. En Nueva Zelanda, a pesar de no estar afectada de forma importante, en los últimos años se han duplicado las nuevas infecciones, pasando de menos de 80 casos en 1999 a 157 en 2004; de nuevo las relaciones sexuales entre varones son las responsables de la mitad de los nuevos diagnósticos. En el resto de regiones de Oceanía, los niveles de infección por VIH se mantienen muy bajos, datos que, sin embargo, no han de descuidar las medidas preventivas que se desarrollen.

6.8. AMÉRICA DEL NORTE, EUROPA CENTRAL Y EUROPA OCCIDENTAL

Un total de 1,9 millones de personas viven con el VIH en las regiones de América del Norte, Europa Occidental y Europa Central, tras aproximadamente 65.000 nuevas infecciones ocurridas en el año 2005 en estas regiones. En ese mismo año, la prevalencia del VIH en adultos fue de alrededor del 0,5% (frente al 0,4% registrada en

el año 2004). Las defunciones ocurridas entre adultos y niños a causa del SIDA se mantienen en los 30.000 casos anuales. Los cambios en las vías de transmisión del VIH más frecuentes, asociados a pautas conductuales, están experimentando una evolución a través de distintas zonas y países. A pesar de ser el consumo de drogas intravenosas y la transmisión por medio de relaciones sexuales entre varones dos importantes vías de infección, la transmisión del virus a través de las relaciones heterosexuales alcanza cada vez más importancia.

En América del Norte alrededor de 1,2 millones de personas viven con el VIH, siendo la población de afroamericanos, y especialmente los jóvenes, un grupo importante afectado por la epidemia. El número anual de nuevas infecciones en Estados Unidos es de aproximadamente unos 40.000 casos desde el año 2000. En concreto, en EE.UU las relaciones homosexuales entre varones es el modo de transmisión predominante y ocasionó hasta el 63% de los nuevos casos de infección diagnosticados en el año 2003. Los estados de California y Nueva York son aquellos que tienen el mayor número de personas que viven con el VIH. El coito heterosexual sin protección es el principal mecanismo de transmisión, de manera que ha supuesto hasta el 73% de las mujeres infectadas por el virus en el año 2003. Este riesgo de infección por vía heterosexual se ve agravado, además, por el hecho de que sus parejas consuman drogas intravenosas o mantengan relaciones sexuales con otros varones, poniéndose de nuevo en evidencia las estrechas relaciones entre los distintos mecanismos de transmisión del virus del SIDA (Montgomery, Mokotoff, Gentry y Blair, 2003).

En cuanto a Canadá, el número de infecciones por VIH anuales ha aumentado en un 20% desde el año 2000 (con unas 2.111 infecciones nuevas) hasta el año 2004 (en el que se recogieron 2.529 infecciones). Además, las tendencias están cambiando con respecto a las diferencias por sexo. Entre las mujeres está aumentando la infección, en concreto en el rango de edad de entre 15 a 29 años, que representaron el 42% de los nuevos diagnósticos ocurridos en el año 2004. Al dato anterior le sigue el consumo de drogas intravenosas en la población de mujeres, de manera que esta vía representa el 32% de los diagnósticos por SIDA que se registraron en el año 2004. Las conductas homosexuales entre varones es la vía de transmisión más importante en Canadá y supuso el 45% de los casos de SIDA recogidos en el año 2004. Las poblaciones de canadienses negros y aborígenes representan una importante población de infectados por VIH/SIDA en este país.

Por su parte, en México los nuevos casos de infecciones por VIH y las características de la epidemia del SIDA se ha centrado en los contactos sexuales entre varones, aunque es importante considerar también la vía de infección a través del consumo de drogas intravenosas (Buela et al., 2001; Minicheielloa et al., 2002; ONUSIDA, 2006).

Para el caso de países de Europa Central la epidemia se ha mantenido estable a lo largo de los años y alrededor de la mitad de los casos de SIDA de los que se tiene constancia en el año 2004 fueron debidos a una infección por vía heterosexual. Sin embargo, para otros países como la República Checa, Hungría, Eslovenia y Eslovaquia, la homosexualidad entre varones es el modo predominante de transmisión del VIH. Otros países como Polonia y Turquía son aquellos en los que se aglutinan la mitad de las nuevas infecciones que ocurren anualmente en estas regiones.

Por último, en Europa Occidental se recogen más de medio millón de personas infectadas por VIH. Entre los países más afectados por la epidemia destacan, según datos de prevalencia generales, España, Suiza, Portugal, Italia y Francia (Bermúdez y Teva-Álvarez, 2003). Sin embargo, existen diferencias de acuerdo con el mecanismo de transmisión protagonista. La infección por vía heterosexual supone la causa predominante de los nuevos casos que están ocurriendo en algunos países como Reino Unido, Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania y Suecia, que están viendo un aumento importante de las infecciones por esta vía. Sin embargo, también existe un elevado número de nuevos diagnósticos de VIH por transmisión homosexual en Bélgica, Dinamarca, Francia, Italia, Países Bajos, Portugal, Suiza y Alemania. En cuanto a la transmisión entre los consumidores de drogas por vía parenteral, se ha conseguido una disminución importante en países como España y Portugal, lo que da idea de los logros alcanzados con los programas preventivos que se han desarrollado. En concreto, en España, las infecciones por VIH han experimentado cambios considerables que han de ser tenidos en cuenta por lo que supone en el ámbito de la salud pública y de las medidas preventivas que se pongan en práctica.

Tabla 3

Estadísticas y características regionales del VIH y el SIDA en los años 2003 y 2005.

	AÑOS	Adultos y niños con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia del VIH en adultos (%)	Defunciones en adultos y niños por SIDA	Número de mujeres adultas (15-49 años) con el VIH
África Subsahariana	2005	25,8 millones (23,8-28,9 millones)	3,2 millones (2,8-3,9 millones)	7,2 (6,6-8,0)	2,4 millones (2,1-2,7 millones)	13,5 millones (12,5-15,1 millones)
	2003	24,9 millones (23,0-27,9 millones)	3,0 millones (2,7-3,7 millones)	7,3 (6,7-8,1)	2,1 millones (1,9-2,4 millones)	13,1 millones (12,1-14,6 millones)
África del Norte y Oriente Medio	2005	510.000 (230.000-1,4 millones)	67.000 (35.000-200.000)	0,2 (0,1-0,7)	58.000 (25.000-145.000)	220.000 (83.000-660.000)
	2003	500.000 (200.000-1,4 millones)	62.000 (31.000-200.000)	0,2 (0,1-0,7)	55.000 (22.000-140.000)	230.000 (78.000-700.000)
Asia Meridional y Sudoriental	2005	7,4 millones (4,5-11,0 millones)	990.000 (480.000-2,4 millones)	0,7 (0,4-1,0)	480.000 (290.000-740.000)	1,9 millones (1,1-2,8 millones)
	2003	6,5 millones (4,0-9,7 millones)	840.000 (410.000-2,0 millones)	0,6 (0,4-0,9)	390.000 (240.000-590.000)	1,6 millones (950.000-2,4 millones)
Asia Oriental	2005	870.000 (440.000-1,4 millones)	140.000 (42.000-390.000)	0,1 (0,05-0,2)	41.000 (20.000-68.000)	160.000 (82.000-260.000)
	2003	690.000 (350.000-1,1 millones)	100.000 (33.000-300.000)	0,1 (0,04-0,1)	22.000 (11.000-37.000)	120.000 (59.000-190.000)
Oceanía	2005	74.000 (45.000-120.000)	8.200 (2.400-25.000)	0,5 (0,2-0,7)	3.600 (1.700-8.200)	39.000 (20.000-62.000)
	2003	63.000 (38.000-99.000)	8.900 (2.600-27.000)	0,4 (0,2-0,6)	2.000 (910-4.900)	27.000 (14.000-43.000)
América Central y América del Sur	2005	1,8 millones (1,4-2,4 millones)	200.000 (130.000-360.000)	0,6 (0,5-0,8)	66.000 (52.000-86.000)	580.000 (420.000-770.000)
	2003	1,6 millones (1,2-2,1 millones)	170.000 (120.000-310.000)	0,6 (0,4-0,8)	59.000 (46.000-77.000)	510.000 (370.000-680.000)
El Caribe	2005	300.000 (200.000-510.000)	30.000 (17.000-71.000)	1,6 (1,1-2,7)	24.000 (16.000-40.000)	140.000 (88.000-250.000)
	2003	300.000 (200.000-510.000)	29.000 (17.000-68.000)	1,6 (1,1-2,7)	24.000 (16.000-40.000)	140.000 (87.000-250.000)
Europa Oriental y Asia Central	2005	1,6 millones (990.000-2,3 millones)	270.000 (140.000-610.000)	0,9 (0,6-1,3)	62.000 (39.000-91.000)	440.000 (300.000-620.000)
	2003	1,2 millones (740.000-1,8 millones)	270.000 (120.000-680.000)	0,7 (0,4-1,0)	36.000 (24.000-52.000)	310.000 (210.000-430.000)
Europa Occidental y Central	2005	720.000 (570.000-890.000)	22.000 (15.000-39.000)	0,3 (0,2-0,4)	12.000 < 15.000	190.000 (140.000-240.000)
	2003	700.000 (550.000-870.000)	20.000 (13.000-37.000)	0,3 (0,2-0,4)	12.000 <15.000	180.000 (150.000-220.000)
América del Norte	2005	1,2 millones (650.000-1,8 millones)	43.000 (15.000-120.000)	0,7 (0,4-1,1)	18.000 (9.000-30.000)	300.000 (150.000-440.000)
	2003	1,1 millones (570.000-1,8 millones)	43.000 (15.000-120.000)	0,7 (0,3-1,1)	18.000 (9.000-30.000)	270.000 (130.000-400.000)
TOTAL	2005	40,3 millones (36,7-45,3 millones)	4,9 millones (4,3-6,6 millones)	1,1 (1,0-1,3)	3,1 millones (2,8-3,6 millones)	17,5 millones (16,2-19,3 millones)
	2003	37,5 millones (34,0-41,9 millones)	4,6 millones (4,0-6,0 millones)	1,1 (1,0-1,2)	2,8 millones (2,5-3,1 millones)	16,5 millones (15,2-18,2 millones)

NOTA: Estos datos han sido extraídos del informe anual de ONUSIDA 2006.

7.- EL SIDA EN ESPAÑA

El mismo año en el que se conoció la enfermedad de SIDA (con la aparición de un varón homosexual enfermo de SIDA en 1981 en EE.UU), se recogía el primer caso diagnosticado en España, en un varón homosexual en Barcelona (Bermúdez, Sánchez y Buela-Casal, 1999; Vega y Lacoste, 1995). A partir de esa fecha, comenzó la extensión de la epidemia por España de forma importante a través de los usuarios de drogas por vía parenteral. De esta manera, antes de que el SIDA alcanzara los primeros diez años desde su conocimiento, en 1989 y años posteriores España se convirtió en el país de la Unión Europea con mayor incidencia (Bermúdez et al., 1999).

Estudios epidemiológicos más recientes, recogen una prevalencia de España dentro de Europa Occidental de 6,25 por cada 1.000 habitantes. Este índice de prevalencia es el más elevado de Europa Occidental entre las edades de 15 y 49 años, periodo en el que el 90% de las infecciones ocurren en este rango de edad (Bermúdez y Teva, 2004). Estos datos se mantienen, de manera que España sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de SIDA de Europa Occidental (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a). Según los informes epidemiológicos anuales, en el año 2004 se diagnosticaron 2.071 casos de SIDA, que supusieron un 6,6% de descenso respecto a los 2.218 estimados en el año 2003. A lo anterior se suman los 1.251 casos diagnosticados en el primer semestre de 2005, por lo que estos datos resultan en un total de 71.039 diagnósticos de SIDA en España desde el año 1981 hasta la fecha (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

7.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA EPIDEMIA EN ESPAÑA

A continuación se presentan algunas de las particularidades de la infección por VIH/SIDA en España, para posteriormente hacer referencia a las principales vías de transmisión y a la distribución por Comunidades Autónomas.

Algunas características de las nuevas infecciones ocurridas, destacan la población de mujeres, con un ascenso del 8% *versus* los varones, que han experimentado un descenso del 10,3%. Por conductas de riesgo, la infección mediante el uso de drogas por vía parenteral ha experimentado un descenso del 12%, frente a las conductas heterosexuales que se redujeron en un 1,9% y las conductas homosexuales,

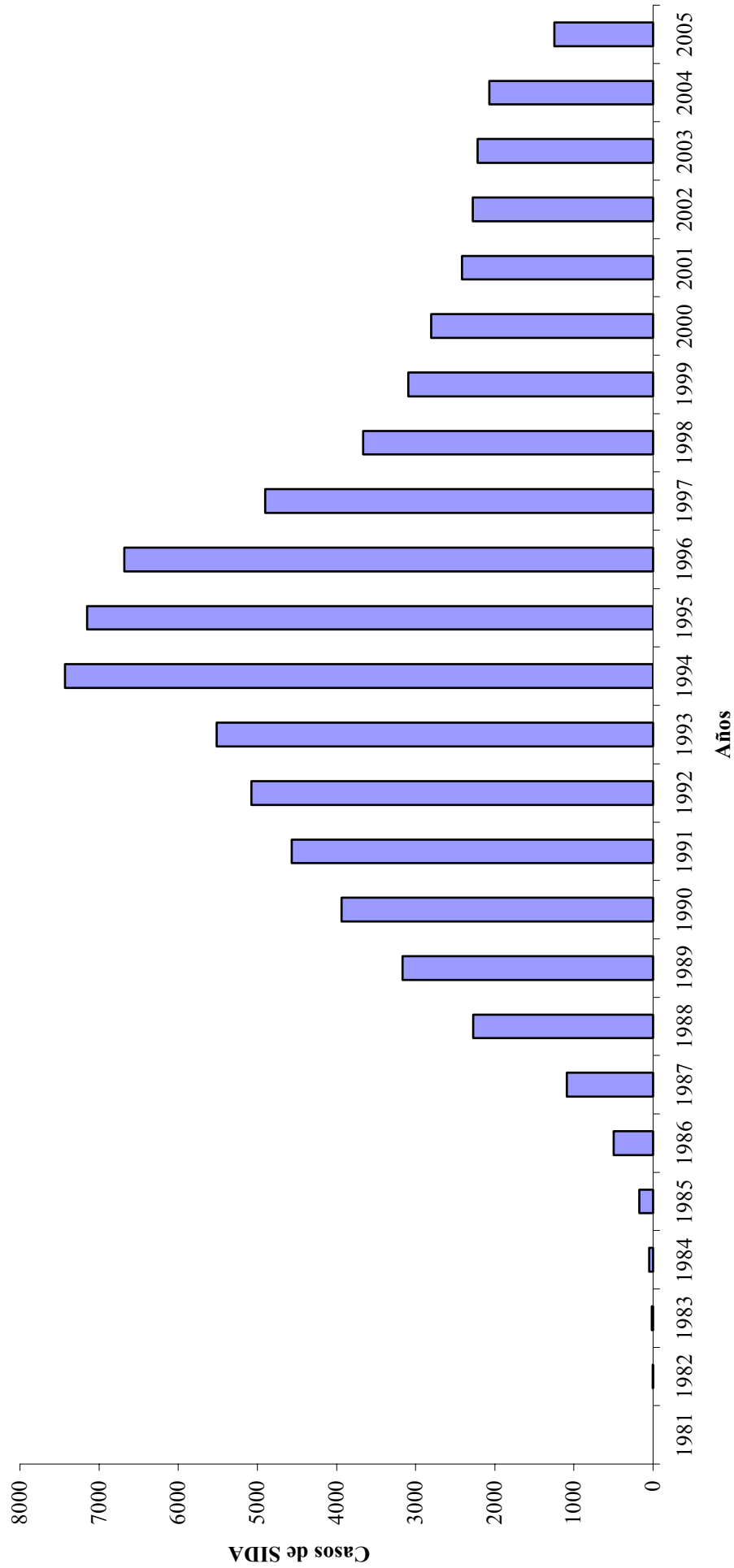
que han aumentado en un 1,8%, alterando el descenso que se venía recogiendo en los últimos años (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

La epidemia ha tenido implicaciones en aspectos como la esperanza de vida de la población, que se ha visto afectada por la enfermedad de SIDA. Así, si bien en la década que oscila entre 1972 a 1982 se experimentaron ascensos en 2,5 y 3,2 años de vida para varones y mujeres respectivamente, la aparición del SIDA supuso un descenso de 0,5 años de vida para los varones y 1,7 años de vida para las mujeres en la década de 1983 a 1993. La causa de este descenso fueron los accidentes de tráfico y la enfermedad del SIDA (Castilla y De la Fuente, 2000).

La evolución que ha seguido la epidemia del VIH/SIDA en España ha experimentado cambios importantes desde sus inicios. Un resumen de esta evolución se recoge en la Figura 1, en la que se evidencia que el año 1994 fue en el que se registró un mayor número de casos de SIDA, con un total de 7.390 casos. Lo anterior estuvo asociado muy posiblemente al cambio de definición de SIDA, que entró en vigor en España el 1 de Enero de ese mismo año y que, con el recuento de células CD4 y las nuevas enfermedades oportunistas incluidas como criterio diagnóstico, provocó la inclusión de nuevos casos (Centers for Disease Control and Prevention, 1992). En cuanto a la mortalidad relacionada con la enfermedad, ésta sigue un curso ascendente, sin embargo los tratamientos antiretrovirales han logrado que esté más controlada. El número más alto de muertes a causa del SIDA se recogió en el año 1995, con un total de aproximadamente 6.000 muertes (Castilla y De la Fuente, 2000; ONUSIDA, 2006).

Con la pretensión de seguir conociendo las particularidades de la epidemia en España, a continuación se recogen las principales vías de transmisión que están provocando un aumento del número de diagnósticos de SIDA. Se describe también la distribución de la infección y las vías de transmisión por Comunidades Autónomas. Al atender a las distintas vías de transmisión no se puede obviar la evolución que se ha seguido de la epidemia. A pesar de iniciarse asociada a conductas de inyección de drogas por vía intravenosas o a contactos homosexuales, otras vías como la transmisión heterosexual están adquiriendo una gran importancia.

Figura 1. Incidencia de SIDA en España desde 1981 hasta 2005



NOTA: Los datos han sido extraídos del informe epidemiológico anual del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a).

7.2. TRANSMISIÓN DEL VIH EN ESPAÑA: PRINCIPALES VÍAS DE INFECCIÓN Y CONDUCTAS DE RIESGO ASOCIADAS

Los datos más recientes indican un total de 2.071 nuevos diagnósticos de SIDA ocurridos en el año 2004, junto con aproximadamente unos 1.251 en el primer semestre del año 2005 (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a). La distribución por las principales vías de infección y por conductas de riesgo refleja los siguientes porcentajes:

- El 46,3% de diagnósticos ocurrieron por inyección de drogas intravenosas.
- El 29,2% de diagnósticos ocurrieron por relaciones heterosexuales no protegidas.
- El 21,5% de diagnósticos ocurrieron por relaciones homosexuales no protegidas.

La distribución anterior por vías de infección tiene sus particularidades entre varones y mujeres, de manera que la transmisión por uso de drogas intravenosas representaba un 48,3% en los varones frente al 39,4% en las mujeres. En cuanto a la infección por relaciones heterosexuales, entre los varones representaba un 22,3% y en las mujeres ascendía a un 52%. Por último, en cuanto a relaciones homosexuales esta vía supuso un 21,5% del total de infecciones ocurridas en varones. Para mayor información de los mecanismos de transmisión entre varones y mujeres (incluyéndose las categorías por transfusiones sanguíneas y hemoderivados, transmisión perinatal y otras no conocidas) véanse las Figuras 2 y 3, realizadas con datos ofrecidos por el informe anual del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a).

Figura 2. Porcentaje de casos de SIDA diagnosticados a 30 de Junio de 2005 por categorías de transmisión en varones

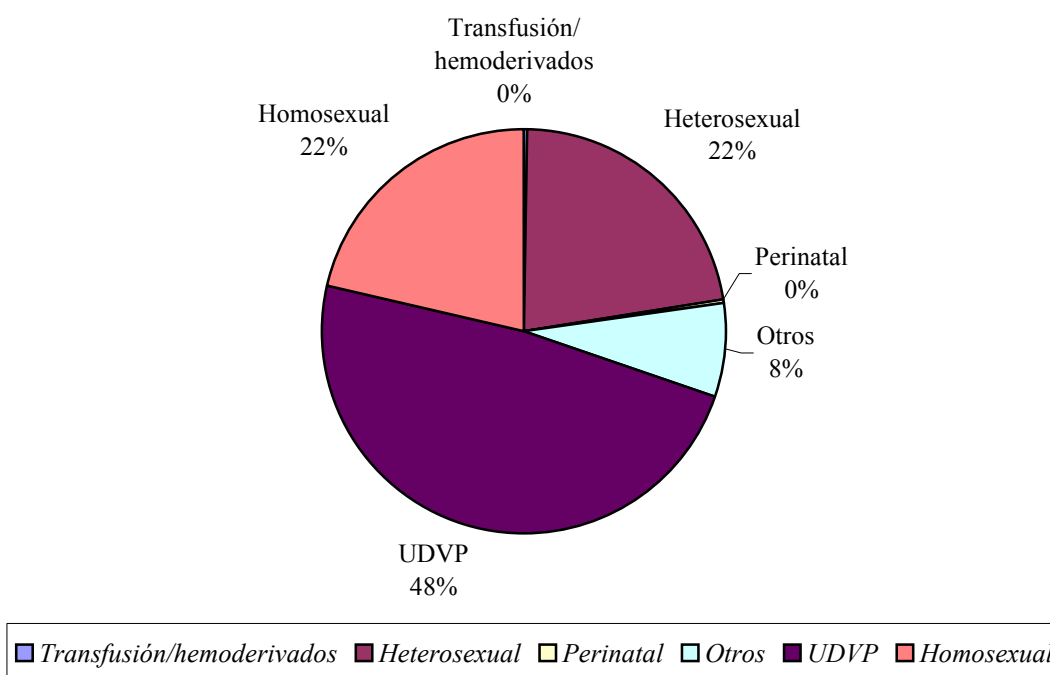
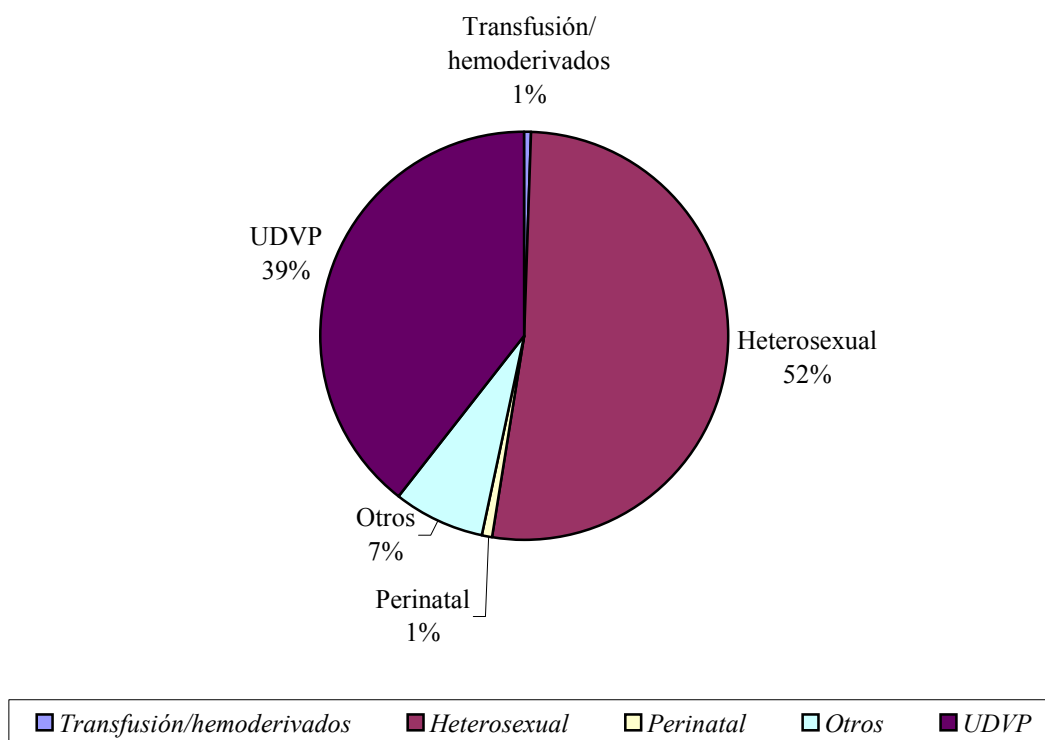


Figura 3. Porcentaje de casos de SIDA diagnosticados a 30 de Junio de 2005 por categorías de transmisión en mujeres



NOTA: Datos extraídos del informe epidemiológico anual de Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a).

Los datos anteriores reflejan que las conductas de uso de drogas por vía parenteral (UDVP) constituyen en España el grupo con mayor número de casos de infección por VIH. Esta vía de transmisión, tal y como se verá más adelante, es la principal en todas las Comunidades Autónomas del país. Respecto a otras vías de transmisión, tales como la infección por hemoderivados, transfusiones o infección vertical se ha experimentado un descenso progresivo con los años. Estas vías, en España, representan un 1,2% para las infecciones por hemoderivados, un 0,5% para las transfusiones sanguíneas y un 1,3% para la transmisión perinatal.

Las vías de transmisión asociadas a la conducta sexual están protagonizando modificaciones en su evolución y en el número de infecciones que ocurren. Así, la población homosexual y bisexual, afectada de un modo importante desde los inicios de la epidemia por un curso ascendente, ha experimentado una relativa estabilización en sus datos. Sin embargo, en el año 2004 y 2005 ha supuesto un nuevo repunte con un aumento en 1,8% respecto a años anteriores.

Es importante atender de forma particular al curso que ha seguido la transmisión heterosexual en España. Desde el primer caso de SIDA diagnosticado en el año 1985 (Bermúdez et al., 1999) ésta se ha convertido en uno de los mecanismos de infección que está experimentando un aumento más destacado si se compara su evolución con los primeros años de la enfermedad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a). Debido a las nuevas infecciones ocurridas en España por conducta heterosexual, merece prestar atención especial a algunas de las particularidades que rodean la infección de VIH por esta vía. Estas particularidades están relacionadas con las diferencias por sexo y edad. Así, se puede observar que la transmisión heterosexual está experimentando un importante aumento entre la población de mujeres, especialmente en el rango de edad comprendido entre los 15 y los 30 años. En este rango de edad, las mujeres representan un mayor número de casos de SIDA frente a los varones de este mismo grupo de edad. Es, sin embargo, a partir de los 35 años cuando el grupo de mujeres experimentan un descenso en el número de casos por transmisión heterosexual, edades en las que se produce un aumento de diagnósticos de SIDA por esta misma vía entre los varones. Lo descrito muestra un patrón claramente diferencial entre varones y mujeres, para esta vía de transmisión y asociado a la edad, de manera que únicamente se equiparan en número de casos de SIDA para las edades de 30-34 años.

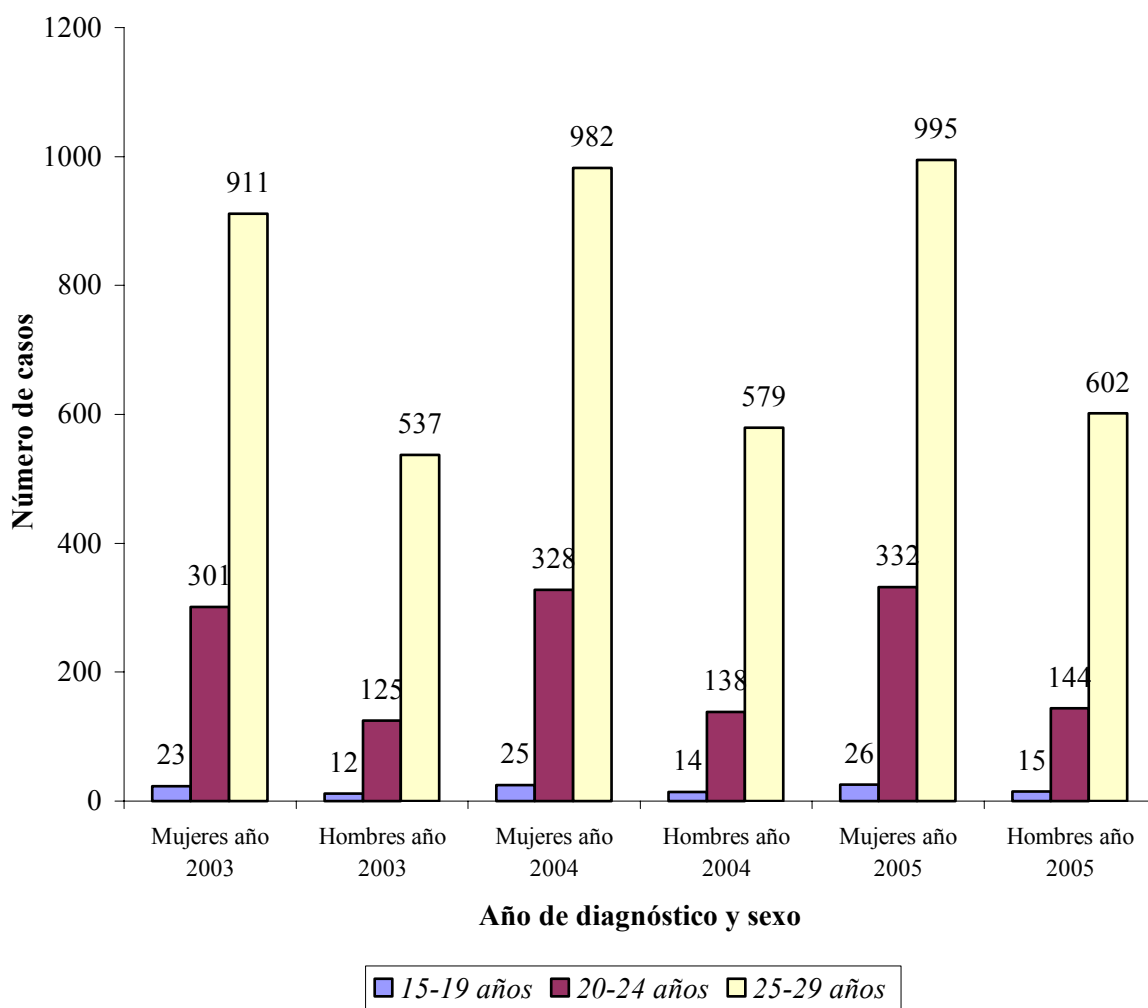
Los datos anteriores, distribuidos por grupos de edad y diferenciando entre varones y mujeres se recogen en la Figura 4. Para una mayor relevancia de estos datos

es necesario atender a las características de la enfermedad, que requiere de entre 8-10 años desde la infección hasta el diagnóstico de SIDA (Bimbela y Cruz, 1996; Grupo Español Multicéntrico para el Estudio de Seroconvertidores, 2000). Así, si se considera esta información (junto con los nuevos tratamientos antiretrovirales que están logrando ampliar el número de años de incubación del virus) y se tienen en cuenta los rangos de edad que agrupan mayor número de casos de SIDA en mujeres, entonces la infección por VIH de estas mujeres ocurrió en un gran porcentaje en la etapa adolescente. Estos datos evidencian la necesidad de fortalecer las medidas preventivas que están en marcha, así como que en dichas medidas se considere la información diferencial por sexo y edad.

Si se está duplicando el número de diagnósticos de SIDA en las mujeres de entre 15 y 30 años frente a los varones y existe un cambio marcado a partir de la edad de 35 años (en los que este patrón se invierte y la superioridad en diagnósticos por vía heterosexual es para los varones) es necesario cuanto menos preguntarse cuáles son las razones que pueden estar a la base de estos datos. Una consecuencia clara de lo anterior es la consideración obligada desde los esfuerzos preventivos de los patrones de conducta sexual que pueden estar influyendo, así como de otras variables psicológicas que se consideren de interés.

La situación anteriormente descrita ha provocado que, a pesar de que la enfermedad de SIDA en sus inicios tuviera como protagonistas de la infección a los varones, estas diferencias en ratio varón-mujer se hayan ido reduciendo. Esto ha sido así hasta el punto de ser el número de casos diagnosticados de SIDA muy superiores en las mujeres de determinados grupos de edad para la transmisión heterosexual (Campbell, 1995; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a). Esta vía de infección está siguiendo un curso diferente, ya que otros mecanismos de transmisión protagonistas de la epidemia (UDVP e infección por vía homosexual) presentan una marcada superioridad en los varones (Figuras 2 y 3). La estrecha vinculación de los datos relativos a las vías de infección por VIH y las conductas de riesgo asociadas con la población de adolescentes y jóvenes, motiva a un estudio de las características de la epidemia del SIDA en estos grupos. El objetivo final está en conceder pautas preventivas que redunden en una mayor eficacia de los esfuerzos realizados hasta la fecha.

Figura 4. Casos de SIDA por transmisión heterosexual clasificados por sexo y grupos de edad.



NOTA: Estos datos han sido extraídos del informe epidemiológico anual del Ministerio de Sanidad y Consumo (2004, 2005, 2006).

7.3. DISTRIBUCIÓN DEL VIH/SIDA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN ESPAÑA

En España la vía de transmisión parenteral mediante el uso de drogas intravenosas ha tenido un gran protagonismo en la expansión de la epidemia del SIDA.

El consumo de drogas entre personas jóvenes y sexualmente activas provocó, además, una propagación del virus a través de las relaciones sexuales. A pesar de que a partir de 1994 se inició un descenso en la transmisión por VIH y que en 1997 comenzaron los tratamientos antiretrovirales (con una reducción de la incidencia del SIDA y de la mortalidad asociada a la enfermedad), la epidemia ha seguido en aumento (Bermúdez y Teva, 2004). En cuanto a la tasa por millón de habitantes asociada a distintas regiones del país son las Comunidades Autónomas de Baleares, Madrid y País Vasco las que presentan la mayor tasa de SIDA por millón de habitantes, tal y como se recoge en la Tabla 4. Por el contrario, Castilla La Mancha, Cantabria y Extremadura presentan la menor tasa de casos de SIDA por millón de habitantes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

Es importante también conocer la distribución de los diferentes mecanismos de transmisión por España. De esta manera, desde las intervenciones preventivas a nivel autonómico que se pongan en marcha, se ha de tener en cuenta la mayor prevalencia de una u otra vía de infección, de manera que se logre una mayor eficacia. En la Tabla 5 se recoge el porcentaje de casos de VIH/SIDA que representa cada vía de transmisión por Comunidad Autónoma. Tal y como puede observarse, la transmisión por uso de drogas intravenosas alcanza el mayor porcentaje frente a las demás vías de transmisión. Sin embargo, llama la atención el elevado porcentaje de las infecciones ocurridas por las conductas homosexuales/bisexuales y conductas heterosexuales en Canarias, que recogen un 32% y 21,2% de casos respectivamente, siendo del 36,1% para el uso de drogas intravenosas. En todas las Comunidades Autónomas, las vías de transmisión de hemoderivados, transfusiones sanguíneas y transmisión vertical (madre-hijo) representan, por separado, menos del 3% del total de infecciones ocurridas (véase Tabla 5). Un análisis detallado del total de casos que representan cada vía de transmisión y un seguimiento de la evolución que siguen será de utilidad a la hora de implementar las medidas preventivas pertinentes.

Tabla 4

Tasas de SIDA por millón de habitantes y número total de casos de SIDA por Comunidad Autónoma en España.

Comunidad Autónoma	Tasa de SIDA por millón de habitantes	Casos de SIDA (N)
Baleares	85,7	2.125
Madrid	68,2	17.068
País Vasco	59,1	5.069
Ceuta	55,8	76
La Rioja	44,7	447
Murcia	42,2	1.403
Galicia	42,1	3.368
Cataluña	39,0	14.875
Navarra	38,1	802
Comunidad Valenciana	35,0	5.685
Andalucía	33,3	9.862
Aragón	31,6	1.348
Melilla	30,0	76
Castilla y León	27,6	2.567
Canarias	22,3	1.862
Asturias	21,7	1.256
Castilla La Mancha	21,2	1.248
Cantabria	14,6	617
Extremadura	12,2	987
Tasa media por millón de habitantes: 10,8		TOTAL: 71.039

NOTA: Los datos han sido extraídos del informe epidemiológico anual del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a).

Tabla 5*Porcentaje por categorías de transmisión de VIH/SIDA y Comunidades Autónomas.*

CC.AA.	Homo/bis. (%)	UDVP (%)	Hemo. (%)	Transf. (%)	M-H (%)	Heter. (%)	N/C (%)
Andalucía	8,5	71,0	1,5	0,5	1,2	13,6	3,8
Aragón	7,8	58,5	2,3	0,4	1,6	22,8	6,5
Asturias	11,0	60,8	1,0	1,1	0,8	19,3	6,1
Baleares	20,4	51,2	1,1	0,6	1,6	19,8	5,4
Canarias	32,0	36,1	1,4	0,7	1,0	21,2	7,7
Cantabria	9,6	68,9	0,8	0,5	1,8	14,3	4,2
Castilla La Mancha	7,6	66,9	1,9	0,9	1,1	16,3	5,3
Castilla y León	6,4	68,7	2,2	0,9	1,7	16,4	3,7
Cataluña	19,0	55,6	0,8	0,4	1,4	18,3	4,6
Comunidad Valenciana	12,8	62,0	0,9	0,6	1,2	15,4	7,0
Extremadura	5,2	70,8	2,2	0,6	1,7	11,0	8,4
Galicia	8,1	65,7	1,8	0,9	0,4	19,2	3,9
Madrid	15,9	66,2	0,8	0,5	1,4	11,2	4,1
Murcia	16,1	55,6	1,3	0,4	1,3	20,2	5,2
Navarra	7,1	69,2	1,1	0,4	0,6	18,6	3,0
País Vasco	6,3	73,2	1,1	0,5	1,2	14,5	3,1
La Rioja	4,9	66,9	0,7	0,4	2,0	22,4	2,7
Ceuta	2,6	72,4	.	.	1,9	12,8	10,3
Melilla	11,8	65,8	.	2,6	2,6	13,2	3,9
Total	13,7	63,2	1,1	0,5	1,3	15,5	4,6

CC.AA.: Comunidad Autónoma; **Homo/bis.:** Homosexual/Bisexual; **UDVP:** Usuarios de drogas por vía parenteral; **Hemo.:** Hemoderivados; **Transf.:** Transfusión; **M-H:** Madre-hijo; **Heter.:** Heterosexual; **N/C:** Otros no conocidos.

NOTA: Los datos han sido extraídos del informe epidemiológico anual del Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a). La no aparición de porcentajes para algunas categorías y Comunidades Autónomas obedece a la ausencia de datos en el Registro Nacional de Casos de SIDA.

7.4. CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN POR VIH-2 EN ESPAÑA

A pesar de que a nivel mundial, el Virus de Inmunodeficiencia Humana tipo 1 (VIH-1) y en concreto el subtipo M, ha ocasionado el carácter epidémico de la infección por VIH y la enfermedad de SIDA, la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana Tipo 2 (VIH-2) también ha supuesto la afección de población en distintas regiones del mundo (Ariën et al., 2005). El VIH-2 fue aislado en 1985, en dos pacientes africanos con SIDA que no mostraban reactividad serológica al VIH-1. Se trata de un virus menos transmisible que el VIH-1 y que afecta principalmente a África Occidental, África Central, India y Portugal, aunque se han recogido casos en todo el mundo (Ariën et al., 2005; Toro et al., 2004). En Europa la mayor parte de las personas infectadas por VIH-2 son inmigrantes africanos o de forma menos frecuente, europeos que han vivido en zonas de África Occidental durante un tiempo o que han mantenido relaciones sexuales con personas de estas regiones. Países como Portugal han mostrado una mayor prevalencia de casos, de manera que alrededor del 10% del total se deben a una infección por VIH-2 (Machuca et al., 1999).

Para el caso de España, las primeras infecciones ocurridas por VIH-2 fueron identificadas en 1988, en 3 inmigrantes africanos residentes en Barcelona. En el estudio realizado por Machuca et al. (1999) se recogió que hasta el año 1998 un total de 92 personas habían sido diagnosticadas de infección por VIH-2. En posteriores estudios se registró un total de 109 casos hasta diciembre del año 2002. Sin embargo, se puede afirmar que no ha habido un incremento acelerado desde los primeros casos registrados en 1988, por lo que en la actualidad existe una baja prevalencia de VIH-2 en España (Toro et al., 2004). De acuerdo con los casos recogidos en el año 2005, 14 nuevos casos de infección por VIH-2 han sido diagnosticados, por lo que el total nacional asciende a 138 casos, de los que 94 son varones, 42 son mujeres y 2 son de sexo desconocido (Ariën et al., 2005). La mayor parte de las personas infectadas son inmigrantes procedentes de zonas endémicas. En concreto, del total de casos registrados en el estudio de Ariën et al. (2005), 103 son inmigrantes africanos, 2 de procedencia portuguesa y un caso de la República Dominicana. Las ciudades en las que se ha registrado un mayor número de casos de VIH-2 son Cataluña y Madrid. La fuerte inmigración africana en estas Comunidades puede explicar el que se produzca esta concentración de casos (Toro et al., 2004). Dentro de la infección por VIH-2 los

subtipos A y B son los de mayor presencia, siendo las relaciones heterosexuales la principal vía de transmisión recogida en la infección por este virus (Ariën et al., 2005).

Los últimos análisis epidemiológicos realizados han mostrado por lo tanto que la extensión de la epidemia por VIH-2 en España es lenta, ya que ocurren menos de 20 casos por año desde el primer diagnóstico en 1988 (Ariën et al., 2005).

A pesar de que el VIH-2 puede producir inmunodeficiencia y SIDA en personas infectadas, el periodo de latencia y la progresión de la enfermedad son más bajos que en el caso de la infección por VIH-1. Algunas razones que ayudan a explicar este hecho son la más baja transmisibilidad y replicabilidad del VIH-2, comparado con el VIH-1, así como su menor virulencia y carácter patógeno y una zoonosis producida de forma más reciente, tal y como ocurre también con los subtipos N y O del VIH-1 (Ariën et al., 2005). No obstante, es importante conocer estas particularidades del VIH-2 así como la localización geográfica del virus, de manera que así se permita un control ante una posible expansión más alarmante y con el carácter epidémico que ha alcanzado la infección por VIH-1.

8.- PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIH

En los apartados previos se viene destacando reiteradamente la importancia de la prevención como medida protagonista para frenar la extensión de la epidemia del SIDA. Se hace necesario por ello, un abordaje conceptual de la prevención y de los términos asociados a la misma, así como de las variables psicológicas más relevantes y sus implicaciones en las intervenciones que se lleven a cabo. En los próximos apartados se revisan cada uno de estos puntos con las pretensiones de tener utilidad en el marco de las infecciones por VIH/SIDA.

8.1. PRINCIPALES CONCEPTOS SOBRE PREVENCIÓN

La prevención ha sido entendida como la “adquisición de aprendizajes dirigidos a la disminución de los factores de riesgo propios de un estilo de vida insano” (Flórez-Alarcón, 2000, p.15). En el ámbito de la salud pública este concepto se refiere a la prevención y reducción de la incidencia de enfermedades (Macià, Méndez y Olivares, 1993). Una enfermedad de las características del SIDA ha de estar acompañada no sólo

de una prevención primaria que evite que se sigan produciendo infecciones por VIH, sino que se requiere una preparación para que, una vez infectada la persona, se prolongue el tiempo hasta el diagnóstico de SIDA (prevención secundaria) y en cualquier caso se aborde a la población de forma global en los cuidados necesarios cuando la enfermedad hace su aparición (prevención terciaria). En cuanto a estos dos últimos tipos de prevención, los nuevos tratamientos antirretrovirales, la prevención de las enfermedades oportunistas y la mejora de los servicios de salud para atender a las personas infectadas, están permitiendo importantes avances con los enfermos por VIH/SIDA (Fanci, 1999). A pesar de que son muchas las labores de investigación que se destinan a la síntesis de vacunas preventivas o que consiguen disminuir el ritmo de la evolución de la enfermedad, hay un acuerdo generalizado en que la prevención primaria es la mejor vía para afrontar la extensión de la pandemia del SIDA (Rebull et al., 2003). Tal y como resalta Casabona et al. (2000), “la prevención primaria es la forma más eficiente de disminuir los efectos de la epidemia a medio y largo plazo” (Casabona et al., 2000, p.99).

La preocupación por un abordaje eficaz en la prevención de la infección por VIH ha llevado al desarrollo de modelos generales para la salud, proponiendo integrar las acciones dentro de los siguientes modelos (Kornblit, 2002):

- Modelo Informativo: Reducción de la incidencia de la enfermedad mediante cambios individuales logrados con acciones informativas sobre la enfermedad de SIDA.
- Modelo del “Empoderamiento”: Reducción de la incidencia de la enfermedad capacitando a las personas para adoptar medidas de prevención para la infección del VIH.
- Modelo Comunitario: Reducción de la incidencia de la enfermedad mediante cambios comunitarios y acciones colectivas. Es desde este ámbito comunitario desde el que se propone una promoción de la salud en torno al VIH/SIDA que ha de adoptar una nueva concepción de la salud pública. Esta nueva concepción se extiende más allá de lo biomédico, de la aplicación de tratamientos antirretrovirales o de la profilaxis de enfermedades oportunistas y aglutina las influencias sociales y ambientales que entran en relación directa con la salud.

Algunos aspectos que han sido destacados en relación a las intervenciones preventivas del SIDA son la información sobre vías de transmisión y modos de

prevención de la infección por VIH, sin olvidar la importancia de fomentar la tolerancia y la no discriminación de las personas que están afectadas (Kornblit, 2002). Sin embargo, la información no bastará para reducir las infecciones que van en aumento en todo el mundo. Se requiere considerar un amplio repertorio de variables psicológicas relevantes en materia preventiva del VIH/SIDA, desde un contexto individual, comunitario, social y cultural. Estas variables psicológicas han recibido fundamentación teórica desde distintos modelos relativos a conductas de salud y enfermedad. A continuación, se recogen algunas de las variables que han sido consideradas para la adopción de conductas de riesgo en cuanto a la infección por VIH, así como los modelos que las respaldan.

8.2. DEFINICIÓN DE VARIABLES PSICOLÓGICAS IMPLICADAS EN EL PROCESO DE LA PREVENCIÓN

Distintas variables de tipo psicológico han sido destacadas en el ámbito de la prevención. Algunas de ellas son los conocimientos, las creencias, las actitudes, la autoestima, la autoeficacia, la susceptibilidad de riesgo, el locus de control, las influencias normativas, la intención de conducta, la ansiedad, los sentimientos de culpa, las destrezas asertivas, la motivación y la capacidad de resolución de problemas (Bermúdez, Teva y Buela-Casal, 2005). Junto a las anteriores, otras variables de tipo situacional o ambiental han explicado la adopción de conductas de riesgo y preventivas (Bayés, 1995). A continuación, se destacan algunas de las más relevantes, para pasar, más adelante, a detallar las teorías que las recogen y los estudios que las han considerado en el marco de la prevención de la enfermedad de SIDA y la infección por VIH.

8.2.1. Susceptibilidad de Riesgo.

La susceptibilidad de riesgo ha sido definida, en su origen, como la percepción subjetiva de experimentar un riesgo determinado para la salud (Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974). En posteriores trabajos se ha mostrado interés por esta variable como una dimensión importante en relación a distintas conductas de salud. Este es el caso del estudio de Lameiras, Rodríguez y Dafonte (2002) que la describen como la “probabilidad subjetiva de que una consecuencia negativa le ocurra al sujeto” (Lameiras

et al., 2002, p. 255) o el presentado por Moreno y Gil Roales-Nieto (2003, p.94) en el que se define como “la percepción propia de la vulnerabilidad a enfermar”.

En concreto, esta variable ha sido considerada de interés en cuanto a la adopción de conductas de riesgo relacionadas con la infección por VIH y distintos modelos teóricos han destacado la relevancia de incidir en ella desde las intervenciones preventivas (Bermúdez et al., 2005).

8.2.2. Autoeficacia.

Una vez que la persona percibe que bajo una situación determinada acciones particulares pueden convertirse en conductas de riesgo, no sería suficiente con sentirse vulnerados ante esa situación. Desde la teoría, se ha destacado la importancia de las expectativas y creencias con las que cuenta la persona acerca de la habilidad y capacidades que posee para poner en práctica una conducta específica. Lo anterior sería la definición que ha sido otorgada a la autoeficacia y que regula el funcionamiento humano en gran medida (Bandura, 1997a,b).

En relación al VIH/SIDA se refiere a disponer de las habilidades necesarias para ejecutar conductas que prevengan la infección por VIH. A estas habilidades se les conoce como autoeficacia (Basen-Engquist y Parcel, 1992) y ha sido también destacada en distintos estudios por su importancia en relación a las conductas sexuales saludables (Bermúdez et al., 2005; De Vries, Dijkstra y Kuhlman, 1988). En estrecha relación con la autoeficacia, se ha destacado la importancia de la comunicación y las destrezas para la negociación acerca del uso del preservativo. Así, Troth y Peterson (2000) resaltan la importancia de la comunicación con la pareja sexual y la capacidad que sienta la persona para que esta comunicación se desempeñe eficazmente. Es necesario considerar, además, la relación de la autoeficacia con el estilo de afrontamiento y la autoestima de la persona, dada la vinculación de ambas con las conductas de riesgo. Así, se ha detectado una conducta de riesgo mayor en personas con estilos de afrontamiento más pasivos y autoestima más baja (Nyamathi, 1992; Nyamathi, Bennett, Leake, Lewis y Flaskerud, 1993).

8.2.3. Locus de Control.

Este término fue originalmente acuñado por Rotter (1966) y definido como la percepción de las causas específicas de determinados eventos, que pueden ser atribuibles a elementos personales (causas internas) o bien bajo el poder de la suerte o la influencia de otros (causas externas). A la definición original se han añadido posteriores atribuciones de causalidad, que, sin embargo, no han hecho más que aumentar las posibilidades de atribución causal, quedando en último término reducidas a las creencias acerca de que los resultados dependerán de las acciones de uno mismo, de las demás personas o del azar.

La variable de locus de control guarda una importante relación con la ya descrita de autoeficacia y ha estado vinculada a la adopción de conductas de salud y de enfermedad de distinta índole (Bandura, 2001; Visdómine-Lozano y Luciano, 2006), tal y como se verá más adelante.

8.2.4. Presión Normativa.

La presión del grupo de iguales, como referencia prioritaria en la etapa adolescente, ha sido otra de las variables de destacado interés en las conductas preventivas o de riesgo que se pongan en práctica. Sin embargo, esta presión normativa o del grupo de referencia también abarca a otros grupos entre los que están los padres y la pareja como importantes fuentes de influencia (Schaalma, Kok y Peters, 1993).

La variable presión normativa o del grupo de referencia ha sido definida como la opinión y valoración que hacen otros sobre la conducta de salud o la conducta de riesgo. Lo anterior, sin embargo, está fuertemente influenciado por determinadas características personales que hacen que esta conducta esté motivada por el deseo de complacer y congeniar con la valoración que uno mismo haga de este grupo de referencia (Basen-Engquist y Parcel, 1992).

Debido al interés que se presta a las normas sociales y de forma especial entre los adolescentes, destaca esta presión normativa o del grupo de referencia como un factor de relevancia para desarrollar conductas adecuadas de prevención de la infección por VIH/SIDA (Bermúdez et al., 2005).

8.2.5. Intención de Conducta.

Por intención de conducta se refiere al factor psicológico previo a la puesta en práctica de la acción, por lo que se convierte en determinante anterior de la conducta preventiva (Basen-Engquist y Parcel, 1992).

La intención de conducta abarca un amplio número de acciones relativas a la prevención del VIH/SIDA, entre las que la intención de uso del preservativo, el uso del mismo y la comunicación con la pareja han sido consideradas de gran interés en distintos trabajos (Catania, Coates, et al., 1992; Catania, Kegeles, et al., 1992; Schaalma et al., 1993; Troth y Peterson, 2000). Esta variable, al igual que todas las anteriores, ha sido recogida por los modelos clásicos en el ámbito de Psicología de la Salud, que se recogen a continuación.

8.3. MODELOS TEÓRICOS DE SALUD

En el ámbito de la Psicología de la Salud se han propuesto distintos modelos teóricos para explicar las conductas de salud y de prevención de la enfermedad. Destacan la Teoría de la Motivación hacia la Protección (Rogers, 1975), el Modelo de Crecias de Salud (Becker, 1974a,b; Rosenstock, 1974), la Teoría de la Autoeficacia (Bandura, 1977) y la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973; Ajzen, 1991; Fishbein y Ajzen, 1975). En mayor o menor medida, cada uno de estos modelos ha propuesto o incorporado los constructos descritos en el apartado anterior. Además, desde estas teorías se ha mostrado un importante interés en cuanto a la adopción de conductas sexuales seguras y en consecuencia, en relación a la prevención de la infección por VIH. Se describen a continuación las principales formulaciones teóricas de cada uno de estos modelos.

Teoría de la Motivación hacia la Protección (Rogers, 1975)

De acuerdo con esta Teoría el enfrentarse ante una amenaza para la salud evoca dos procesos cognitivos básicos (Rogers, 1975; Milne, Sheeran y Orbell, 2000):

- Evaluación de la amenaza.
- Evaluación de la confrontación que se hace de esa amenaza.

En este entramado de evaluación intervienen una serie de variables que tienen un carácter importante para la motivación a la protección y a realizar conductas de salud. De esta manera, inicialmente se hará una evaluación de los componentes relativos a la magnitud de la peligrosidad, la probabilidad de ocurrencia de la amenaza para la salud así como la eficacia de la respuesta que pueda ser emitida por la persona. En función de estos tres factores, la motivación para protegerse estará vinculada a la severidad evaluada, la expectativa acerca de que la persona pueda ser expuesta al peligro así como las creencias que se tengan sobre la eficacia en la respuesta de afrontamiento. Si la persona experimenta unos mayores niveles de amenaza entonces su motivación individual a hacer frente a esa amenaza con las conductas apropiadas será mayor. Estos procesos cognitivos tendrán un gran valor en la adopción de comportamientos saludables.

A pesar del marco teórico de referencia que ofrece esta Teoría, Rogers (1975) destaca en su formulación algunas limitaciones en cuanto a la necesidad de integrar la influencia de otras variables medioambientales o cognitivas, así como la importancia de variables relativa al estilo defensivo o la ansiedad de la persona. Sin embargo, pretende ser de utilidad en la explicación del cambio de actitudes generado en relación a conductas de salud.

Según los condicionantes de la teoría, se puede decir que la vulnerabilidad percibida, la susceptibilidad de riesgo y la autoeficacia percibida por la persona son factores importantes a considerar para llevar a cabo la conducta de salud (Boer y Mashamba, 2005), tal y como predice la Teoría de la Motivación hacia la Protección (Rogers, 1975). En materia de la prevención por VIH/SIDA y la adopción de conductas sexuales seguras, la motivación a la protección se traduce, en último lugar, en la intención de uso del preservativo. En este caso, la severidad de la infección por VIH y la vulnerabilidad de la persona a ser infectada estarán jugando un papel muy relevante en la decisión final que se adopte.

El Modelo de Creencias de Salud (Becker, 1974a,b; Rosenstock, 1974)

Desde el Modelo de Creencias de Salud destacan como variables relevantes el deseo de evitar la enfermedad y la creencia de que una conducta de salud determinada puede ayudar a prevenir la enfermedad (Becker, 1974). Además, se propone la importancia de los siguientes factores para su formulación:

- Susceptibilidad percibida: percepción de la persona sobre la vulnerabilidad a enfermar.
- Severidad percibida: creencias sobre las graves repercusiones que podría tener la enfermedad en la vida de la persona.
- Beneficios percibidos ante la realización y puesta en marcha de determinadas conductas que reduzcan la susceptibilidad y la severidad percibida por la persona. Esto es, la efectividad que considera la persona en cuanto a las conductas que es capaz de emitir.
- Barreras percibidas o consideración de la persona en cuanto a que las conductas que es capaz de llevar a cabo no son impedidas por importantes barreras que le impidan ponerla en práctica.

La idea principal que defiende el modelo es que las conductas de una persona están determinadas por la amenaza percibida a su salud. Esta vulnerabilidad que se experimenta, a su vez, estará condicionada por la percepción acerca de la susceptibilidad hacia la enfermedad y la severidad percibida de las consecuencias de adquirirla. Un incremento en la percepción de vulnerabilidad ante una amenaza para la salud produce una motivación y un fortalecimiento de las conductas de protección hacia esa amenaza. Además se hace una estimación de los costes/beneficios de llevar a cabo la conducta, de manera que la persona utilizará una serie de claves o señales bien externas o internas que le ayudará a determinar la decisión de puesta en práctica de la conducta. En conjunto, si hay una disposición alta para emitir la conducta y las barreras consideradas son bajas, es probable que realice la conducta preventiva o de salud, al contrario, se omitiría la acción. Algunas de las críticas que se han señalado a este Modelo son que hace excesivo énfasis en el poder predictivo de las variables cognitivas, otorgando un papel mínimo o nulo a las circunstancias sociales e individuales de la persona así como al papel de las contingencias que también pueden tener validez explicativa en este contexto (Moreno y Gil Roales-Nieto, 2003).

De igual manera que la teoría anterior, el Modelo de Creencias de Salud y las variables consideradas por el mismo ha sido utilizado en multitud de ocasiones para explicar la motivación de las personas en una amplia variedad de conductas relacionadas con la salud, entre las que aquellas relacionadas con las conductas sexuales seguras han tenido una gran relevancia (Rosenstock, Strecher y Becker, 1994; Strecher, Arbor, Champion y Rosenstock, 1997). En concreto, en el estudio de White (2004) se

analizaron las variables del Modelo de Creencias de Salud en relación al uso del preservativo entre los adolescentes. Los resultados que se encontraron fueron que los constructos del Modelo de Creencias de Salud estaban relacionados con la probabilidad de uso del preservativo. En concreto, las barreras percibidas en el desempeño de la conducta decrecían la posibilidad de uso del preservativo y un incremento en los beneficios de llevar a cabo la conducta suponía un aumento de la consistencia de uso del preservativo. Se pone de manifiesto una vez más la utilidad de este modelo como explicativo en relación a las conductas de salud.

De igual manera, en el estudio de Zak-Place y Stern (2004) se estudia el valor predictivo del Modelo de Creencias de Salud como marco conceptual para explicar las diferencias individuales en adolescentes en cuanto al uso del preservativo y el control de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y la infección por VIH a través de las correspondientes pruebas diagnósticas. Los autores encontraron correlaciones entre las variables del modelo y principalmente la conductas de salud relacionadas con la realización de pruebas diagnósticas de VIH/SIDA y ETS. En cuanto a la severidad de la enfermedad se encontraron resultados importantes ya que un aumento de la severidad considerada de la enfermedad se relacionaba en mayor medida con la adopción de conductas sexuales seguras. Los datos anteriores tienen importantes consecuencias e implicaciones prácticas en cuanto a la elaboración de campañas de concienciación y la orientación que han de seguir.

Teoría de la Autoeficacia de Bandura (Bandura, 1977, 1980, 1991, 1997a,b).

En esta teoría se defiende, como constructo principal para realizar una conducta, la autoeficacia, tal que la relación entre el conocimiento y la acción estarán significativamente mediados por el pensamiento auto-referente (Bandura, 1980). Las creencias que tiene la persona sobre la capacidad y autorregulación para poner en marcha dicha conducta serán decisivas. De esta manera, las personas estarán más motivadas si perciben que sus acciones pueden ser eficaces, esto es si hay la convicción de que tienen capacidades personales que les permitan regular sus acciones. Bandura concede una gran importancia a este concepto, tal que, considera que influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Así, una alta autoeficacia percibida se relaciona con pensamientos y aspiraciones positivas acerca de realizar la conducta con éxito, menor

estrés, ansiedad y percepción de amenaza, junto con una adecuada planificación del curso de acción y anticipación de buenos resultados.

La Teoría de la Autoeficacia de Bandura ha sido considerada en distintas áreas, y ocupa un lugar importante para la adopción de conductas de salud y prevención de riesgos. Así lo explica Bandura, que afirma que las creencias de eficacia afectan a la salud física al menos de dos maneras:

1. Una fuerte creencia sobre la habilidad para enfrentarse a determinados estresores reduce las reacciones biológicas que pueden dañar la función del Sistema Inmune y por el contrario favorece una adecuada respuesta del mismo.
2. La autoeficacia determinará en gran medida si las personas consideran cambiar sus hábitos de salud y la adopción de conductas saludables nuevas, así como el mantenimiento del cambio.

La necesidad de una explicación más exhaustiva de cómo la conducta humana está determinada por la interacción entre un conjunto de variables no observables y las relaciones entre la autoeficacia, las destrezas y la motivación son algunas de las críticas que se han hecho a la Teoría de Bandura (Lee, 1989).

Desde su formulación, sin embargo, esta Teoría ha mostrado su utilidad para prevenir y reducir enfermedades cardiovasculares y enfermedades crónicas (Bandura, 1997a). Además, también se ha evidenciado que aporta una importante explicación en el consumo de sustancias, como el alcohol o las drogas (Bandura, 1997a) y en la implicación de conductas sexuales de riesgo y prevención de la infección por VIH (Bandura, 1990; Bermúdez et al., 2005; De Vries et al., 1988; Nyamathi, 1992; Nyamathi et al., 1993).

Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973; Ajzen, 1991; Fishbein y Ajzen, 1975).

La Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973) adopta como idea principal que la intención de conducta es el determinante anterior y precedente de la conducta en sí, de manera que, la mejor forma de predecir la conducta es evaluar la intención de llevarla a cabo. Otras variables como la autoeficacia, las actitudes hacia la

conducta y las normas sociales son destacadas por este modelo como elementos relevantes para la prevención.

Esta Teoría ha sido un eje teórico importante en cuanto a las acciones preventivas que se lleven a cabo y varios estudios han destacado su importancia para explicar, predecir y comprender distintos comportamientos de salud (Armitage y Conner, 2001; Godin y Kok, 1996; Jones et al., 2004). Sin embargo, por el lugar que ocupa en la investigación empírica de esta tesis, así como por su importancia en relación a la comunicación persuasiva será retomada de forma más amplia con posterioridad en el apartado correspondiente a Marketing Social y Persuasión Publicitaria.

8.4. IMPLICACIÓN DE DISTINTAS VARIABLES PSICOLÓGICAS EN LA PREVENCIÓN

Las variables de susceptibilidad de riesgo, autoeficacia, locus de control, presión normativa e intención de conducta han sido destacadas por distintos modelos como constructos prioritarios en la prevención. Otras, relativas a la información y adquisición de conocimientos y creencias correctas acerca del VIH/SIDA, se han considerado también necesarias en toda intervención de tipo preventivo que se ponga en práctica. Así lo han puesto de manifiesto distintos estudios empíricos que se comentan a continuación.

Los conocimientos y las creencias correctas o incorrectas acerca del VIH/SIDA tienen un papel importante en la adopción de conductas de salud y prevención de conductas de riesgo. Sin embargo, desde distintos estudios se ha resaltado la idea de incluir estas variables como necesarias pero nunca suficientes para la adopción de unas pautas sexuales seguras (González-Sáiz, Ortega-Marlasca y Salvador, 1994). De esta manera, en estudios como los de DiClemente, Forrest y Mickler (1990) y Norris y Ford (1994), se destaca la importancia de considerar que un incremento en información acerca del VIH/SIDA no implica que se produzca en paralelo un cambio de conducta. Estos resultados han sido corroborados en estudios posteriores. Así, Crosby, Newman y Kamb (2000) concluyen en su estudio que una mayor adquisición de conocimientos correctos por parte de los participantes acerca de las vías de transmisión sobre el VIH y las conductas preventivas, no se traducen en una reducción de las conductas de riesgo. Resultados similares se han encontrado en el estudio de Fernández, González, González y López (1993) en el que el conocimiento sobre las graves repercusiones de una

enfermedad como el SIDA, así como los mecanismos por los que se transmite el VIH, no suponían un aumento del uso del preservativo, aún cuando se reconoce éste como el único método eficaz para evitar la transmisión por vía sexual.

Los datos anteriores hacen evidente la necesidad de considerar otras variables psicológicas que permitan una mayor influencia en la adopción de conductas de salud, más allá de la mera información. Las variables mencionadas en el apartado anterior han sido combinadas en distintos estudios. En cuanto a las actitudes, la influencia normativa, la autoeficacia y la intención de conducta, Basen-Engquist y Parcel (1992) estudiaron su influencia en el patrón de conducta sexual y uso del preservativo de una muestra de adolescentes. Las variables que mostraron mayor influencia fueron las actitudes, la influencia normativa y la autoeficacia, que predecían un 36,4% en cuanto a la intención de reducir el número de parejas sexuales, entendiéndose esta como una conducta de riesgo. Las variables anteriores, junto a la intención de conducta, predecían en un 19% la intención de uso del preservativo. Resultados similares se han encontrado en estudios posteriores, en los que también han destacado la influencia de la autoeficacia y la intención de conducta, junto con los conocimientos, como variables relevantes en las intervenciones con adolescentes acerca de la prevención del VIH/SIDA (Siegel, Aten y Enaharo, 2001).

En el estudio de Giles, Liddell y Bybawell (2005) se estudió la intención de conducta de uso del preservativo en una comunidad africana bajo la perspectiva teórica de la Teoría de la Conducta Planeada. Los resultados indicaron que dentro del modelo, la variable de normas subjetivas y presión normativa era la que más influencia tenía. En concreto, era la familia el grupo más relevante en cuanto a las decisiones de salud de los participantes. Respecto al porcentaje de varianza explicada en la intención de uso del preservativo, el 67% lo acaparaban las normas subjetivas junto con la autoeficacia. Sin embargo, es importante considerar las características de la muestra empleada, debido a que por sus particularidades las normas subjetivas pueden jugar un papel más relevante en la predicción de la conducta (Giles et al., 2005).

A pesar de que la variable locus de control ha sido relacionada en diversos estudios con la autoeficacia percibida por la persona, no siempre se han encontrado relaciones positivas de la primera con las conductas de salud y en concreto con el uso del preservativo (Burns y Frank, 2005; Robertson y Levin, 1999). Sin embargo, algunos estudios han encontrado que las creencias de locus de control interno, junto con la influencia de pares, también ayudan a predecir y son variables significativas en cuanto al

uso consistente del preservativo entre los adolescentes (Tausing-Edwards, 2004) y otras poblaciones con conductas de riesgo (Kelly et al., 1990).

De entre las variables anteriores, la autoeficacia ha sido destacada como de gran interés en cuanto a la adopción de conductas preventivas y ha mostrado relaciones significativas con otras variables relevantes en prevención (Goh, Primavera y Bartalini, 1996). La Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973) ha concedido un importante soporte teórico a esta variable en relación a la prevención del VIH/SIDA. En el estudio de Schaalma et al. (1993) fue la variable de autoeficacia el constructo que alcanzó mayor importancia para la conducta preventiva y además estaba relacionada con el uso y compra de preservativos y la comunicación con la pareja, aspectos que se han considerado de gran interés en otros trabajos ya señalados (Catania, Coates et al., 1992; Catania, Kegeles, et al., 1992; Schaalma et al., 1993; Troth y Peterson, 2000). Acerca de este constructo, en el estudio de Lin, Simoni y Zamon (2005), se estudió el valor predictivo de un conjunto de variables en relación a la adopción de conductas sexuales seguras. La variable autoeficacia fue la que más predecía las potenciales conductas sexuales de riesgo de manera que estaba negativamente asociada a dichas conductas. Los autores resaltan las implicaciones para las intervenciones que se lleven a cabo, de manera que desde un marco cognitivo-conductual se le de un valor importante a la variable autoeficacia en cuanto al logro del cambio conductual deseado (Lin et al., 2005).

En relación a la susceptibilidad de riesgo, algunos autores han estudiado esta variable y su vinculación con las conductas preventivas (Kelly et al., 1993; London y Robles, 2000). Los resultados han indicado una influencia inconsistente, de manera que se ha propuesto la existencia de sesgos cognitivos tales como el de “falsa unicidad”, la “ilusión de invulnerabilidad” u “optimismo ilusorio”, como aquellos que pueden estar mediando en la influencia que tenga la susceptibilidad de riesgo en el abordaje de conductas de salud (Kelly et al., 1993). Entre otros trabajos en relación a esta variable está el de Lameiras et al. (2002) que evaluaron la susceptibilidad de riesgo en una muestra de 1.057 estudiantes universitarios. La influencia de la susceptibilidad de riesgo adquiriría más importancia en las relaciones de tipo casual y era más acentuada en el grupo de mujeres que en los varones. Sin embargo, esta variable tenía una menor relación con la adopción de conductas seguras para el caso de relaciones de pareja estable. Finalmente, en el estudio de Buckingham, Moraros, Bird, Meister y Webb (2005) se evaluó la influencia de las actitudes y las creencias en la predicción de uso del

preservativo, siguiendo las directrices y los constructos relevantes en el Modelo de Creencias de Salud, esto es, la susceptibilidad percibida, los beneficios percibidos, la influencia de las claves sociales, así como las barreras y riesgo percibido. En los resultados se recogía únicamente la influencia de la susceptibilidad percibida como variable significativa y con relación al uso del preservativo.

Por último, y ante la importancia que también ha sido concedida a factores situacionales o ambientales en la adopción de conductas preventivas (Bayés, 1995), algunos estudios se han centrado en el consumo de sustancias y su relación con las conductas sexuales de riesgo en los adolescentes. El consumo de alcohol era el que tenía una mayor vinculación con conductas de riesgo para la infección por VIH/SIDA (Brien, Thombs, Mahoney y Wallnau, 1994; Poulin y Graham, 2001).

Los resultados recogidos en los distintos estudios ponen de manifiesto la importancia de una consideración integral de las variables descritas. De esta manera, las intervenciones preventivas han de estar orientadas a incidir en estas variables psicológicas, potenciándolas, para que los esfuerzos preventivos logren una mayor eficacia.

9.- ADOLESCENTES Y VIH/SIDA

Los datos epidemiológicos recogidos a nivel mundial así como el Registro Nacional de Casos de SIDA en España alertan de la etapa adolescente y su vinculación con conductas de riesgo en relación a la infección por VIH/SIDA (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; ONUSIDA, 2006). Son diversos los factores que hacen esta etapa especialmente vulnerable. Por ello, es imprescindible conocer de cerca las situaciones y las particularidades de la adolescencia en relación a la infección por VIH y su mediación en el incremento de diagnósticos de SIDA en la etapa adulta.

Los aspectos relativos a la sexualidad adolescente destacan como un tema prioritario en el abordaje de la epidemia del SIDA. La utilidad última está, de nuevo, en la puesta en práctica de las necesidades preventivas de esta población a través de intervenciones más específicas y que alcancen una mayor eficacia.

9.1. ADOLESCENTES Y SEXUALIDAD

La adolescencia se convierte en una edad crítica para la adopción de conductas diversas de riesgo en torno a las relaciones sexuales (Rolison y Scherman, 2002; Siegel et al., 1994; Smith y Rosenthal, 1995). Se trata de un momento de maduración de la identidad personal y sexual de gran importancia (ONUSIDA, 2004). Además, el inicio de las relaciones sexuales cada vez ocurre de forma más temprana y alrededor de la edad adolescente, tal y como se ha puesto de manifiesto en diversos estudios (Bimbela y Cruz, 1996; Cerwonka, Isbell, y Hansen, 2000; Lameiras, Núñez, Rodríguez, Bretón-López y Agudelo, 2005), lo que hace que la implicación en conductas sexuales de riesgo sea mayor.

Entre las conductas de riesgo, el uso del preservativo por parte de los adolescentes en sus relaciones sexuales ha sido abordado en diversos trabajos. En relación a esto, en la revisión realizada en el estudio de Lameiras (1998) se concluye que el uso del preservativo entre adolescentes pre-universitarios de Salamanca es del 46% para las mujeres y del 80% para los varones. En otros estudios de esta misma revisión se informó de un uso sistemático del preservativo de alrededor del 50%, aglutinando de nuevo los varones un mayor uso frente a las mujeres (Lameiras, 1998). Las diferencias detectadas por sexo en el uso del preservativo no pueden ser obviadas en las intervenciones preventivas y se han de seguir estudiando las variables que pueden estar ejerciendo influencia en este uso diferencial. Otros estudios en la misma línea han indagado el uso del preservativo entre adolescentes de 15 y 18 años de Barcelona (Díez, Juárez, Nebot, Cerda y Villalbi, 2000). Del total de adolescentes que participaron en dicho estudio el 21% habían mantenido relaciones sexuales, siendo el uso del preservativo del 71% entre los activos sexualmente.

La no consideración de usar preservativo por parte de los adolescentes en sus relaciones sexuales se ve agravada por la forma de entender las relaciones afectivo-sexuales en esta etapa. Aún en esta edad temprana las relaciones adoptan la llamada “monogamia seriada”, definida por Lameiras (1998) como:

Mantener relaciones afectivo-sexuales con diversas parejas a lo largo de la vida, incluso en períodos muy cortos de tiempo, aunque no se simultaneen parejas, lo que coloca a los jóvenes en una situación de vulnerabilidad no percibida para la infección por VIH/SIDA (p. 147).

El factor “enamoramiento”, la “familiaridad” de la pareja y la búsqueda de experiencias nuevas hacen el resto para que en la “monogamia seriada” el no usar preservativo no sea entendido como una conducta de riesgo (Bimbela et al., 1998).

Otros factores colaterales pueden estar influyendo en la adopción de conductas de riesgo. Algunos trabajos han estudiado estas variables. Entre ellas, destaca el mayor consumo de alcohol y consumo de drogas (Brien et al., 1994). Acerca del consumo de alcohol, estudios posteriores como el de Poulin y Graham (2001) concluyeron que dicho consumo era la variable que tenía una relación más clara con la conducta sexual de riesgo. En otros estudios se han destacado las siguientes variables como motivos que llevan a un uso inconsistente o no uso del preservativo: el precio de los preservativos, el miedo y la vergüenza al comprarlos, la falta de aceptación por parte de la pareja para el uso de los mismos, las dudas sobre su calidad, la reprobación moral, la pérdida de sensibilidad, la reducción del placer y de la espontaneidad (Bayés, Pastells y Tuldrá, 1996; Dahl, Gorn y Weinberg, 1998; Madhok, McCallum, McEwan y Bhopal, 1993; Norris y Ford, 1994; Obeidallah et al., 1993; Stryker, Samuels y Smith, 1994).

Las conductas de riesgo relativas a las relaciones sexuales en las que se ven inmersas los adolescentes se ponen de manifiesto por el incremento de enfermedades de transmisión sexual en estas edades (Lameiras, 1997). Según datos epidemiológicos oficiales, en 1999 se diagnosticaron en todo el mundo un total de 340 millones de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en población de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años (ONUSIDA, 1999). En España se ha experimentado un aumento de las ETS respecto a años anteriores (Díaz, Noguer y Cano, 2004). Estos datos proporcionan información acerca de las conductas sexuales de riesgo que tienen implicaciones en la epidemia de VIH/SIDA. Junto a lo anterior, los embarazos no deseados están experimentando un aumento en Europa, principalmente entre las adolescentes de 15 y 19 años, oscilando entre 12 y 25 los embarazos no deseados de cada 1.000 adolescentes comprendidas en estas edades (ONUSIDA, 2004). De nuevo, estos datos informan de una conducta sexual desprotegida.

Por último, es importante resaltar que algunos estudios en relación a los conocimientos que tienen los adolescentes sobre conductas sexuales seguras y de riesgo encuentran la coexistencia tanto de conocimientos correctos como incorrectos (Bimbela y Jiménez, 1999). Esto pone en evidencia una vez más, que aunque es necesario transmitir información, sin embargo no resulta suficiente, a la luz de los datos recogidos sobre uso del preservativo, enfermedades de transmisión sexual y embarazos no

deseados, que hacen de los adolescentes una población objetivo en cuanto a la infección por VIH/SIDA y enfatizan la necesidad de un abordaje integral.

9.2. INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN ADOLESCENTES EN ESPAÑA

Según los datos epidemiológicos de VIH/SIDA en España, del total de casos diagnosticados desde 1981 hasta la fecha (71.039 casos) un 50,8% de los diagnósticos pertenecen a personas de edad comprendida entre 25 y 34 años, que corresponde a 36.087 casos aproximadamente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a). Si se atiende al periodo de incubación del virus del SIDA, de entre 8-10 años y superior con los nuevos tratamientos antiretrovirales (Grupo Español Multicéntrico para el Estudio de Seroconvertidores, 2000), este amplio sector de población fue infectado por VIH en su mayoría cuando eran adolescentes. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, del total de 44 millones de personas que viven en España, 2.673.907 son adolescentes, por lo que representan un 6,07% de la población española. De este total, la proporción varones y mujeres es muy similar, siendo 1.373.190 varones y 1.300.717 mujeres (INE, 2006). Considerando los datos previos de epidemiología del SIDA en España y el número total de adolescentes españoles, las medidas de intervención que se pongan en práctica con esta población adquieren aún más prioridad.

Tal y como se ha recogido con anterioridad, la infección por uso de drogas intravenosas, así como la transmisión heterosexual, se han convertido en los mecanismos protagonistas de la infección por VIH entre los adolescentes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a). En el caso de la transmisión heterosexual, el grupo de mujeres de entre 20 y 29 años se ve más afectado, con mayor proporción de infecciones que el grupo de varones de estas mismas edades. A lo anterior hay que sumar la mayor vulnerabilidad por la inmadurez del tracto genital, así como la mayor carga vírica en el fluido seminal que favorece una transmisión varón-mujer superior (Blanco et al., 2000; Castilla y García-Puente, 1995; Long et al., 2000; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

Algunos datos de la evolución que han seguido estas edades se recogen en la Figura 5 (evolución en los últimos años) y en la Figura 6 (comparación del total de casos entre grupos de edad). Los datos contenidos en las figuras evidencian que son las edades de entre 25-29 años y 30-34 años en las que se recoge un mayor número de casos de SIDA (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a). Datos como los descritos

anteriormente sobre el panorama de la sexualidad adolescentes y en relación a las ETS, los embarazos no deseados, el consumo de alcohol y drogas, el no uso de forma sistemática del preservativo y la falsa invulnerabilidad que les proporcionan las relaciones de monogamia seriada, están contribuyendo a que las infecciones en la etapa adolescente y los diagnósticos de SIDA en la etapa adulta vayan en aumento.

Figura 5. Casos de SIDA por grupos de edad: evolución en los últimos años.

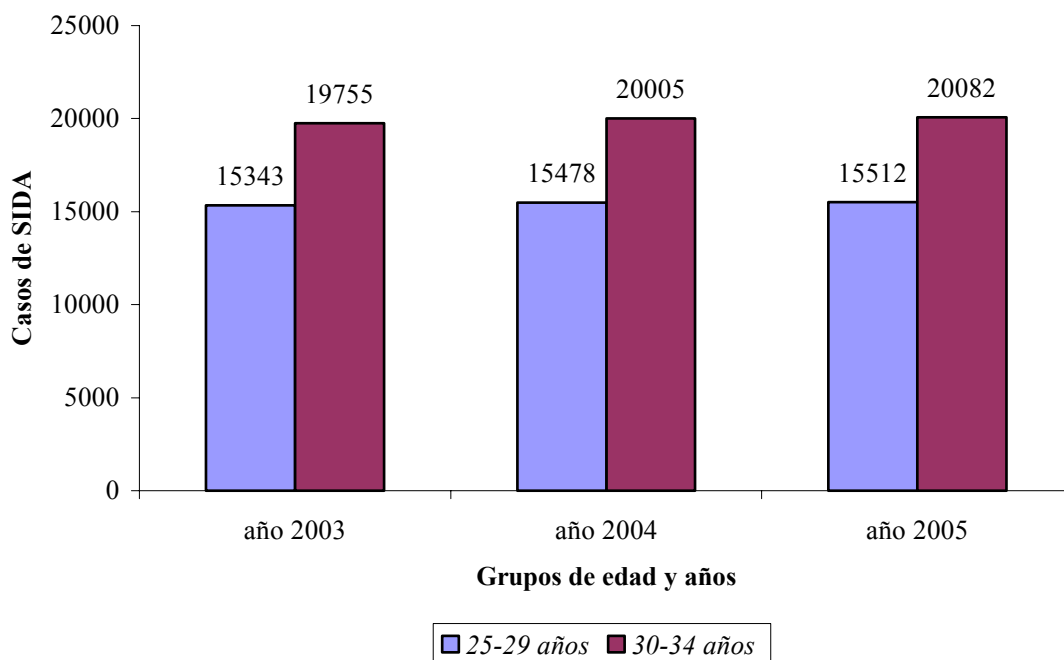
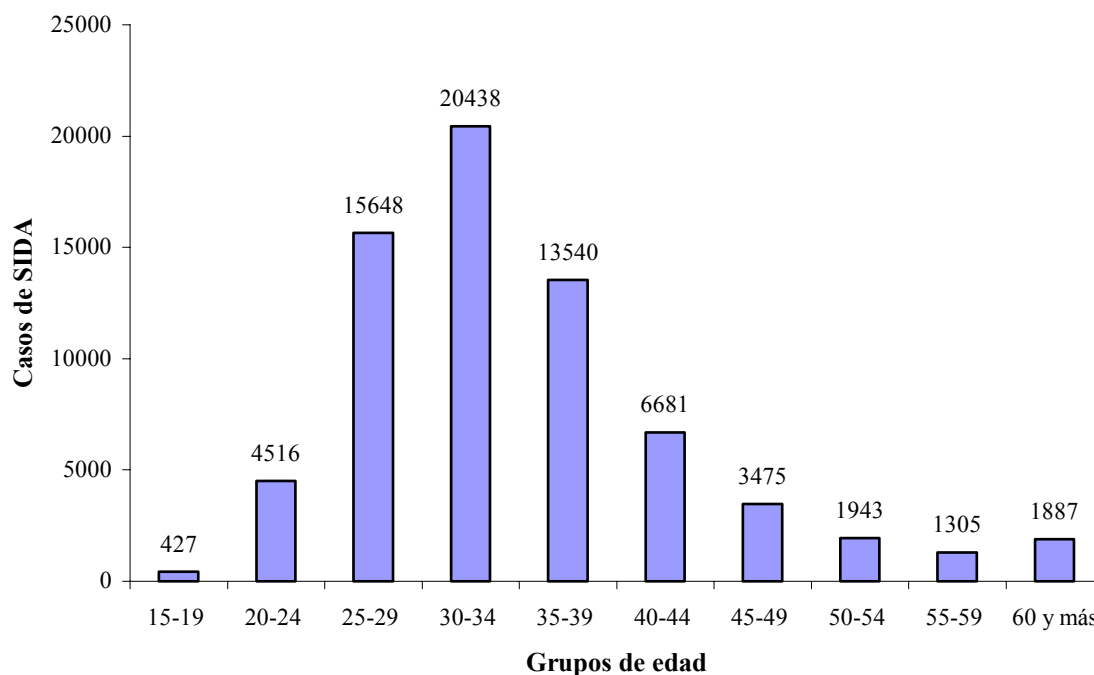


Figura 6. Casos de SIDA por grupos de edad.

NOTA: Los datos han sido extraídos de informes epidemiológicos anuales del Ministerio de Sanidad y Consumo (2004, 2005, 2006a).

La población adolescente constituye, de este modo, un grupo prioritario para las medidas preventivas en relación a la epidemia del SIDA. Las intervenciones que se lleven a cabo no han de perder de vista las características que describen la sexualidad en la etapa adolescente, para sólo así poder abordar a esta población de un modo eficaz.

9.3. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y ADOLESCENTES

Las intervenciones preventivas y el trabajo con los adolescentes han tenido un contexto prioritario, que ha sido el contexto escolar y comprenden distintos niveles de actuación (Fernández, Juárez y Díez, 1999; Rebull et al., 2003; Villalbi, Díez y Juárez, 2000). Estas pueden adoptar dimensiones de tipo individual, comunitario u otras de tipo estructural que supongan un entramado más amplio que las anteriores. Al respecto, Cohen y Scribner (2000), han propuesto una clasificación en dos niveles, siendo estos el nivel individual y el estructural. A nivel individual se abordan aspectos psicológicos y biológicos del individuo. Frente a ésta, la estructural supone una intervención en la que

los organismos sociales y los medios de comunicación juegan un papel importante para favorecer las conductas de prevención. Una dualidad de ambas acciones (individual más social) plantea un panorama óptimo, siempre que se ha visto en estudios previos que el abordaje en el marco de los conocimientos, las actitudes y las creencias de los individuos *per se* no son suficientes para adoptar conductas más saludables, por lo que la intervención estructural se plantea de gran utilidad.

Antes de pasar a mencionar las intervenciones preventivas a través de los medios de comunicación y campañas informativas de concienciación del SIDA, se describen algunas de las particularidades de los programas desarrollados en el marco escolar, así como el resultado de la aplicación de algunos de estos programas.

La mayoría de los programas aplicados en el ámbito escolar comparten una serie de componentes que se consideran necesarios para la implantación de conductas de salud y la reducción de conductas de riesgo. Kelly et al. (1993) detallan algunos de estos componentes esenciales en los siguientes puntos:

1. La aplicación de estos programas debe basarse en una comunicación entre la investigación de tipo teórico y la de tipo aplicado. De esta manera, se enfatiza la importancia de no aplicar un programa al margen de las necesidades preventivas de los adolescentes.
2. Las intervenciones han de tener un marco cognitivo-conductual.
3. Los esfuerzos entre distintas disciplinas de la psicología deben cohesionarse para servir a las intervenciones preventivas.
4. El alcance de las acciones ha de abarcar tanto la dimensión individual como la dimensión comunitaria y estructural (considerando el marketing social y los medios de comunicación), por las implicaciones que tiene en la adopción de conductas de salud y preventivas.

La importancia de contar con estos programas en materia preventiva para la población adolescente ha sido resaltada en estudios recientes. Así, Teal y Carey (2004) señalan la necesidad de incidir en los siguientes aspectos:

1. Promoción de conductas preventivas, con el uso del preservativo como protagonista, antes o en el momento en el que se están iniciando las relaciones sexuales en estas edades.

2. Prevención de hábitos insanos y de conductas de riesgo, en cuyo caso si se demoran las intervenciones, sería más difícil su modificación una vez que se han implantado.
3. Aprendizaje de habilidades relacionadas con las conductas preventivas, entre las que la asertividad y la negociación con la pareja sobre el uso del preservativo reducen la emisión de conductas de riesgo.

Entre los programas que se han llevado a cabo, Boekeloo et al. (1993) recogen una intervención con adolescentes cuyos componentes principales son la transmisión de información sobre riesgos asociados a determinadas conductas, así como las habilidades necesarias y la potenciación de la autoeficacia que favorezca las conductas de salud. Los resultados mostraron mayores beneficios entre los adolescentes del grupo experimental. Sin embargo, se requiere un mayor estudio de las variables mantenedoras de los efectos logrados, debido a que los beneficios fueron a corto plazo. Por su parte, Lawrence et al. (1995) aplicaron un programa de intervención en adolescentes de entre 14 y 18 años. Los componentes principales del programa constaron de la transmisión de conocimientos sobre el virus del SIDA y las vías de infección, así como de las habilidades necesarias para un adecuado uso del preservativo. Los resultados fueron una reducción de las conductas sexuales de riesgo, junto con un aumento de las conductas preventivas. La formación en habilidades para un adecuado uso del preservativo se tradujo también en una mayor destreza en el empleo del mismo.

En el estudio de Boceta (1999), se aplicó un programa de prevención de la infección por VIH en los adolescentes. Los componentes básicos del programa fueron aspectos sociales generales y aspectos acerca de la sexualidad, la pubertad y la adolescencia, la salud sexual, la prevención del SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y la anticoncepción. Los resultados de la aplicación del programa fueron positivos, en relación a una mejora de los conocimientos, así como la intención de llevar a cabo conductas sexuales saludables que prevengan la infección por VIH. Sin embargo, se echa en falta un seguimiento que cerciore la puesta en práctica de las expectativas de conducta sexual segura, así como el mantenimiento e influencia de estos conocimientos en la prevención de las conductas de riesgo.

Desde otros trabajos, se ha resaltado la importancia de contar con distintos agentes para lograr éxito en los programas preventivos. Entre ellos, la participación de la comunidad, de los servicios sanitarios, el profesorado y de forma muy importante la

interacción entre padres e hijos adolescentes han sido destacados en los logros de los programas preventivos (Lederman, Chan y Roberts-Gray, 2004). Algunos de estos programas son el aplicado por Rafferty y Radosh (2000). Se trata de un programa de educación del SIDA aplicado en una muestra de adolescentes en el ámbito escolar. Los resultados más importantes hacen referencia a que el apoyo de los directivos escolares y la implicación de los padres en el programa tuvieron relación con una mayor eficacia del mismo. Entre otros programas con implicación de los padres como elementos facilitadores de los resultados alcanzados, está el de Lederman y Mian (2003). En este estudio se puso en práctica el denominado *Parent-Adolescent Relationship Education (PARE) Program*. El interés alcanzado estuvo en el fortalecimiento de la comunicación entre padres e hijos adolescentes en relación a temáticas de sexualidad y conductas de prevención de ETS. Los logros de este programa estuvieron relacionados con mayores habilidades y una mejora en la toma de decisiones para no llevar a cabo conductas sexuales de riesgo.

Por su parte, el Programa multicomponente "*Safer Choices*" (Coyle et al., 2001) tenía como objetivo la reducción de conductas sexuales de riesgo y el incremento de las conductas de salud en materia de prevención del VIH, así como la disminución de enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados entre la población de estudiantes norteamericanos de enseñanza secundaria. La utilidad de lo propuesto está en el diseño longitudinal que se siguió con un total de 3.869 adolescentes. Se consiguió un mayor uso del preservativo y una reducción de relaciones sexuales sin protección respecto a las conductas previas a la intervención. Otros estudios, como el de Crosby et al. (2000) se centraron en una reducción de las barreras para el uso del preservativo, fomentando las habilidades de comunicación con la pareja y las influencias del grupo de iguales en relación a conductas preventivas. Se evidenció la utilidad de acentuar la autoeficacia y las actitudes positivas hacia el uso del preservativo, así como la influencia normativa para una mayor aceptación del mismo.

Desde otros programas preventivos, dentro de la población de adolescentes, se han centrado con exclusividad en el grupo de mujeres. Entre estas propuestas, Gil, Piñol y Dols (2000) presentan una iniciativa enfocada a la promoción de la salud sexual femenina. Por su parte, Orr, Langefeld, Katz y Caine (1996) proponen una intervención en las conductas, actitudes y creencias para potenciar el uso del preservativo entre las mujeres adolescentes. Más recientemente, Jemmott, Jemmott, Braverman y Fong (2005) han resaltado, tras la aplicación de un programa de intervención en mujeres

adolescentes, que la información y habilidades sobre prácticas sexuales seguras eran las que mejor predecían la disminución de conductas de riesgo. La importancia de las acciones de prevención destinadas a mujeres ha sido destacada en trabajos como el de García-Sánchez, Pinzón y Rivadeneyra (2002) que identifican los siguientes criterios de buena práctica en la prevención del VIH para esta población:

- Abordar las intervenciones desde una perspectiva de género que trate temas relativos a las relaciones de pareja, la comunicación y la negociación en cuanto al uso del preservativo.
- Considerar la salud de las mujeres desde una perspectiva integral.
- Fomentar una visión positiva de la sexualidad de las mujeres.
- Hacer énfasis en la conciencia de riesgo de las relaciones estables y desarrollar habilidades personales que permitan a las mujeres tener mayor control sobre su salud sexual y reproductiva.
- Adaptar las necesidades a las características contextuales y situacionales del grupo con el que se esté trabajando.

Otros programas de prevención aplicados a poblaciones específicas se han centrado en comunidades rurales. Los componentes principales de las intervenciones en estas poblaciones han sido las percepciones de riesgo y los conocimientos, debido a que la susceptibilidad de riesgo se ve disminuida ante la familiaridad del contexto y el mayor rechazo social que se experimenta de las personas infectadas por VIH (Anderko y Uscian, 2000; Castañeda, 2000).

Por último, señalar que la importancia de toda acción preventiva pasa por un adecuado sistema de evaluación que permita conocer la eficacia de los programas. Algunas evaluaciones han venido de trabajos como los de Callejas et al. (2005). Se evaluaron las intervenciones en relación a la sexualidad realizadas con adolescentes de la ciudad de Toledo. Los programas consistieron en charlas educativas con entrega de material gráfico y documental, así como la transmisión de mensajes publicitarios de carácter preventivo. Se apreció una mejora en el nivel de conocimientos sobre anticonceptivos, SIDA y una actitud más positiva para abordar estos temas. Otros trabajos, como el de Fernández et al. (2000) han evaluado intervenciones educativas de AulaSida realizadas en la Comunidad Valenciana. Los resultados también redundaron en un aumento de los conocimientos y una mejora de las actitudes hacia el VIH.

Finalmente, desde otros trabajos se ha realizado una revisión de los principales programas de prevención de SIDA aplicados a adolescentes escolarizados que se realizaron entre 1990 y 1997 en España. Esta evaluación se realizó siguiendo cuatro criterios destacados (Fernández et al., 1999):

- Información, actitudes y habilidades desarrolladas.
- Persona que aplica el programa.
- Metodología utilizada.
- Número de sesiones en la aplicación.

En cuanto a la metodología empleada, los programas utilizaban, en su mayoría, un planteamiento didáctico, incluyendo módulos de conocimientos y actitudes. Sin embargo, tras la evaluación se concluyó que únicamente el 57% contenía entrenamientos en habilidades específicas para la prevención de las conductas de riesgo. Se destaca la necesidad de realizar intervenciones más novedosas que aborden el entrenamiento en este tipo de habilidades, que amplíen el número de sesiones y que se apliquen desde una óptica de cambio conductual, haciendo seguimientos sobre la evaluación de su efectividad (Fernández et al., 1999).

En relación a la novedad en las intervenciones, algunos trabajos como el de Bimbela y Maroto (2003) han fomentado las aplicaciones de tipo cualitativo con el fin de analizar el discurso de los jóvenes acerca de temas relacionados con su sexualidad y la prevención del VIH/SIDA por vía sexual. Los resultados de estos estudios aportan información útil para posteriores intervenciones, haciendo énfasis en la distinción que se hace necesaria para los adolescentes entre los métodos anticonceptivos y los métodos para prevenir el VIH/SIDA. Además, se han de fomentar las habilidades para una comunicación asertiva con la pareja y la negociación, ampliar el trabajo con el grupo de iguales y modificar los programas preventivos permitiendo una mayor participación de los adolescentes a la vez que se respeta y preserva su intimidad.

Algunas conclusiones que se extraen de lo anterior es la necesidad de mayores esfuerzos de investigación. Estos esfuerzos han de acentuar las evaluaciones y la aplicación de programas, de manera que no se muevan únicamente en el nivel de los conocimientos y la información, sino que se trabajen con las actitudes, los valores y las creencias de los adolescentes como relevantes. Las variables de susceptibilidad, autoeficacia, intención de conducta o influencia normativa, que se saben responsables

de muchas conductas de riesgo, han de ser también abordadas. Además, se reclama la necesidad de mayores seguimientos de evaluación a largo plazo para conocer los efectos logrados a través de estudios longitudinales.

Por último, destacar que aunque han sido muchas las controversias acerca de los programas preventivos y la posibilidad de que éstos tengan efectos en la iniciación sexual, se ha constatado que no existen diferencias en el número de adolescentes sexualmente activos tras la intervención, logrando sin embargo efectos beneficiosos de tipo preventivo (Díez et al., 2000; Feigenbaum, Weinstein y Rosen, 1995).

10. MARKETING SOCIAL Y PERSUASIÓN PUBLICITARIA

El Marketing Social es un término que fue acuñado en 1971 para hacer referencia al uso de las estrategias de marketing aplicadas a las causas sociales. Este término ha sido empleado para el diseño, promoción y puesta en práctica de una variedad de conductas de salud (Kotler y Roberto, 1989; Kotler y Zaltman, 1971; Palmer et al., 2006). Como elemento principal está la idea de intentar persuadir a una audiencia determinada acerca de cambios actitudinales y conductuales relacionados con su bienestar personal (Vega y Roland, 2005). Aunque tiene sus inicios y primeras aplicaciones alrededor de 1960, adquirió su madurez en la década de los años 90 (Andreasen, 2002, 2003). Desde sus inicios, la aplicación de esta disciplina en el cumplimiento de objetivos de la salud pública ha experimentado una gran expansión (Pirani y Reizes, 2005).

Entre las primeras definiciones de Marketing Social, está la proporcionada por Kotler y Zaltman (1971). Según estos autores con este término se hace alusión al diseño, implementación y control de programas pensados para influir en la aceptación de ideas sociales e implicando consideraciones de planificación del producto, precio, comunicación, distribución e investigación de marketing. Posteriores definiciones se refieren a este término como “la comunicación humana diseñada para influenciar a otros a través de la modificación de sus creencias, valores o actitudes (Simons, 1986, p.21)” o bien el uso de técnicas orientadas al “cambio social voluntario” (Martín Armario, 1993, p. 642). Por su parte, Santesmases (1995), lo entiende como:

Una parte o aspecto del marketing no empresarial que persigue estimular y facilitar la aceptación de ideas o comportamientos sociales que son considerados beneficiosos para la sociedad en general (el ahorro familiar, la higiene dental, el

mantenimiento y la difusión de la cultura, la protección del medio ambiente...) o, por el contrario, trata de frenar o desincentivar aquellas otras ideas o comportamientos que se juzgan perjudiciales (el consumo de drogas, tabaco y alcohol, la conducción temeraria de automóviles...) (p. 29).

En este punto es importante hacer hincapié en la relación que se establece entre el Marketing Social y el Marketing Comercial, como disciplinas dentro de la categoría general de marketing. De esta manera posteriores definiciones han comparado ambos conceptos, tal y como pone de manifiesto Fine (1992) aludiendo al Marketing Social como la aplicación de los principios del Marketing Comercial, pero en este caso enfocados a crear una demanda de productos sociales. Por su parte, Smith (2000), lo describe como un proceso para influir en la conducta humana a gran escala, usando los principios del Marketing Comercial pero con el propósito principal de beneficiar a la sociedad, más allá de lograr un beneficio o ganancia comercial. Así también lo entienden Kotler, Roberto y Lee (2002), que lo definen como el uso de los principios y las técnicas del marketing, que persigue influir en una audiencia para voluntariamente aceptar, rechazar, modificar o abandonar una conducta que beneficie a los individuos, grupos o a la sociedad al completo.

Dentro del Marketing Social las campañas de comunicación y anuncios publicitarios de conciencia social acerca de una idea determinada adquieren una gran importancia (Reichert, Heckler y Jackson, 2001). Así, se ha señalado que la meta de dichas campañas es cambiar una conducta determinada a través de la influencia en las conductas de salud de la población. Lo anterior se logra mediante la aplicación de unos principios teóricos, tal y como ocurre con el Marketing Comercial, que persigue alterar las percepciones de beneficios y barreras para influenciar directamente sobre las conductas de la población. De esta manera, de acuerdo con algunos autores, lo anterior se haría de forma resumida siguiendo los pasos siguientes (Shive y Neyman, 2006; Vega y Roland, 2005):

- *Planning*, estrategia de marketing social y selección de la audiencia.
- Diseño del producto y selección de los canales de comunicación.
- Pre-evaluación a la implementación del programa.
- Implementación del programa.
- Evaluación de la eficacia, impacto e incidencia que el mismo ha logrado.

- Retroalimentación de los resultados obtenidos para una mejora de posteriores intervenciones.

Es importante destacar a través de las definiciones dadas de Marketing Social, la importancia de, por un lado, incrementar la aceptación de una idea beneficiosa para la sociedad, pero junto a lo anterior, enfatizar la necesidad de un cambio de conducta. Esto es debido a que a través de la aceptación de una idea social, sin inducción de un cambio en la acción, no se habría logrado un éxito con la campaña en sí (Andreasen, 2002).

Al igual que ocurre con las campañas que se elaboran bajo la óptica del Marketing Comercial, tal y como se ha puesto de manifiesto en las definiciones proporcionadas, el Marketing Social también pretende persuadir. Sin embargo, en este caso la persuasión es la adopción de ideas, actitudes o comportamientos que se consideran adecuados para la sociedad, así como la prevención de conductas insalubres, esto es, con fines no comerciales. De esta manera se persigue como objetivo la modificación de opiniones, actitudes y comportamientos y la adhesión a una idea, causa o práctica social por parte de un grupo o grupos que son considerados objetivo prioritario para las acciones desplegadas bajo dichas campañas. El Siglo XX y más concretamente, su segunda mitad, ha sido un importante momento temporal para el despliegue de los medios de comunicación como agentes sociales y persuasivos que influyen de forma significativa en la opinión pública, logrando la formación de unos valores determinados (McGuire, 1985).

10.1. PERSUASIÓN

La persuasión, como una de las habilidades implicadas en la filosofía de los medios de comunicación, ha sido entendida desde los primeros estudios como cualquier cambio que ocurre en las actitudes de las personas a consecuencia de su exposición a la comunicación (Petty y Cacioppo, 1986), siendo, además, dicha comunicación diseñada y ejecutada para ese fin (Briñol et al., 2001). Por su parte, las actitudes han sido definidas como, la predisposición aprendida para responder de una manera consistentemente favorable o desfavorable hacia un objeto determinado (Fishbein y Azjen, 1975). Definiciones más actuales recogen que por persuasión se entiende el proceso por el que dichas actitudes cambian, generalmente debido a la presentación de un mensaje que contiene argumentos a favor o en contra de una persona, objeto o temas

para los que las actitudes sean aplicables (Colman, 2006). Este concepto ha sido estudiado también en relación a la formación de la identidad de las personas, mostrando la importancia para determinados colectivos, así como la relación con los cambios de actitudes que se logren (Klandermans, Sabucedo y Rodríguez, 2002, 2004). La persuasión y el cambio de actitudes que conlleva se da en un marco de acción en el que intervienen los siguientes factores y agentes: el emisor del mensaje, el mensaje en sí, el receptor o la audiencia a la que va dirigida, el contexto y el canal de comunicación específico (Briñol et al., 2001). El cambio de actitudes en el proceso persuasivo ocurre bajo las coordenadas del componente afectivo (emociones que produce un mensaje determinado), el componente cognitivo (creencias y pensamientos elaborados acerca del mensaje) y el componente conductual (conductas y predisposición conductual generada por el mensaje). Por ello, las comunicaciones persuasivas tienen como objetivo dirigirse hacia dichos componentes de la actitud (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a, 2006b; Briñol et al., 2001).

Las campañas publicitarias sobre VIH/SIDA constituyen una medida de concienciación de la sociedad en torno a la prevención de la infección por VIH y por lo tanto se enmarcan dentro de las directrices del Marketing Social. Este tipo de publicidad es la que ha de ser considerada en el marco que ocupa el presente estudio. Además, en las campañas publicitarias de prevención que son llevadas a cabo en relación con la epidemia del SIDA, sin duda, el conocimiento del impacto alcanzado por las mismas tendrá un gran valor. Esta evaluación ha de hacerse considerando las dimensiones que ya han sido destacadas en el estudio de la influencia de la publicidad, es decir, los aspectos afectivos, cognitivos y conductuales (Beerli y Martín, 1999; Bretón-López y Buela-Casal, 2006a, 2006b; Briñol et al., 2001).

De la misma manera que el Marketing Comercial sigue unos principios y modelos teóricos para ejercer la máxima influencia y persuasión en la audiencia a la que van destinadas sus campañas, el Marketing Social ha adoptado una formulación teórica en el diseño de su publicidad que le permita alcanzar la mayor cobertura e impacto posible. Dentro de las teorías que han postulado acerca del proceso de la persuasión, dos grandes enfoques clásicos han fundamentado buena parte de la investigación al respecto. Por un lado, las teorías del aprendizaje y por otro lado el enfoque de las respuestas cognitivas. Las teorías del aprendizaje en el ámbito de la persuasión tienen como postulado fundamental que el aprendizaje del mensaje es prioritario en el cambio de actitudes o persuasión (Bandura, 1977, 1991; Bandura y Adams, 1977; Bandura,

Blanchard y Ritter, 1969). En su estrecha relación con el modelo estímulo-respuesta, el receptor del mensaje adopta un papel pasivo, sin aportación alguna y únicamente viéndose inmerso en un proceso de exposición al mensaje, para su posterior aceptación y respuesta positiva al mismo (Deighton, Henderson y Neslin, 1994; Tellis, 1988).

Por otro lado, el enfoque de las respuestas cognitivas proporciona un papel muy activo a la audiencia, como generadora de juicios, pensamientos y sentimientos durante y tras la recepción de la comunicación (Greenwald, 1968; Petty, Ostrom y Broca, 1981). Así, la persuasión dependerá de la manera en la que el receptor interprete y responda a los elementos o variables de la situación persuasiva (Briñol et al., 2001). Otras formulaciones teóricas y modelos se han sumado a lo anterior y han destacado el papel de la emoción y de la predisposición conductual como determinantes de la persuasión que logren las campañas, de manera que se ha venido a completar el eje afecto-cognición-conducta y su relevancia en cuanto al impacto persuasivo que logre la publicidad.

Se destacan a continuación los principales modelos y teorías que explican la importancia de los componentes cognitivo, afectivo y de predisposición conductual, en los cambios actitudinales y de conducta como objetivo último de las campañas de Marketing Social.

10.2. LA PERSUASIÓN Y LA RELEVANCIA DE LOS ASPECTOS COGNITIVOS: MODELO DE PROBABILIDAD DE ELABORACIÓN

En relación a los efectos logrados por la publicidad, desde los Modelos Cognitivos se ha otorgado una gran importancia al papel activo de la audiencia y al modo en el que procesa la información que es recibida. Dicho procesamiento puede determinar el impacto que alcance un mensaje determinado, ejerciendo a su vez una influencia en la aceptación del mismo, así como en la conducta que se ponga en práctica (Wright, 1973).

Entre los modelos que han prestado una gran importancia a la cognición como determinante de la influencia persuasiva está el Modelo de Probabilidad de Elaboración de Petty y Cacioppo (1981, 1986), que ha sido propuesto como un importante marco de referencia conceptual y teórico para explicar la complejidad del cambio de actitudes (Benoit y Smythe, 2003; Zhang y Watts, 2004).

El modelo propone la existencia de dos rutas por las que puede ocurrir un cambio de actitudes en el proceso de la persuasión. Estas son la ruta central y la ruta periférica. El procesamiento por una u otra dependerá del grado de elaboración de la información recibida en el mensaje publicitario, lo que tendrá una serie de consecuencias en el cambio de actitudes ocurrido en el proceso persuasivo. Por elaboración, desde el modelo, se entienden los pensamientos elaborados acerca del mensaje transmitido. La ruta central supone una alta elaboración del mensaje que es atendido, generando respuestas cognitivas al mismo y la integración de los pensamientos generados en la estructura de actitudes de la persona. Frente a esto, la ruta periférica, que representa un proceso en el que la elaboración del mensaje es baja, supone la utilización de heurísticos y aspectos periféricos al mensaje, entre los que, por ejemplo, la credibilidad de la fuente o el atractivo de la misma puede tener un papel relevante. En consecuencia, las evaluaciones que se realizan en muchas ocasiones para determinar la ruta que se ha seguido tras la recepción de una información determinada, hacen referencia a listar los pensamientos generados una vez que el mensaje ha sido atendido. Además de la importancia de los pensamientos generados por el mensaje, el modelo también defiende la relevancia de atender a la valencia de los pensamientos en sí para lograr la persuasión. Así, los pensamientos pueden ser favorables y en la dirección del contenido del mensaje transmitido, o bien desfavorables y en una dirección contraria al contenido del mismo. Una activación de pensamientos positivos a favor de la comunicación propuesta supondrá un éxito en el cambio de actitudes y un logro en la persuasión, con las implicaciones que esto tiene a nivel conductual (Briñol, Petty y Tormala, 2004; Morris et al., 2005; Petty, Briñol y Tormala, 2002; Rucker y Petty, 2006).

Es importante tener conciencia de las variables que afectan a ambas rutas (Areni, 2003; Rucker y Petty, 2006). Así, la elaboración por una ruta central o periférica estará determinada por la motivación y la habilidad del receptor del mensaje (Morris et al., 2005; Rucker y Petty, 2006). En cuanto a la motivación, se entiende que el consumidor quiera evaluar los méritos y beneficios reales del mensaje publicitado. Por habilidad se entiende que el consumidor realmente pueda hacer dicha evaluación. De esta manera, una alta motivación y una alta habilidad serán necesarias para que se produzca una mayor elaboración del mensaje y por lo tanto ésta siga la ruta central. Frente a lo anterior, una baja motivación y una baja habilidad supondrán una gran probabilidad de

que exista una menor elaboración del mensaje y que éste siga una ruta periférica, haciendo uso de algunos de los heurísticos ya comentados (Scholten, 1996).

A su vez, tanto la habilidad como la motivación estarán determinadas por distintos factores, que afectarán la ruta que se siga y la consecuente persuasión lograda por el mensaje. La habilidad se verá limitada a la complejidad de la información que es recibida, así como a las experiencias previas en cuanto al manejo de una información publicitada y los esquemas cognitivos de una audiencia determinada. Por ello, es muy importante el contenido de la información que se transmita en función de la habilidad que se presuponga de la audiencia en cuanto a una diversidad de temas. En el caso de la motivación estará afectada por factores como la relevancia del mensaje para el receptor, de manera que el contenido de mayor relevancia supondrá una mayor motivación para elaborar argumentos en relación al mensaje recibido. Junto al anterior, las fuentes de emisión de los mensajes y la cantidad de argumentos emitidos tienen un valor importante para la consecución de una motivación mayor. De esta manera, los mensajes que son emitidos desde distintas fuentes y con una mayor cantidad de argumentos potencian la motivación del receptor y la probabilidad de seguir una ruta central y una mayor elaboración del mensaje. Por último, y en cuanto a otros factores que afectan a la motivación, la “necesidad de cognición” ha sido destacada como una variable de interés. Con esto se refiere a la tendencia de algunas personas a disfrutar con tareas que requieren elaboración de pensamientos en relación a determinada información recibida. De esta manera, aquellas personas con mayor “necesidad de cognición” tendrán una mayor motivación para la elaboración de los mensajes y serán más influenciados por aspectos como la calidad de los argumentos, siguiendo una ruta central *versus* periférica (Morris et al., 2005; O’Keefe, 1990; Rucker y Petty, 2006).

De acuerdo con los fundamentos del modelo de probabilidad de elaboración, las consecuencias de seguir un procesamiento más o menos elaborado estarán en la persistencia del cambio de actitudes generado. Por ello, en el caso de la ruta central, se tratará de un cambio de actitudes más persistente, más resistente a una contra-persuasión y más predictivo de la conducta que un cambio generado por la ruta periférica, así como con mayor probabilidad de influir en otras conductas similares (Rucker y Petty, 2006; Scholten, 1996). El carácter de la conducta objetivo que desea ser modificada, determinará el diseño de la campaña que se implemente. En el caso que ocupa la presente investigación, esto es la adopción de conductas saludables en relación

a la prevención del VIH/SIDA, significará que lo deseable es que la conducta nueva sea lo más persistente posible en el tiempo, si no definitiva.

El trabajo de Rucker y Petty (2006) enfatiza la importancia de aplicar el Modelo de Probabilidad de Elaboración descrito en la creación de campañas publicitarias preventivas y de promoción de la salud que sean eficaces. La importancia de este modelo y su aplicabilidad en cuanto al Marketing Social ya ha sido puesto de manifiesto en algunos estudios (Agostinelli y Grube, 2002). Entre ellos, las campañas de prevención de conductas sexuales de riesgo e infección por VIH/SIDA han sido estudiadas en relación a dicho modelo, demostrando su poder explicativo (Dinoff y Kowalski, 1999).

La utilidad última de la aplicabilidad del modelo está en propiciar, a través de sus bases teóricas, una elaboración más eficaz de la publicidad preventiva, logrando que sean persuasivas, así como explicar los procesos que se producen en el fenómeno de la influencia y persuasión publicitaria. En concreto, en relación al trabajo presentado por Rucker y Petty (2006), se detallan una serie de pasos que conviene seguir para diseñar una comunicación efectiva, con fundamento en el Modelo de Probabilidad de Elaboración:

- En primer lugar, se considera importante estudiar si la audiencia está dispuesta a evaluar la información desde un punto de vista más central o por el contrario pretender hacer un escrutinio de la misma en un sentido más periférico, lo que nos permitirá conocer la ruta que seguirá en la elaboración de la información, con las características que ello conlleva.

- En segundo lugar, una evaluación de las características del mensaje (según propicie una elaboración más periférica o por el contrario central) se hace necesaria. Además, en la medida de lo posible, se requiere un diseño apropiado del mensaje de acuerdo con el nivel de elaboración de la audiencia (resaltado en el punto anterior), lo que le permitirá ser más persuasivo.

- En tercer lugar, los autores proponen la importancia de dejar claro cuál es el objetivo del mensaje, bien un cambio actitudinal y conductual más estable y duradero o bien hacer un cambio que se considere temporal. Lo anterior estará influenciado por el nivel de elaboración que se haga del mensaje, de manera que una elaboración por la ruta central supondrá un cambio más permanente, frente a una elaboración por la ruta

periférica. Tal y como se ha destacado, acerca de las conductas relativas a la prevención de VIH/SIDA se espera que el cambio que se produzca tenga un carácter permanente.

- Con la información anterior, y en cuarto lugar, se hace necesario evaluar si de acuerdo con el nivel de probabilidad de elaboración de la audiencia, con las características contenidas en el mensaje y con los objetivos que se pretenden a través del mismo, existe un ajuste entre todos esos factores que ofrezcan más garantías en cuanto a la persuasión lograda, de manera que se produzca el cambio de actitudes y conductual deseado.

- Por último, los desajustes en estos elementos que son considerados importantes para la comunicación persuasiva merecen una reevaluación de los mismos para maximizar la persuasión.

De acuerdo con los fundamentos anteriores, se proponen algunas explicaciones de por qué, a pesar de que en ocasiones los mensajes de comunicación en relación a la salud contienen argumentos fuertes, las campañas fallan y resultan ser ineficaces:

- Los argumentos pueden no ser lo suficientemente fuertes y que la audiencia a la que van dirigidos genere contra-argumentos. Lo anterior puede ocurrir por una falta de similitud entre la audiencia pensada a la que van destinados los mensajes y las características reales de la audiencia a la que finalmente se dirigieron (Rucker y Petty, 2006).

- Puede existir una falta en la habilidad y en la motivación de la audiencia para realizar un esfuerzo cognitivo, una elaboración del mensaje así como la generación de argumentos favorables al mismo. La audiencia con una baja motivación y baja habilidad para esta elaboración es posible que atienda más a las claves periféricas del mensaje, que por otro lado pueden no ser el aspecto más importante de dicho mensaje. De ahí que el cambio actitudinal generado pueda resultar más efímero, menos resistente y menos impactante en la conducta, frente a aquellos que son logrados a través de la ruta central (Rucker y Petty, 2006).

- Determinados mensajes, aunque contengan argumentos fuertes pueden reflejar posiciones muy extremas. Si a lo anterior se le suman unas actitudes previas por parte del receptor, la respuesta se puede basar en una contra-argumentación, no logrando los efectos persuasivos deseados. Este aspecto es importante que sea considerado en la política de elaboración de campañas publicitarias, de manera que se evite esta reactancia

cuando los mensajes y los argumentos que se contienen en los mismos son muy extremos (Rucker y Petty, 2006).

- Aún cuando se generan pensamientos favorables en relación a un mensaje recibido, es importante atender a otros factores que pueden estar ejerciendo influencia en el valor que adquieran esos pensamientos generados. De esta manera, se resalta la confianza que posea la persona en los pensamientos que autogenera (Briñol et al., 2004; Petty et al., 2002).

A pesar de la utilidad descriptiva que ha mostrado el modelo en cuanto a la influencia de los aspectos cognitivos y la elaboración de pensamientos en el proceso de la persuasión, han sido detectadas una serie de limitaciones que no permiten una explicación al completo del proceso. Se ha destacado de una forma enfática la necesidad de incorporar otros factores que están ejerciendo influencia en la persuasión que se logre. Esto es la importancia de no sólo considerar la elaboración cognitiva que se haga del mensaje como protagonista en la persuasión lograda, sino la influencia de los elementos afectivos en la explicación del impacto de la publicidad. Al respecto, se han realizado diversos estudios y se han propuesto formulaciones teóricas que se recogen a continuación.

10.3. LA PERSUASIÓN Y LA RELEVANCIA DE LOS ASPECTOS AFECTIVOS: PRINCIPALES FORMULACIONES TEÓRICAS

Recientes trabajos han resaltado la importancia de no considerar únicamente los elementos cognitivos como relevantes para lograr una persuasión por la ruta central (a través de una mayor elaboración de pensamientos favorables al contenido del mensaje), sino que se ha resaltado el papel del afecto como un elemento que también ejerce una función destacada en la persuasión lograda (Jorgensen, 1998; Miles, 2006; Morris et al., 2005; Stephenson et al., 2001). Así se ha puesto de manifiesto al medir las respuestas emocionales y afectivas de los receptores de los mensajes publicitarios, por lo que se confirma la necesidad de que desde el Modelo de Probabilidad de Elaboración se le conceda un mayor papel al afecto y a las emociones y a su relación con la persuasión, el cambio de actitudes y la intención conductual. De esta manera, el afecto generado por los mensajes pueden tener un papel importante en la elaboración que se produzca del mismo y *por ende* en la influencia persuasiva que logre (Rucker y Petty, 2006). Los

modelos que apuestan por esta idea resaltan que generar afecto en la audiencia tiene implicaciones directas en su conducta, de manera que, al igual que la cognición, el afecto también tiene un valor importante en el proceso persuasivo. Al respecto ha existido un importante debate que se recoge a continuación.

El estudio presentado por Albarracín y Tarcán (2003) estudió la influencia del afecto en los cambios actitudinales que se producen, determinando que tiene un papel muy relevante en las actitudes de las personas acerca del mensaje que es comunicado. En concreto, la forma en que este afecto estaba ejerciendo influencia se basaba en la consecución de actitudes más favorables al mensaje cuando dicho mensaje genera un afecto y un humor positivo, frente al caso en que genere un afecto y humor negativo, tal y como ya han puesto de manifiesto trabajos previos (Albarracín y Wyer, 2001). Además, la influencia del afecto no se limita únicamente a las evaluaciones y a la generación de actitudes, sino que también puede ejercer influencia en la conducta en sí.

A su vez, lo anterior puede estar determinado por el estado afectivo previo del receptor del mensaje, más allá de las reacciones afectivas que la información contenida en el mensaje produzca. Así, hay más probabilidad de generar pensamientos favorables cuando los receptores están en un buen humor que cuando los receptores están de mal humor (DeSteno, Petty, Rucker, Wegener y Braverman, 2004). Dichos estados emocionales y afectivos pueden tener una influencia importante en los pensamientos que se generan tras recibir la información. De esta manera, estados emocionales positivos incrementan la confianza en los pensamientos generados, de manera que las actitudes se vuelven más positivas y aumenta la persuasión (Briñol, Petty y Barden, 2006). Esto puede ocurrir por un proceso de transferencia, asociación con las emociones y congruencia en la accesibilidad a pensamientos más favorables en relación al mensaje en cuestión, de manera que se aumenta la capacidad de persuasión percibida del mismo (Cesario, Grant y Higgins, 2004; Mano, 1997). De igual manera y por un procedimiento de condicionamiento clásico, se puede producir una asociación del afecto generado con el contenido del mensaje (Mano, 1997).

El estudio del afecto y su influencia en el proceso persuasivo ha sido enfocado desde diferentes perspectivas y formulaciones teóricas. Estas teorías pretenden estudiar el papel que juega en la persuasión y sus relaciones con el componente cognitivo. Algunas de las hipótesis más tradicionales que se han mantenido son:

- *Cognitive Capacity View* (Mackie y Worth, 1989). Esta perspectiva defiende que los estados afectivos positivos influyen en la capacidad de procesamiento de la información de las personas. De esta manera, el humor positivo activa una serie de pensamientos y estos pensamientos ocupan capacidad atencional favorable a la persuasión.
- *The Hedonic Contingency View* (Wegener, Petty y Smith, 1995). Se presenta a favor de la generación de un afecto positivo para una mayor influencia persuasiva. Esta perspectiva propone como idea principal la importancia de generar un afecto positivo para así potenciar un mayor disfrute en la elaboración cognitiva que se haga de la información que se reciba y en consecuencia se logre una mayor persuasión.
- *Feeling As Information Framework* o *Mood as Information Theory* (Bohner y Apostolidou, 2001; Schwarz, 1990). Estos modelos destacan la importancia que juegan las emociones generadas en las personas a la hora de hacer un juicio o una valoración determinada. En concreto, explican que la influencia del afecto funciona de manera que lograr un humor positivo conduce a que las tareas de procesamiento cognitivo se simplifiquen y que no se requiera de la existencia de argumentos tan fuertes para lograr una persuasión de la campaña. Además, el humor positivo generado por una información determinada hará que se entienda la información desde un punto de vista seguro y con confianza, con la posibilidad de que se produzca así una mayor persuasión. Desde estas perspectivas se defiende que el afecto puede funcionar a modo de heurístico para determinar la influencia y la persuasión en un momento dado. Los “sentimientos buenos” informarán al individuo de una situación segura y tranquila, que influirá en la persuasión lograda y por extensión favorecerá la aceptación de la información recibida. Por el contrario, los “sentimientos malos” señalarán al individuo la necesidad de reevaluar mejor la información recibida dificultando en cierta medida la aceptación de la misma. Lo anterior ocurrirá siempre y cuando dicho afecto generado sea atribuido a la información contenida en el mensaje (Schwarz, Bless y Bohner, 1991).
- *Goal Relevant Emotional Information Hypothesis* (Bosmans y Baumgartner, 2005; Petty, Schumann, Richman y Strathman, 1993). Esta teoría destaca, junto con los aspectos emocionales, la importancia de la concordancia entre la información contenida en los mensajes y los propósitos de la audiencia. En concreto, se destaca la importancia de la conexión entre las emociones y los objetivos de las personas,

de manera que aquella información que apela a los objetivos personales de la audiencia generará unas emociones más positivas y conseguirá aumentar, en la línea de las teorías anteriores, la persuasión lograda.

En estas teorías se ha destacado el papel de las emociones y su relación con la eficacia con que se alcance la persuasión. Distintos trabajos han resaltado la importancia de la consideración de los factores emocionales en la persuasión publicitaria de las campañas de Marketing Social (Buck, Anderson, Chaudhuri y Ray, 2004; Price y Peck, 2000, 2001). Respecto al trabajo de Price y Peck (2001) se extraen una serie de conclusiones prácticas para el proceso de la persuasión y su relación con las emociones. Se destaca que es importante prestar atención a las emociones generadas en los anuncios de concienciación pública, debido a que se generan una variedad de emociones que pueden tener relación con los efectos persuasivos y la eficacia. Además, en el estudio se recoge que se requiere mayor investigación no sólo en relación a la importancia de las emociones positivas o negativas, sino al *arousal* y la activación generada en relación a las mismas (Price y Peck, 2001). En el estudio realizado por Buck et al. (2004), se enfatiza la importancia de la consideración de los factores emocionales en campañas específicas en las que se promueven conductas sexuales seguras y de prevención de riesgos asociados a la sexualidad. Se destaca el relevante papel que dichas emociones tienen en la formación de las actitudes y su mantenimiento.

A pesar de que en los trabajos y modelos teóricos presentados hay consenso acerca de la importancia de una implicación emocional positiva para la persuasión y en concreto en el marco de las campañas de Marketing Social, es necesario seguir avanzado en los estudios que analizan estas relaciones. Estos estudios se beneficiarían con una integración de otras perspectivas que han teorizado sobre las emociones para así plantear la complejidad de las relaciones afecto-persuasión bajo los ejes teóricos de las teorías de la emoción. Por ello, en los trabajos de Mano (1997) y Price y Peck (2001) se defiende la importancia de evaluar otras dimensiones tales como el *arousal*, que pueden proporcionar más conocimiento a las relaciones entre emociones y persuasión.

Además de lo anterior, para un conocimiento más completo del papel de los estados afectivos, es relevante conocer las actitudes de la audiencia que recibirá la comunicación. De fondo está la importancia de prestar atención a las diferencias individuales y personales para lograr aumentar la persuasión (Fabrigar y Petty, 1999).

Por último, y para completar el eje que se ha destacado con anterioridad (afecto, cognición y conducta) se hace necesario considerar la predisposición a asumir el cambio actitudinal y conductual. Lo anterior tiene un importante fundamento teórico desde la Psicología y se recoge a continuación.

10.4. LA PERSUASIÓN Y LA RELEVANCIA DE LA PREDISPOSICIÓN CONDUCTUAL: TEORÍAS DE LA ACCIÓN RAZONADA Y DE LA CONDUCTA PLANEADA

El estudio de la comunicación persuasiva alcanza gran interés en las tres dimensiones ya señaladas (afecto, cognición e intención de conducta). Los fundamentos teóricos más destacados de la cognición y del afecto han sido ya descritos, por lo que es ahora el momento de resaltar cuáles son los modelos que han concedido importancia a los aspectos conductuales en la determinación del efecto e impacto que han alcanzado las campañas publicitarias y en concreto aquellas que promocionan conductas de salud.

Varios estudios han destacado la importancia de la Teoría de la Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1973) y la posterior Teoría de la Conducta Planeada de Ajzen (1991) para explicar, predecir y comprender distintos comportamientos de salud (Armitage y Conner, 2001; Godin y Kok, 1996; Jones et al., 2004). Para ambas teorías la intención de conducta es un factor central en su formulación teórica y proponen como pilar básico que este es el determinante anterior a la futura conducta. Así, la mejor forma de predecir la conducta es evaluar la intención de llevarla a cabo. A lo anterior, se le suma la importancia del factor motivacional, la voluntad de la persona y el esfuerzo que realice. Los tres componentes más importantes que conforman la formulación teórica de dichos modelos son:

- Las actitudes. Se refieren a la evaluación favorable/positiva o desfavorable/negativa de la conducta en sí, así como de las consecuencias de llevar a cabo esa conducta (Ajzen, 2002).
- Las normas subjetivas. Reflejan la presión social percibida para poner en práctica o no la conducta, las expectativas de los demás y la aprobación o desaprobación de otras personas significativas en relación a la conducta que se promociona (Ajzen, 2002).

- El control conductual percibido. Recoge la percepción de la persona ante la facilidad o dificultad para ejecutar la conducta, junto con los recursos y oportunidades disponibles para que una persona la lleve a cabo. A su vez, este control conductual se divide en la autoeficacia (facilidad o dificultad percibida de la conducta) y controlabilidad (referida a si la conducta es posible bajo el control del individuo). Este factor ha sido añadido con posterioridad a la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973), conformando la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991).

El interés por evaluar el poder predictivo de las variables que los modelos consideran importante en cuanto a las conductas de salud ha llevado a la realización de trabajos de metaanálisis. Es el caso del estudio realizado por Boer y Mashamba (2005) en el que se recogió un total de 161 trabajos para determinar la eficacia de la Teoría de la Conducta Planeada en la predicción de la intención de poner en práctica conductas de salud. El porcentaje de varianza que explicaban las variables consideradas en este modelo en la predicción de las conductas era de un 39%. En concreto, era el control conductual percibido el factor del modelo que influía más directamente en la predicción de la conducta. Además, a través del metaanálisis se encontraron relaciones positivas entre los componentes del modelo, esto es, entre las actitudes, las normas subjetivas y el control conductual percibido, que correlacionaban a su vez con la intención conductual. Correlacionaron también la intención conductual y la conducta en sí, como elemento fundamental de dicha teoría. Por último, resaltar que las normas subjetivas aparecieron como el componente más débil en la predicción de la intención de conducta. Sin embargo, este dato podría estar asociado a los instrumentos de medida empleados, tal y como resaltan los autores. Por ello, se recomienda un estudio más exhaustivo de la variable normas subjetivas dentro del modelo, así como una conceptualización alternativa de la misma, que considere la existencia de distintas normas (valores personales, descriptivas,...) (Boer y Mashamba. 2005).

En el estudio de Albarracín, Johnson, Fishbein y Muellerleile (2001) se evalúa el poder predictivo de la Teoría de la Acción Razonada y la Teoría de la Conducta Planeada en relación al uso del preservativo, como conducta preventiva de la infección por VIH/SIDA. La intención de uso del preservativo correlacionó tanto con las actitudes como con las normas subjetivas. Además, el control conductual percibido se relacionaba con la intención de uso y con el uso del preservativo en sí. Por último, y como elemento

básico de ambas teorías, se encontraron correlaciones entre la intención de conducta y el uso del preservativo, por lo que los autores concluyen que estas teorías son buenas predictoras de la conducta sexual segura. Otros estudios con semejantes características han concluido resultados similares, destacando el valor de las normas subjetivas como relevantes a la hora de llevar a cabo conductas de salud, así como de las restantes variables predictoras del modelo, esto es, las actitudes y el control conductual percibido (Armitage y Conner, 2001).

Los modelos descritos también han mostrado utilidad para evaluar la eficacia de campañas publicitarias enmarcadas en el Marketing Social (Armitage y Connor, 2001; Blue, Wilbur y Marston-Scott, 2001; Lowe, Eves y Carroll, 2002). Por ello, los estudios y los datos presentados ofrecen un modelo teórico adecuado que respalda la importancia del componente de intención conductual, en este caso, de forma más específica en relación a las conductas de salud. La utilidad última de trabajos de esta índole está en la elaboración de programas de intervención y preventivos a la luz de un marco teórico que sea capaz de predecir cuáles son las variables que están influyendo en la adopción de conductas seguras y en la prevención de conductas de riesgo. Sin embargo, además de la explicación que conceden algunas de estas perspectivas teóricas en cuanto a la persuasión, también adquieren una gran importancia diversas variables en relación a los factores implicados en el proceso de la comunicación, dentro del cual el canal de comunicación representa un papel muy relevante.

10.5. EL CANAL DE COMUNICACIÓN Y SU INFLUENCIA EN LA PERSUASIÓN PUBLICITARIA

En el proceso de la comunicación y la persuasión es importante no descuidar aspectos de suma importancia y que también aportan claridad al fenómeno de la influencia mediática. Este es el caso de los diferentes canales de comunicación, medios o modalidad de la información en cuestión.

El canal de comunicación, como un componente importante, presenta una variedad de formatos que se recogen a continuación. Este canal varía desde un contacto de tipo personal hasta otros relativos a medios de comunicación de masas como pueden ser la radio, prensa escrita y televisión. Muchos expertos coinciden en que la comunicación “cara a cara”, la comunicación directa, resulta mucho más efectiva que la ocurrida a través de los medios de comunicación (Briñol et al., 2001). Sin embargo, no

hay que dejar de lado el amplio alcance que tienen los *mass media* y su gran influencia persuasiva, que justifican de algún modo la amplia inversión que se realiza para su uso y puesta en práctica.

Es importante revisar algunos datos acerca de los procesos que se dan en la persuasión según el canal de comunicación que se use. El formato empleado para las campañas influye y hay evidencias a favor de un efecto diferencial en el procesamiento de la información y en la conducta del consumidor de acuerdo con el canal de comunicación en cuestión. Uno de los aspectos que diferencia los distintos canales empleados es la estimulación sensorial que se logra a través de ellos. De acuerdo con esto, la televisión tendrá un mayor efecto sensorial y permitirá de una forma más intensa la estimulación cognitiva. Sin embargo, también se ha puesto de manifiesto que para la retención de la información y memoria de los mensajes, es la prensa escrita la que logra un efecto superior. Lo anterior ha sido explicado por el mayor control que poseen los medios impresos sobre otros, como la televisión o la radio (Dijkstra et al., 2005; Franke et al., 2004; Huyn et al., 2006). Este control se refiere a la habilidad de la audiencia para seleccionar partes específicas del mensaje al que quieren atender, así como la determinación de la cantidad de tiempo que quieren emplear en el procesamiento de la información y la frecuencia de exposición a la publicidad. En este caso, la publicidad emitida en televisión o a través de la radio tiene un control externo, no ocurriendo así con la publicidad impresa. Otros aspectos como la comprensión parece ser facilitada de forma general por los medios impresos, ante la posibilidad de que sea repasada la información contenida y el procesamiento de la misma ocurra de una forma más pausada (Briñol et al., 2001; León, 1992). En cuanto a la aceptación, se ha resaltado que mensajes con un formato más complejo la facilitarán, este es el caso de los canales de televisión. La consideración de otros aspectos como la motivación o la implicación del receptor del mensaje también han sido considerados relevantes a la hora de determinar qué canal de comunicación tendrá una mayor influencia en la aceptación del mensaje en cuestión (Briñol et al., 2001).

Estos factores han de ser tenidos en cuenta si la intención es un cambio actitudinal para decidir, de acuerdo con las características que posea la publicidad, cuál es el medio que favorece dicho cambio. Al respecto, Internet y la posibilidad de potenciar la “interactividad” con este medio ofrece un escenario más favorable, por lo que comprende un canal muy útil de transmisión de información publicitaria (Nysveen y Breivik, 2005). Por ello, no hay un consenso absoluto para afirmar qué medios o

canales de comunicación son los que logran una mayor persuasión, debido a que presentan características muy diferentes entre ellos, sin embargo se han sucedido los estudios para indagar esta cuestión (Beattie y Shovelton, 2005; Bronner et al., 2003; Bronner y Neijens, 2006; Dijkstra et al., 2005; Franke et al., 2004; Hyun et al., 2006; León, 1992; Norris y Colman, 1992; Nysveen y Breivik, 2005; Schoenbach y Lauf, 2002; Shavitt et al., 2004; Surgi y Elliott, 1997; Yiannaka, Giannakas y Tran, 2002). Algunos de ellos se describen a continuación.

La televisión, la radio y los medios de comunicación impresos han sido objetivo de diversos estudios como canales de comunicación más clásicos. En el trabajo de Yiannaka, Giannakas y Tran (2002) se realizó un estudio entre distintos canales de comunicación comparando la eficacia entre prensa escrita, televisión y radio. Se parte de la idea de las diferencias entre los medios de comunicación, conociendo que la naturaleza del mensaje que se transmite así como la cantidad de información que es transmitida variará dependiendo del canal de comunicación que es empleado. Así, determinados medios de comunicación impresos permiten transmitir más información que otros, como serían la publicidad en televisión o en radio. Los resultados mostraron la publicidad impresa como el medio de comunicación más eficaz y el que lograba índices más grandes en ventas.

En el estudio de Beattie y Shovelton (2005) se realizó una comparación entre los medios que utilizaban únicamente el lenguaje para transmitir información (la radio) frente a aquellos que utilizaban los iconos visuales para la transmisión (publicidad impresa) y finalmente aquellos que utilizaban ambos (la televisión). Estos últimos eran los que mostraban una mayor superioridad. Esta superioridad, de acuerdo con los autores, estaba en los iconos visuales y sonoros utilizados en la publicidad televisiva.

Resultados similares en cuanto a la superioridad de anuncios emitidos en televisión han sido puestos de manifiesto en otros estudios como el de Dijkstra et al. (2005). En este estudio se realizó una comparación entre distintos canales de comunicación. En concreto se compararon la publicidad emitida en televisión, en prensa escrita y a través de internet. Se evaluó la eficacia diferencial en los ejes considerados de interés para la persuasión publicitaria, esto es a nivel afectivo, cognitivo y sobre la conducta. Los resultados mostraron que la televisión tenía un impacto mayor, evocaba más atención y tenía más influencia sobre los elementos cognitivos de la persuasión, posiblemente debido a una mayor estimulación auditiva y visual frente a los demás medios. Esta superioridad no se observó para el caso de las respuestas afectivas o

conativas. Las campañas emitidas en prensa escrita y a través de internet tenían un efecto persuasivo similar. Se destaca, sin embargo, la importancia de emplear una combinación de medios para lograr una mayor eficacia persuasiva.

Un estudio de características parecidas al anterior fue el realizado por Nysveen y Breivik (2005) en el que se comparó la influencia de tres canales de comunicación en la persuasión publicitaria. Estos tres canales fueron la publicidad impresa (póster), la publicidad emitida a través de internet y la emitida por radio. En los resultados se recogió que la publicidad impresa y la emitida a través de internet resultaron ser más influyentes que aquella emitida a través de la radio.

De acuerdo con Shavitt et al. (2004), tal y como se planteaba al inicio del apartado, los medios de comunicación y los canales utilizados tienen relación con una persuasión diferencial. En cuanto a esto, en su estudio realizaron una encuesta con un total de 2.514 adultos para evaluar las actitudes hacia anuncios publicitarios de diversa índole, empleando diferentes canales de comunicación. La idea de partida del estudio es que las actitudes generadas por los anuncios dependerán en parte del medio de comunicación empleado para la transmisión de la información. Se evaluaron las actitudes hacia los anuncios como un buen predictor de la eficacia lograda por los mismos, de manera que conocer las actitudes resultantes implicará de alguna manera comprender su eficacia. Los canales de comunicación que generaron actitudes más positivas fueron los impresos, frente a los demás (televisión y radio), por tener un carácter menos intrusivo. Una segunda parte del estudio se centró en el papel de la memoria y el recuerdo de la información contenida en los mensajes según el medio de comunicación empleado. En este caso, tal y como han puesto de manifiesto otros estudios, la comunicación en prensa favorecía la memoria y el recuerdo de la información.

Se destaca, sin embargo, que cada medio es útil para particulares procesos de comunicación. Desde el estudio de Shavitt et al. (2004) se enfatiza la importancia de la publicidad menos intrusiva y de libre elección, por ejemplo la prensa escrita, como más favorable para la persuasión en relación a la venta de determinados productos y desde el punto de vista de un Marketing Comercial. Sin embargo, desde el punto de vista de las campañas de Marketing Social es muy posible que sea beneficiosa la comunicación a través de otros medios, así como mediante una combinación de ellos.

Algunos estudios han mostrado la utilidad y la mayor eficiencia de los medios de comunicación considerando la inclusión de distintos tipos de canales de comunicación

para las campañas publicitarias. Es importante tener en cuenta que la sociedad actual vive en un mundo de medios de comunicación simultáneos ofreciéndole información de forma continua. En las dos últimas décadas ha habido una creciente revolución e incremento de medios y canales de comunicación. Debido a que la mayoría de las campañas publicitarias que se emiten en la actualidad acerca de una temática determinadas son campañas multimedia, es muy importante que los estudios incluyan distintos canales de comunicación, así como que indaguen para determinar el efecto diferencial que logran en la audiencia (Bronner et al., 2003). En el estudio de Bronner y Neijens (2006) se estudió el efecto de ocho canales de comunicación en una muestra de audiencia alemana con un total de mil personas entrevistadas con edades superiores a los 13 años. Estos canales comprendían la televisión, la radio, el periódico, las revistas, artículos de prensa local, correo electrónico, cine y páginas web. Los resultados mostraron que la publicidad impresa era la que resultaba más informativa, tanto en el caso de los periódicos como de las revistas y de los artículos de prensa local, tal y como ya había sido recogido en estudios previos (Surgi y Elliott, 1997). La televisión resultó ser la menos informativa, además de puntuar alto en generación de emociones negativas y de intrusividad, también resaltado en el estudio de Shavitt et al. (2004). Estos factores pueden estar interviniendo en la influencia persuasiva y en la agradabilidad generada al recibir información por este medio (la televisión), con la importancia que esto tiene más aún cuando es uno de los canales que más información divulga y que ha tenido un crecimiento muy fuerte en las últimas décadas. Otros resultados del estudio de Bronner y Neijens (2006) fueron que la mayor estimulación se lograba también a través de la prensa escrita, así como a través de la información recibida en el cine. Por último, acerca del uso práctico de estos canales de comunicación, de nuevo los periódicos y los artículos de la prensa local eran los que obtenían puntuaciones mayores, junto con la información recibida a través de los correos electrónicos.

En definitiva, debido a la influencia de los medios de comunicación de masas, se hace evidente la combinación de distintos canales para sumar los procesos psicológicos implicados en cada uno de ellos. Lo anterior sin olvidar el papel activo, a través de diferentes características psicológicas y conductuales, del receptor del mensaje (Briñol et al., 2001).

El objetivo último de estudios de estas características está en conocer cuál es el medio que puede resultar más eficaz para lograr que la publicidad funcione mejor y alcance una eficacia persuasiva mayor, teniendo en cuenta otros aspectos como la

audiencia objetivo o los costes generados por dicho medio. Así, tal y como ya señalaron Norris y Colman (1992), el mismo canal de comunicación o medio empleado que transmite un mensaje determinado a una audiencia, produce un efecto que podría ser totalmente diferente si ese mismo mensaje es transmitido a la audiencia pero a través de otro medio de comunicación o canal. De igual manera, es importante tener en cuenta que los efectos de los medios de comunicación pueden variar también dependiendo del objetivo de la campaña publicitaria en cuestión. Junto a lo anterior, se acentúa la necesidad de que el contenido del mensaje tenga elementos más racionales y/o elementos más afectivos/emocionales dependiendo del canal. Por ello, sería muy útil estudiar cuáles son los medios de comunicación que ejercen un mayor efecto y optimizan el impacto persuasivo de las campañas publicitarias.

Por último, añadir que junto a los canales de comunicación clásicos (publicidad en papel, televisión y radio) se les han sumado otros debido a la inclusión de nuevas tecnologías útiles para transmitir información, como es el caso de Internet y que ha sido comparado con otros medios de comunicación clásicos (televisión, radio o prensa escrita) en los estudios descritos. La consideración de estos nuevos medios y los beneficios de algunas de las características que ofrecen pueden revolucionar y facilitar en gran medida el interés que hay detrás de la elaboración de una campaña publicitaria y la influencia en la audiencia a la que va destinada. En este sentido, por la importancia que adquiere la prevención en el marco de la epidemia de VIH/SIDA y por el uso masivo de Internet en la actualidad, puede brindar grandes ventajas.

11.- PUBLICIDAD PREVENTIVA DE VIH/SIDA

El Marketing Social y las campañas publicitarias con fines no comerciales tienen como finalidad la modificación de opiniones, actitudes y comportamientos y la adhesión a una idea, causa o práctica social por parte de un grupo o grupos que son considerados como objetivo para las acciones desplegadas bajo dichos programas. La publicidad sobre VIH/SIDA constituye una medida de concienciación de la sociedad en torno a la prevención de la infección por VIH. Este tipo de publicidad es el que ha de ser considerada en el marco que ocupa esta investigación. En las campañas publicitarias de prevención que son llevadas a cabo en relación con la epidemia existe un proceso central que consiste en el conocimiento del impacto alcanzado por las mismas. Lo

anterior ha de hacerse considerando las coordenadas que han sido destacadas en el estudio de la influencia de la publicidad, es decir, a nivel afectivo, cognitivo y conductual (Beerli y Martín, 1999).

11.1. EVALUACIÓN DEL IMPACTO PERSUASIVO DE LA PUBLICIDAD

Un adecuado conocimiento de la eficacia que está logrando la publicidad pasa por desarrollar las medidas de evaluación necesarias. Las características de la publicidad en cuestión guiarán los métodos de evaluación que se desarrollen para conocer su impacto persuasivo. Si se está hablando de un Marketing Comercial, la evaluación de la intención de compra de un producto determinado y el nivel de ventas serán índices indispensables en el conocimiento de la eficacia que ha logrado la campaña que publicita ese producto. Tal y como algunos trabajos describen, el paso final de una estrategia de marketing es predecir el impacto que tendrá, con una evaluación y análisis de los resultados tangibles alcanzados (Church, 1991). La evaluación inicial de las características de mercado y el desarrollo de una estrategia de comunicación, finaliza con la evaluación de la efectividad de los anuncios emitidos para obtener retroalimentación e implementar las mejoras que sean necesarias en futuras campañas (Papazian, 1983; Park, Roth y Jacques, 1988).

En el caso del Marketing Social y las campañas de salud, sin embargo, la evaluación del impacto logrado ha sido tratada con otras particularidades. En concreto, para la publicidad relativa a la prevención de consumo de sustancias la evaluación de la línea base del consumo en determinados núcleos de la población, frente al consumo que se produce una vez que ha sido emitida, es una medida de interés (Stewart, 1991). Trabajos más recientes, y en concreto para la evaluación del impacto de mensajes anti-tabaco en los adolescentes, se dirigen directamente a subgrupos de la población de interés para evaluar, a través de una medición de las actitudes, los resultados que se han logrado. El recuerdo de las campañas una vez que los adolescentes las han recibido también ha sido objeto de medición para evaluar la eficacia lograda (White, Tan, Wakefield y Hill, 2003). Otros estudios de evaluación de mensajes con contenidos diversos, pero relacionadas con distintos aspectos de la salud, se han centrado en la evaluación del efecto de la campaña mediante una medición, una vez más, de la línea base de al menos un tipo de conducta que sea promovida en la campaña, para evaluar su efecto en la consecución de la misma una vez que ha sido emitida (Snyder et al., 2004).

Las campañas publicitarias de VIH/SIDA en general y en especial aquellas emitidas en televisión han mostrado un efecto muy reducido. Han sido diversos los estudios que han concluido efectos mínimos de las intervenciones que se han desarrollado para lograr un cambio de conducta a través de la publicidad sobre VIH/SIDA (Agha, 2003). Debido a que las intervenciones de los medios de comunicación se han convertido en una prioridad para los esfuerzos preventivos en la lucha contra el SIDA, los estudios que se desarrollen para determinar el logro que alcanzan, han de ir en paralelo (ONUSIDA, 2006). La importancia de considerar en todo momento lo imprescindible que resulta evaluar el impacto alcanzado permitirá seguir retroalimentando el proceso de creación de estrategias de Marketing Social. Esto favorecerá, además, el objetivo prioritario de los mensajes de salud en relación al VIH/SIDA: frenar el avance de la epidemia. Las características de los estudios y algunos de los resultados más importantes encontrados en cuanto a la utilidad de las campañas, su eficacia y cobertura, se describen a continuación.

Los medios de comunicación y la información contenida en ellos tienen un papel fundamental en la transmisión de valores, así como en la influencia sobre las actitudes y las conductas. De esta manera, estos medios se convierten en una fuente de socialización importante. Más concretamente y en relación a la prevención del VIH/SIDA la comunicación publicitaria adquiere un papel fundamental. A pesar del papel preventivo que adoptan los medios de comunicación en cuanto al VIH/SIDA se requieren mayores tareas de evaluación del impacto que están logrando en la concienciación del público objetivo. En estudios como el de Modeste, Francis y Matshazi (1994) se concluyó la importancia de la televisión como una de las fuentes prioritarias de transmisión de información relativa al VIH/SIDA entre los adolescentes de 13 y 18 años (el 86% se habían informado a través de la televisión), seguida de otros canales de comunicación como la prensa escrita o la radio (con porcentajes del 34% y 23% respectivamente). En esta misma línea, Mitchell, O'Brien, Semansky e Iannotti (1995), compararon los medios de comunicación con otras fuentes de información sobre VIH/SIDA y su prevención entre 608 escolares de 7 a 12 años, concluyendo que la familia suponía el 34% como fuente transmisora de información, la televisión y la radio el 32%, la escuela el 12% y la prensa el 11%. Lo anterior comprende datos interesantes en cuanto al papel de los medios de comunicación audiovisuales e impresos, así como de la comunicación interpersonal, en la lucha contra la epidemia del SIDA.

En el trabajo realizado por Kornblit y Petracci (2000) se evalúa la capacidad de la influencia mediática de la publicidad frente a otros tipos de influencia como es la comunicación interpersonal a través de agentes sanitarios o de personas cercanas. Los resultados reflejan mayor eficacia de la comunicación interpersonal (agentes sanitarios y agentes sociales), que fueron considerados como más decisivos en concienciar acerca de la enfermedad de SIDA y en las acciones necesarias para protegerse del VIH. Algunas conclusiones indican que los medios de comunicación de masas lograrían influencia social pero, al mismo tiempo, preocupación dispersa sobre la enfermedad de SIDA. La mayor personalización del riesgo se daría en la comunicación interpersonal a través de familiares, pareja, amigos o agentes sanitarios y de forma importante a través del conocimiento de personas que estuvieran afectadas por la enfermedad de VIH/SIDA (Kornblit y Petracci, 2000). Por su parte, en el estudio realizado por Sanderson (1999) se evaluaron una serie de vídeos de prevención de VIH/SIDA en una muestra de 101 varones y 101 mujeres que tenían entre 17 y 24 años. Las características de los vídeos dividían la publicidad preventiva en tres grupos, de acuerdo con su contenido. Por un lado, estaban los vídeos que contenían información sobre habilidades técnicas de uso del preservativo. Por otro lado, estaban los que contenían habilidades de comunicación para facilitar el uso del preservativo. Finalmente, estaban los que combinaban ambos tipos de habilidades. Los resultados del estudio de Sanderson (1999) reflejan mayor impacto logrado por la publicidad que contenía destrezas técnicas frente a las destrezas de comunicación. Se destaca que la posibilidad de combinar ambas destrezas en un único vídeo era el que lograba mayor éxito. Estos resultados tienen implicaciones importantes para la futura elaboración de campañas preventivas.

Además de las características de la información transmitida o los canales de divulgación de la misma, otro grupo de trabajos se han centrado en estudiar el impacto logrado por campañas teniendo en cuenta variables moderadoras de las personas. Así, Páez et al. (2001), realizaron un estudio para evaluar actitudes, intención preventiva y percepción de riesgo de VIH/SIDA generadas por cortos de ficción publicitarios según el nivel de experiencia sexual. Los cortos de ficción eran divididos en dos grupos de acuerdo con el grado de persuasión considerado para los mismos. Aquellos cortos de ficción de mayor grado persuasivo fueron los que lograron una mayor percepción de riesgo de infección por VIH/SIDA y persuadir principalmente a las personas con experiencia sexual. Estos datos son interesantes y de interés acerca de la persuasión

diferencial según características de la audiencia, como es el haber mantenido relaciones sexuales previamente, en este caso.

Los datos epidemiológicos ofrecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo en España (2006a), o por la Organización Mundial de la Salud (ONUSIDA, 2006), son también fuentes de información indirectas del logro que están alcanzando las medidas preventivas que se desarrollan para disminuir la epidemia del SIDA. Sin embargo, los datos no son alentadores. Tan sólo en el año 2005 ocurrieron cinco millones nuevos de infecciones por VIH en todo el mundo, que han logrado superar a los años previos. Por ello, se sospecha de una exacerbación de la enfermedad y las infecciones ocurridas alrededor de ella, así como una disminución de las medidas preventivas o del efecto alcanzado (ONUSIDA, 2006).

Para evaluar el impacto de mensajes preventivos de VIH/SIDA, Páez, Ubillos, Romo, Insúa y San Juan (1992) se interesaron por determinar la eficacia lograda por un conjunto de campañas de prevención de la epidemia. En los resultados se recogió un impacto alcanzado del 10% y únicamente a corto plazo. Se consiguió una reducción de las creencias e informaciones incorrectas, pero no hubo una mayor adquisición de información correcta. Entre las conclusiones sobre este bajo impacto estuvieron el uso de anuncios breves, que se basaban únicamente en transmitir información, sin atender a los sesgos que están alrededor de la infección por VIH. En otros estudios, sin embargo, se ha enfatizado la importancia de los mensajes preventivos y la influencia que tienen en las actitudes para un cambio orientado a abandonar conductas de riesgo y a adoptar conductas de salud en el terreno de la sexualidad (Agha, 2003; Siska, Jason, Murdoch, Yang y Donovan, 1992). A pesar de ello, de forma general, se podría decir que las campañas que se han desarrollado en materia de salud no han logrado ser altamente eficaces en los cambios de conducta que se persiguen (Snyder y Hamilton, 2002).

Por último, es importante señalar el estudio reciente realizado por Snyder et al. (2004) en el que se evalúa el impacto logrado por distintos mensajes publicitarios en relación a la salud (uso de cinturón de seguridad, salud bucal, reducción del consumo de alcohol y de tabaco, prevención de enfermedades de corazón, revisiones ginecológicas y conductas sexuales seguras). En este estudio se aporta una característica interesante en cuanto a las campañas (entre las que se incluyen las relativas a VIH/SIDA) y el posible impacto que alcancen, en función de la siguiente subdivisión:

- Campañas que promueven una nueva conducta.

- Campañas que promueven eliminar una conducta perjudicial ya establecida.
- Campañas que previenen ante la aparición de una conducta no deseable.

Debido al amplio repertorio de mensajes de salud que seleccionaron los autores para el estudio, cada temática se clasificaría dentro de una de las categorías mencionadas según la promoción, cesación o prevención de la conducta que se haga en las campañas. Tras los resultados, el mayor éxito se alcanzó con las campañas de promoción del uso del cinturón de seguridad. De forma interesante, aunque también desalentadora, las campañas en relación a las conductas sexuales mostraron el menor efecto. En concreto, dos de ellas iban orientadas a promover la adopción de conductas nuevas y saludables en relación a la prevención del VIH y una de ellas a eliminar las conductas de riesgo existentes. En general, los resultados reflejaban que aquellas campañas que promovían la adopción de conductas nuevas eran más exitosas que las que promovían la eliminación de las conductas de riesgo (Snyder et al., 2004). Estos datos tienen una gran utilidad para la elaboración de mensajes que sean exitosos y que han de tener en cuenta el tipo de cambio de conducta que está siendo promocionando, debido a que la eficacia será diferencial (Snyder et al., 2004).

A pesar de los datos generales presentados en cuanto a estudios de evaluación de la publicidad preventiva de VIH/SIDA es importante estudiar las campañas emitidas en distintos países. De esta manera, se pretende conocer el éxito preventivo que diferentes campañas han alcanzado, de acuerdo con las políticas de prevención particulares, con el objetivo común de que los datos sean de utilidad para el abordaje de la epidemia.

11.2. LAS CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN DE VIH/SIDA EN DIFERENTES PAÍSES

En la lucha contra el SIDA, ante la no existencia de una vacuna preventiva, los anuncios de salud pública que aboguen por prácticas sexuales seguras y otras que prevengan la extensión de la epidemia tienen un gran valor (Rotfeld y Abernethy, 1991). En 1987 comienzan a emitirse las campañas de prevención de VIH/SIDA en respuesta a la extensión de la epidemia (Wayling, 1988), siendo en muchos países uno de los recursos más importantes para la transmisión de información preventiva (Holtgrave, 1997). La publicidad de VIH/SIDA ha estado acompañada por medidas de

evaluación de la eficacia que alcanza, desde los inicios de la emisión de las primeras campañas hasta la actualidad. Entre las evaluaciones iniciales destacan el uso informado del preservativo, el número de compañeros sexuales como conducta de riesgo, la venta de preservativos o la incidencia de enfermedades de transmisión sexual (Hassig, 1991).

Se hace a continuación un recorrido por los países del mundo más afectados por la epidemia para analizar el interés mostrado en la evaluación y éxito que las campañas han alcanzado y se recogen los estudios más completos. Su consideración viene dada por asumir la prioridad que representa el que comprendan a nivel epidemiológico los países protagonistas. Debido a la distribución de la incidencia y prevalencia de VIH/SIDA las diferencias entre unas y otras regiones serán importantes, diferencias que se verán influidas por las posibilidades económicas y de desarrollo de la zona, entre otras. Los datos serán de utilidad, por un lado, porque representan el panorama del enfoque que han tenido las campañas, y por otro lado, porque proporciona pautas y directrices de mejora de la publicidad preventiva. Es importante conocer, además, que la evolución que han seguido los mensajes de salud y los aspectos en los que se han focalizado, han estado a expensas de la adquisición de conocimientos e información acerca de la prevención de VIH/SIDA y de las conductas de riesgo, en definitiva del curso que haya seguido la epidemia.

11.2.1. América del Norte: el caso de Estados Unidos, México y Canadá.

Estados Unidos fue el primer país en el que se detectó un caso de VIH en un varón homosexual (Hillis, 2000; Thomson, 2006). Desde entonces, la epidemiología de la enfermedad ha seguido un curso ascendente. Por ello se merece prestar una especial atención a las intervenciones que desde los *mass media* se han puesto en marcha. Por su parte, México se ha convertido en uno de los países de América del Norte que está experimentando un ascenso más pronunciado de las infecciones por VIH entre ciertos núcleos de su población. Por último, por constituir Canadá una importante potencia en la región de América del Norte se recogen los estudios más destacados en cuanto a la publicidad preventiva de la epidemia. Un resumen de los datos aquí presentados aparece en la Tabla 6.1.

Estados Unidos

En el año 1987 desde los *Centers for Disease Control and Prevention* se elaboró la primera campaña publicitaria de información acerca del VIH/SIDA, denominada “*Understanding AIDS*” emitida a través de televisión y radio y dirigida a grupos específicos de la población (adolescentes, adultos activos sexualmente, mujeres con alto riesgo de infección,...). Los contenidos de la campaña se centraban en transmitir la gravedad de la enfermedad de SIDA, los modos de transmisión del VIH y cómo prevenirlo. Se llevó a cabo una evaluación focalizada en los conocimientos, las actitudes y las conductas en relación a la epidemia. Los resultados no evidenciaron un cambio importante en cuanto a incremento de conocimientos. Sin embargo, sí se experimentaron cambios entre la población evaluada sobre un incremento significativo del uso del preservativo, que iba en paralelo con un incremento de venta de preservativos entre 1986 y 1988. Se analizó también la cobertura que tuvieron los primeros mensajes publicitarios, de manera que el 80% de los adultos habían recibido las campañas a través de la televisión y un 45% a través de la radio (*Centers for Disease Control and Prevention*, 1992).

Con posterioridad, otros trabajos como el de Walls, Lauby, Lavelle, Derby y Bond (1998) indagaron sobre la relación entre la exposición a campañas de prevención de VIH/SIDA y el uso del preservativo. Los resultados más relevantes recogían que la exposición a la publicidad estaba relacionada con una mayor comunicación con la pareja en cuanto al uso del preservativo, aunque no con su uso en la última relación sexual que se había mantenido. Los autores destacan la dificultad de ejercer una influencia directa sobre el uso del preservativo *per se*, a pesar de que se lograba influir en otras variables también relevantes para la adopción de conductas sexuales seguras.

Estudios más recientes se han centrado en detectar las características necesarias de los anuncios publicitarios de prevención que motiven, refuercen y propicien el cambio de conducta para adoptar pautas de salud y prevenir la infección por VIH/SIDA. Así, el estudio de Dejong, Wolf y Austin (2001) analizó un conjunto de 56 anuncios publicitarios emitidos en Estados Unidos desde 1987. En los resultados se reflejó que, en su mayoría, los mensajes emitidos únicamente han proporcionado información general sobre la enfermedad. Las principales limitaciones encontradas en la muestra de campañas evaluadas se resumían en que era necesario incidir en conductas de riesgo más específicas. Además, los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) eran una población que requería ser atendida con prioridad dado el protagonismo que tienen en la

epidemia del SIDA en Estados Unidos. Otras limitaciones encontradas eran las referidas a la necesidad de promocionar los test de detección de infección por VIH y temas como el placer sexual, la vergüenza en la adquisición de preservativos o la negociación con la pareja para su uso. Por último, se resalta la necesidad de una mayor fundamentación teórica en los modelos de cambio de conducta (Dejong et al., 2001).

México

Desde algunos estudios teóricos en México se ha indagado la trayectoria que han seguido las campañas de prevención de VIH/SIDA. Así, Hernández (2000) recoge una evolución que ha pasado por distintas fases y que comprende las siguientes:

- Primera fase (1985-1989), caracterizada por una serie de mensajes preventivos encaminados a dar información acerca de la creciente epidemia. Sin embargo, las evaluaciones realizadas mostraron que, a pesar de ello, seguían existiendo muchas ideas erróneas. Comienza también en esta etapa la promoción del preservativo, que tuvo poca acogida y supuso una respuesta social y política relativa a la promiscuidad y la revolución social propiciada por dichas campañas.

- Segunda fase (1989-1992). Como consecuencia de la anterior, se emitieron mensajes más conservadores y que supusieron un escaso alcance de la población. Se comenzaron a habilitar teléfonos de interés que lograron tener utilidad proporcionando información personalizada sobre la epidemia del SIDA, la infección por VIH y su prevención.

- Tercera fase (1992-1996), en la que las campañas se dirigen a diferentes poblaciones objetivo y se constata un mayor apoyo y aceptación ante las comunicaciones preventivas de VIH/SIDA, así como un apoyo social y solidaridad hacia los afectados por la enfermedad.

- Cuarta fase (1996-2000), se enfatiza la necesidad de dirigir la publicidad preventiva a los adolescentes, dado que la mayor parte de las infecciones ocurren en esta etapa y el primer encuentro sexual se produce alrededor de los 16 años. Existe un apoyo por parte de padres y educadores, dejando atrás el inicial rechazo ante promocionar el uso del preservativo como medida preventiva para la infección por VIH.

Posteriores trabajos han evaluado el impacto de la publicidad dirigida a la población homosexual, dado que las relaciones sexuales entre varones se han convertido en un mecanismo de transmisión importante en México. En concreto, Ligia, Noguchi, Miroslava y Renán (2003) evaluaron el recuerdo de campañas, los conocimientos sobre

VIH/SIDA y las prácticas sexuales de riesgo en un grupo de varones homosexuales. Se evidenció un recuerdo mínimo, así como poco conocimiento sobre las prácticas sexuales de riesgo. Además, únicamente una minoría de los varones entrevistados utilizaba preservativo. Los resultados son indicativos del bajo impacto alcanzado y resaltan la necesidad de una mayor extensión a través del país de mensajes de concienciación y preventivos de la infección por VIH entre la población con más conductas de riesgo.

Por último, Flores y De Alba (2006) llevaron a cabo un estudio para evaluar la representación social del SIDA lograda por los medios de comunicación y el impacto que estos tenían en un grupo de 400 estudiantes universitarios de entre 17 y 25 años. Los resultados reflejaron que las estrategias de información que habían sido empleadas hasta el momento en México no tenían impacto específico en las representaciones sociales sobre el SIDA de los participantes en la investigación. De las campañas los sujetos destacaban en un gran porcentaje que eran confusas (31,1%) y alarmistas (21,1%). Más de la mitad de los adolescentes consideraron que no habían tenido éxito (52%) y a pesar de que un 85% de los entrevistados destacaban que esta publicidad preventiva había tenido un efecto positivo en sus conductas, los datos sobre sus prácticas sexuales no confirman esto de forma definitiva. Por último destacar que la televisión era la fuente de información preferida por un 92,2%. Los autores concluyen la necesidad de una mejora de las campañas.

Canadá

Entre los primeros estudios en Canadá destaca el de Baggaley (1988), en el que se evaluaron las características de un conjunto de anuncios televisivos sobre VIH/SIDA que lograban mayor impacto entre grupos de población heterosexual y homosexual/bisexual (un total de 56 personas). En los resultados se reflejó un mayor efecto de aquellos anuncios que presentaban la epidemia de una forma directa y clara, frente a aquellos con técnicas emocionales más complejas, que producían una respuesta más negativa hacia los mismos. A su vez, el uso de cierto humor para transmitir los mensajes era recibido de forma positiva entre la audiencia objetivo. Entre otros estudios que han puesto de manifiesto los factores que intervienen en el efecto que logran estas campañas de prevención está el de Wei-Jen (1993). Se evaluaron un total de 11 anuncios de televisión y sus particularidades en el impacto sobre la percepción de riesgo de infección por VIH en 264 adolescentes. Entre las variables a analizar estaban determinadas características de la fuente emisora de los mensajes, así como de la

institución responsable de los mismos. Los factores más relevantes a la hora de influir en el impacto logrado eran el sexo de la fuente, su orientación sexual y el estatus en relación al SIDA (personas sana *versus* persona infectada por VIH). La institución que emitía la campaña no era relevante. Los autores resaltan las implicaciones del estudio para futura publicidad preventiva. Además, otros estudios han evidenciado que las campañas que promocionan un abaratamiento en la compra de preservativos suponen también un incremento en su adquisición y uso tras la emisión de las mismas, alcanzando la eficacia que pretendían, tal y como recogen Dahl, Gorn y Weinberg (1997).

Más recientemente, en los trabajos de Gabler, Kropp, Silvera y Lavack (2004) y Johnny y Mitchell (2006) se ha estudiado el contenido de algunas de las últimas campañas emitidas en Canadá. Gabler et al. (2004) concluyeron que era necesario enfatizar en los mensajes preventivos variables como la autoeficacia de la conducta a lograr, así como fomentar actitudes más positivas hacia el uso del preservativo en un estudio realizado con 256 adolescentes sobre la intención de compra y uso del mismo. Johnny y Mitchell (2006) evaluaron los resultados alcanzados con publicidad en prensa emitidas entre los años 2002 y 2003. Los principales contenidos eran relativos a estrategias educativas y de información sobre la infección por VIH. Además se potenciaba un trato no discriminatorio hacia las personas afectadas. Se lograba una redefinición de la enfermedad en cuanto a conocimientos adquiridos, sin embargo se dio también un incremento de algunos estigmas y discriminación, al contrario de lo que se pretendía.

11.2.2. América Central, América del Sur y El Caribe: el caso de Honduras, Brasil, Colombia, Argentina y países del Caribe.

Al igual que en el caso anterior, estas regiones han puesto en marcha acciones de evaluación de las campañas emitidas para la lucha contra el SIDA (véase Tabla 6.2.). Sin embargo, la publicidad preventiva llevada a cabo y los estudios acerca de la eficacia que ha logrado han estado afectados en gran medida por una fuerte influencia de los aspectos culturales y económicos.

Tabla 6.1.

Estudios relativos a campañas de prevención de VIH/SIDA en América del Norte.

PAIS	ESTUDIO	VARIABLES	AUDIENCIA	CANAL	RESULTADOS
ESTADOS UNIDOS	Centers for Disease Control and Prevention (1992)	Conocimientos, actitudes y conductas en relación a la enfermedad de SIDA	Adolescentes, adultos activos sexualmente y mujeres con alto riesgo de infección	T, R	Incremento del uso informado del preservativo. Incremento de venta de preservativos entre 1986 y 1988. Amplia cobertura de las campañas. No hubo cambios en cuanto a conocimientos sobre la enfermedad y la infección por VIH/SIDA.
	Walls et al. (1998)	Uso del preservativo	Mujeres (N= 479)	P	Incremento de la comunicación con la pareja sobre el uso del preservativo. No se incrementó el uso del preservativo en la última relación sexual.
	Dejong et al. (2001)	Conciencia de la enfermedad y cambio de conducta	Población general	T	Incremento de la información sobre la enfermedad, sin embargo no se daban el cambio de conducta deseado.
MÉXICO	Hernández (2000) ESTUDIO TEÓRICO	Las campañas de prevención de VIH/SIDA en México han experimentado una evolución. Los mensajes preventivos iniciales iban encaminados a dar información, generando reacciones de rechazo ante la promiscuidad y revolución social que podrían ocasionar (primera fase: 1985-1989). Posteriores fases supusieron la emisión de mensajes más conservadores (segunda fase 1989-1992), seguida de una apertura hacia campañas que tienen mayor acogida y potencia la solidaridad ante los afectados por la epidemia (tercera fase: 1992-1996) y etapas más actuales con campañas dirigidas de forma clara a promocionar el preservativo, principalmente entre la población de adolescentes (cuarta fase: 1996-2000).			
	Ligia et al. (2003)	Recuerdo de las campañas, conocimientos y prácticas sexuales de riesgo	Población de varones homosexuales	N.I.	Bajo recuerdo de las campañas y deficiente conocimiento sobre las prácticas sexuales de riesgo. Una minoría de los sujetos utilizaba preservativo en sus encuentros sexuales.
CANADÁ	Flores y De Alba (2006)	Impacto de los medios de comunicación en la representación social del SIDA	Estudiantes universitarios (N= 400).	T, R, P	Los medios de comunicación no inducen mayor conciencia de la enfermedad ni comportamientos de protección, impacto limitado. La televisión es el canal preferido para informarse (92,2%).
	Baggaley (1988)	Factores de los mensajes que logran mayor impacto en la audiencia	Población heterosexual y homosexual/bisexual (N= 56)	T	Mayor efecto de las campañas que presentaban mensajes directos y claros <i>versus</i> técnicas emocionales más complejas. El uso del humor favorecía el impacto logrado por las campañas
	Wei-Jen (1993)	Impacto en la percepción de riesgo de infección por VIH según características de la fuente emisora de los mensajes y la institución	Adolescentes (N= 264)	T	El sexo de la fuente emisora de los mensajes, la orientación sexual y el estatus en relación al SIDA eran relevantes en el impacto final alcanzado. La institución que emitía la campaña no era relevante.
	Dahl et al. (1997)	Precio de los preservativos, variable relevante para su uso	N.I.	N.I.	El precio de los preservativos resultó ser una variable relevante en la compra, adquisición y uso de los mismos.
	Gabler et al. (2004)	Intención de compra y de uso de preservativo	Estudiantes adolescentes (N= 256)	N.I.	Necesidad de enfatizar la autoeficacia y las actitudes positivas hacia el uso del preservativo a través de los anuncios.
	Johnny y Mitchell (2006)	Conocimientos adquiridos sobre VIH/SIDA y actitudes de solidaridad generadas	Población general	P	Resultados positivos de las campañas en cuanto a adquisición de conocimientos. Incremento del estigma y la discriminación hacia las personas afectadas.

N.I.: No se incluyen en el estudio; N: Número de sujetos participantes en el estudio; T: Campañas de televisión; P: Campañas de prensa escrita; R: Campañas de radio.

Honduras

En los últimos años se ha intensificado la prevalencia de VIH entre la población de Honduras, que comprende una zona tremendamente afectada por la epidemia (ONUSIDA, 2006). Los juicios culturales, las cuestiones de poder y las expectativas afectivas acerca de las parejas sexuales complican la situación alrededor de las medidas preventivas que se pongan en marcha, especialmente entre las mujeres hondureñas (Stansbury y Sierra, 2004). Además, la economía del país no ofrece condiciones favorables para que se implementen programas ni de prevención primaria ni de prevención secundaria o terciaria en relación al SIDA. Por ello, las intervenciones a través de medios de comunicación son casi inexistentes.

Entre algunas de las escasas iniciativas realizadas en Honduras para evaluar la publicidad está la recogida en el trabajo de Fox et al. (1993). Se analizó una campaña de promoción del uso del preservativo entre un conjunto de 134 mujeres que ejercían la prostitución en Tegucigalpa. Según datos epidemiológicos ofrecidos por la Organización Mundial de la Salud, el SIDA se ha convertido en la segunda causa de las hospitalizaciones y muertes que se producen entre la población de mujeres del país (Buela-Casal et al., 2001; Minicheielloa et al., 2002; ONUSIDA, 2006). Los resultados obtenidos en el estudio de Fox et al. (1993) fueron que tras la campaña se incrementó el porcentaje de uso del preservativo (de 64% pre-intervención al 70% post-intervención). Esto se daba principalmente entre las mujeres que informaban de un bajo uso en las evaluaciones de línea base. Se requieren más tareas e intervenciones preventivas con una población tan afectada por la pandemia y que cuenta con limitados recursos para afrontarla (Fox et al., 1993).

Brasil

En Brasil destacan los trabajos realizados por Roso (2000) y Porto (2005). En concreto, en el estudio de Roso (2000) se evaluaron un total de siete campañas televisivas de prevención emitidas a una muestra de mujeres de edades comprendidas entre 18 y 51 años, de clase baja. Las participantes en la investigación consideraron las campañas como una importante fuente de emisión de información, sin embargo, referían que no estimulaban el uso del preservativo. De nuevo se resalta la necesidad de acentuar los mensajes dirigidos al cambio conductual, incidiendo en los elementos que para ello se consideran necesarios, más allá de resultar meramente informativos. En el trabajo de Porto (2005) se evalúan los resultados de una campaña emitida por el Ministerio

Brasileño de Salud para promover el uso del preservativo entre las mujeres adolescentes, ante el incremento en número de casos tanto de SIDA como de otras enfermedades de transmisión sexual. La “Campaña de Carnaval” se transmitió por televisión y radio y tenía como objetivo prioritario animar a las mujeres a demandar el uso del preservativo a sus compañeros sexuales, así como a no sentir culpa o vergüenza ante la compra de preservativos. Se realizó una encuesta en la que participaron 1.006 mujeres adolescentes y los resultados reflejaron efectos importantes en cuanto a la generación de actitudes más positivas hacia el uso del preservativo.

Los resultados de ambas investigaciones ponen de manifiesto que es necesario analizar las variables que están implicadas en las infecciones que ocurren en poblaciones particulares. Es decir, es necesario prestar atención a los valores culturales y la importante influencia que pueden tener en el uso del preservativo entre las mujeres de este país.

Colombia

Igual que ocurre con otros países en vías de desarrollo, determinados núcleos de población de Colombia suponen grupos de riesgo en cuanto a la infección por VIH debido a la falta de accesibilidad a los servicios y a la educación para la salud (Pérez y Dabis, 2003). Entre las medidas de prevención que se han desarrollado en Colombia, a pesar de que los programas de educación sexual escolares son las principales existentes, las campañas emitidas a través de los medios de comunicación y dirigidas a población general y a aquella envuelta en conductas de riesgo específicas (bisexuales, relaciones homosexuales y prostitución) también promueven el uso del preservativo y las relaciones sexuales seguras en las principales ciudades (Pérez y Dabis, 2003).

Tras las primeras emisiones de publicidad preventiva de VIH/SIDA se realizaron algunas evaluaciones del impacto que alcanzaba. Así, en el estudio de Vernon, Ojeda y Murad (1990) se analizaron los primeros anuncios de radio para prevenir la infección por VIH a través de la cobertura de los mensajes, así como mediante la percepción, conocimiento y uso del preservativo. Los resultados reflejaban que alrededor del 70% de la población encuestada había estado expuesta al menos en alguna ocasión a las campañas. Un 40% recordaba incluso el *slogan*. En cuanto al conocimiento del preservativo y su utilidad en la prevención, se incrementó del 37,7% de línea base a un 46% post-intervención. La adquisición de preservativos también supuso un incremento, de manera que un 64% afirmaba haber comprado preservativos en el último mes. En

definitiva, la conciencia acerca del uso del preservativo como método de prevención de la infección por VIH aumentó como resultado de la campaña de radio, así como las percepciones y actitudes positivas generadas.

Estudios posteriores en Colombia son los realizados por Rodríguez y Ortega (1993) y Romero, Bernal, Rosas, Hernández y Ramírez (2002). Los mensajes eran transmitidos a través de televisión, radio y prensa y no sólo promocionaban el uso del preservativo, sino que se publicitaban otros aspectos relativos a la no estigmatización y a una defensa de los derechos humanos. Además se enfatizaba la auto-percepción de riesgo en relación a la infección por VIH. Los resultados obtenidos fueron favorables y los autores resaltan la relevancia de nuevas aproximaciones para lograr mayor efectividad e impacto, así como disminuir la discriminación ante los infectados por VIH y los enfermos de SIDA en países tan influidos por valores culturales como puede ser Colombia.

Argentina

Entre algunos de los estudios desarrollados en Argentina destacan el realizado por Burgos et al. (1996). Se revisó la eficacia alcanzada por un conjunto de mensajes de salud pública para prevenir la infección por VIH. De una muestra de 5.000 personas de población general encuestada, el 90% no podían recordar la campaña ni el *slogan* específico que transmitía. Sin embargo, casi el 100% resaltaban que el SIDA “podía matar”. Además, se evidenciaron cambios en la conducta, de manera que se produjo una reducción de los compañeros sexuales como pauta sexual de riesgo entre las personas que habían recibido las campañas (Burgos et al., 1996).

Los contenidos de la publicidad de VIH/SIDA emitida en Argentina han experimentado cambios importantes debidos en gran parte al incesante activismo de las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) que trabajan en este campo y que intentan combatir los mitos existentes sobre la infección. En el trabajo de Kornblit (2002b) estos cambios han supuesto que de los mensajes relativos a la enfermedad de SIDA como muerte se pase a la mención de esta como crónica y de asociarla con grupos estigmatizados se entienda que se trata de una enfermedad que puede afectar a todos. Sin embargo, en el caso concreto de Argentina y debido a que el consumo de drogas por vía parenteral ha supuesto un mecanismo importante de transmisión del VIH, esto ha conllevado que las medidas de prevención a través de los medios de comunicación tengan en muchos casos a estos grupos como protagonistas. En este sentido se ha

enfaticado la necesidad de no sólo adoptar intervenciones de prevención primaria. Así se ha recogido en algunos estudios como el de Inchaurreaga (2003) en el que se refiere a la llamada política de reducción de daños, que ha encontrado un importante freno desde los grupos más conservadores. La propuesta de dicha política está fundamentada ante la no eficacia de las campañas que promocionan la abstinencia de los consumidores de drogas. Resultados obtenidos con esta población indican que el 80% de los UDVP no aceptan tratamiento terapéutico y que la mitad de ellos quieren seguir consumiendo. Ante una situación de estas características que está suponiendo un descontrol de la epidemia, las intervenciones de reducción de daños podrían conseguir logros destacados. Algunas de estas campañas han comenzado a emitirse, como es el caso de “Si tú haces esto, hazlo bien” para promocionar la esterilización de jeringuillas, mostrando cómo y por qué la reducción de daños colaterales son posibles y necesarios en una situación como la que está viviendo el país de Argentina.

El Caribe

En las regiones del Caribe, al igual que en otras ya comentadas con anterioridad, los aspectos culturales y determinados valores están relacionados de forma importante con las conductas sexuales de riesgo. Por ello, se enfatiza la necesidad de que las campañas de promoción de la salud se enfoquen y trabajen con estas características de la población y la influencia que tienen en la transmisión de las enfermedades sexuales y el SIDA (Livingston, 1992). Haití representa la segunda región más castigada del mundo por la epidemia. En este país el estigma asociado a la población infectada y los enfermos está causando verdaderos estragos. Además, las posibilidades económicas propician que no se desarrolle publicidad de prevención sistemática a través de los medios de comunicación. Son pocos los recursos existentes y por tanto pocos los recursos destinados a la difusión masiva de información en las que se promocióne el uso del preservativo o se den pautas de conducta sanas (Pierre y Fournier, 1999). Sin embargo, algunos de los tímidos intentos que se han realizado acerca de esta cuestión han logrado resultados exitosos. Este es el caso de la campaña que se recoge en el estudio realizado por Stetson y Narcisse (1994), emitida entre comunidades rurales de mujeres de Haití (principalmente adolescentes) que contó con un activo papel de ONGs que colaboraron para su difusión. En ella se destacaba la importancia de aspectos de desigualdad de género para la infección. Los autores concluyen la importancia del papel tan relevante que juegan las ONGs en estas comunidades que, frente a otras regiones, se

convierten en los principales difusores de información preventiva de la epidemia del SIDA.

Regiones como las islas de Santa Lucía y San Vicente y Las Granadinas han sido abordadas en el estudio de Middlestadt et al. (1995) en el que se evaluó el impacto de una campaña nacional de radio para la prevención del SIDA dirigida a la población general. Se analizó la efectividad para promover el uso del preservativo y se realizó una encuesta de seguimiento 6 semanas después de su emisión. Un total de 213 habitantes sí habían estado expuestos a la publicidad, frente a 84 que no. Las edades de los participantes en el estudio estaban comprendidas entre los 15 y los 54 años. En los resultados se puso de manifiesto que, entre las personas que habían recibido la campaña las actitudes eran más positivas sobre la posibilidad de protegerse contra el SIDA, la disposición entre padres e hijos adolescentes a hablar acerca de esta temática así como a estar convencidos de la necesidad de usar preservativo con las potenciales parejas sexuales.

Otros estudios se han enfocado a población específica de riesgo en las regiones del Caribe. Este es el caso del trabajo de Kerrigan et al. (2006), en el que se evaluó una amplia intervención que incluía publicidad a través de póster, panfletos y prensa escrita en mujeres de la República Dominicana que ejercían la prostitución, de edades superiores a los 18 años. El estudio supuso una recogida de datos de línea base y de nuevo 12 meses después de la intervención. Los resultados reflejaron importantes cambios en la conducta de riesgo, con un incremento del uso del preservativo, junto con una reducción de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual. Los datos son alentadores en cuanto a los efectos logrados en una población de tan alto riesgo de la República Dominicana.

En estudios muy recientes se ha evidenciado que la extensión de la epidemia en regiones del Caribe no ha llevado de forma proporcional un aumento de difusión de la información preventiva a través de los medios de comunicación de masas. En el trabajo realizado por Kelly et al. (2006) se estudian los programas, recursos y las necesidades preventivas de distintas regiones del mundo. En el caso concreto del Caribe, se evaluaron Antigua y Barbuda, Las Bahamas, Islas Caimán, Cuba, República Dominicana, Haití y San Vicente y Las Granadinas. En los resultados se denotó la falta de movilización de campañas publicitarias de la epidemia, más allá de la distribución de folletos con información preventiva. Las barreras más importantes para la implementación de programas efectivos y mensajes de salud eran los recursos

económicos y de forma importante las creencias y aspectos culturales, entre los que el estigma asociado a estos temas, la desigualdad de género, la oposición a discutir temas relacionados con la sexualidad y los mitos sobre la transmisión del VIH jugaban un papel importante (Kelly et al., 2006).

11.2.3. Asia: el caso de Tailandia, China, India y Japón.

La importancia que ha ido adquiriendo la extensión de la epidemia del SIDA en el continente asiático ha supuesto que las campañas de promoción de uso del preservativo y prevención de la infección por VIH hayan sido también objeto de evaluación para determinar su eficacia (véase Tabla 6.3). El seguimiento de las intervenciones se ha llevado a cabo de forma más enfática en aquellas regiones más afectadas por la epidemia.

Tailandia

En Tailandia la prostitución ha supuesto una extensión importante de las infecciones por VIH por lo que diversos estudios se han centrado en evaluar el éxito logrado entre esta población. En concreto, en el estudio de Hanenberg, Rojanapithayakorn, Kunasol y Sokal (1994) se puso de manifiesto el alcance y la eficacia de las primeras campañas publicitarias con mujeres que ejercían la prostitución. Se logró un incremento del uso del preservativo del 14% al 94% entre 1989 y 1993. En otro estudio de similares características realizado por Van Griensven, Limanonda, Ngaokeow, Ayuthaya y Poshyachinda (1998) se analizaron los conocimientos, la vulnerabilidad percibida y las conductas de riesgo entre aquellas mujeres que ejercían la prostitución tras recibir publicidad preventiva de VIH/SIDA, frente a un grupo control. Los resultados reflejaron un aumento de los conocimientos y de la vulnerabilidad percibida entre el grupo de mujeres que recibieron las campañas, que sin embargo no se tradujo en un aumento en paralelo en el uso de preservativos. Los autores resaltan la dificultad de modificar el componente conductual frente a otros componentes que también intervienen en la prevención de la infección por VIH, tal y como ya se ha puesto de manifiesto en estudios anteriores. A su vez, proponen la necesidad de incluir en los mensajes de salud emitidos en Tailandia las habilidades y destrezas en la negociación del uso del preservativo, ya que este factor se establece como determinante para el incremento de nuevas infecciones entre las mujeres que practican la prostitución,

Tabla 6.2.
Estudios relativos a campañas de prevención de VIH/SIDA en América Central, América del Sur y El Caribe.

PAIS	ESTUDIO	VARIABLES	AUDIENCIA	CANAL	RESULTADOS
HONDURAS	Fox et al. (1993)	Prácticas sexuales y uso del preservativo	Mujeres que ejercen la prostitución (N=134)	N.I.	Incremento en el uso del preservativo tras la campaña (del 64% pre-intervención al 70% post-intervención).
BRASIL	Roso (2000)	Uso del preservativo	Mujeres de clase baja	T	Incremento de la información sobre VIH. No incidencia en el uso del preservativo.
	Porto (2005)	Uso del preservativo	Mujeres adolescentes (N= 1.006)	T, R	Generación de actitudes más positivas hacia el uso del preservativo.
COLOMBIA	Vernon et al. (1990)	Alcance de los mensajes, conocimiento, uso y percepción del preservativo	Población general (N=944)	R	70% de la población encuestada había sido expuesta a las campañas. Un 40% recordaba el <i>slogan</i> . Se incrementaron índices sobre el conocimiento, uso y actitudes positivas hacia el preservativo.
	Rodríguez y Ortega (1993); Romero et al. (2002)	Uso del preservativo. Solidaridad con los afectados por la epidemia	N.I.	T, R, P	Resultados positivos en cuanto a impacto y efectividad de las campañas. Disminución de la discriminación ante los afectados por la epidemia.
ARGENTINA	Burgos et al. (1996)	Recuerdo de las campañas, conocimientos y conductas de riesgo	Población general (N= 5 000)	N.I.	El 90% de la población encuestada no recordaban la campaña. El 100% destacaban que el SIDA "podría matar". Se evidenció una reducción de los compañeros sexuales entre los que habían recibido la campaña.
	Kornblit (2002b) ESTUDIO TEÓRICO	Las campañas publicitarias de VIH/SIDA en Argentina han experimentado cambios importantes: Se ha avanzado en la visión de la enfermedad de SIDA, de entenderla como mortal a una enfermedad crónica y una enfermedad que puede afectar a todos. Importante activismo de las ONGs en la Prevención de VIH/SIDA en Argentina.			
	Inchaurrega (2003) ESTUDIO TEORICO	Énfasis en la política de reducción de daños frente al elevado núcleo de la población de Argentina UDVP. Emisión de las primeras campañas para afrontar este grupo de la población: "Si tú haces esto, hazlo bien".			
EL CARIBE	Stetson y Narcisse (1994)	Difusión de la información, necesidades preventivas	Mujeres adolescentes de comunidades rurales	N.I.	Importante papel de las ONGs como principales difusoras de la información preventiva acerca de VIH/SIDA en estas comunidades rurales.
	Middlestadt et al. (1995)	Efectividad en la promoción del uso del preservativo	Población general de (N=297)	R	Se generaban actitudes más positivas para protegerse contra el SIDA y acerca de la necesidad de usar preservativo.
	Kerrigan et al. (2006)	Uso del preservativo y enfermedades de transmisión sexual	Mujeres que ejerce la prostitución	P	Se evidenciaron importantes cambios en las conductas de riesgo. Incremento del uso del preservativo y una reducción de la incidencia de ETS.
	Kelly et al. (2006) ESTUDIO TEORICO	Se estudian los programas, recursos y necesidades preventivas de determinadas regiones del Caribe, en concreto de las islas de Antigua y Barbuda, Las Bahamas, Islas Caimán, Cuba, República Dominicana, Haití y San Vicente y Las Granadinas. Falta de movilización de publicidad preventiva en relación a la epidemia de VIH/SIDA. Principalmente campaña en formato de folletos de publicidad preventiva. Estas dificultades estaban asociadas a los limitados recursos económicos y a aspectos culturales.			

ONGs: Organizaciones no gubernamentales; UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral; ETS: Enfermedades de transmisión sexual; N.I.: No se incluyen en el estudio; N: Número de sujetos participantes en el estudio; T: Campañas de televisión; P: Campañas de prensa escrita; R: Campañas de radio.

ante el rechazo de algunos clientes a usar el preservativo (Van Griensven et al., 1998).

China

En los estudios llevados a cabo en China se ha manifestado interés por conocer el papel de los medios de comunicación en la prevención de VIH/SIDA entre la población de adolescentes. Este es el caso del trabajo realizado por Walsh-Childers, Treise, Swain y Dai (1997) en el que se evalúan los conocimientos, creencias y aceptabilidad que tienen los adolescentes de los *mass media* como intervención educativa en cuanto a la epidemia del SIDA. Tras los resultados del estudio se concluyó que el canal de comunicación más usado para obtener información era la radio, a pesar de que también se atendía a las campañas emitidas en televisión. Sin embargo, los adolescentes resaltaban la publicidad impresa como el mejor canal de comunicación para obtener información. A pesar de ello, se expresó una desconfianza general en cuanto a la información que ofrecían los medios. En la evaluación objetiva de los conocimientos con los que contaban los participantes, se evidenció que poseían tanto información correcta como errónea de la infección por VIH. Además, se realizaron evaluaciones acerca de otras variables de interés, que pusieron de manifiesto una baja susceptibilidad de riesgo y un locus de control externo sobre las posibilidades de verse afectados por la enfermedad. Los resultados indican que se ha de enfatizar la conciencia del riesgo y amenaza de la infección por VIH entre los adolescentes de China (Walsh-Childers et al., 1997).

Estudios más recientes con población asiática se centran en la cobertura que tienen los mensajes de prevención de VIH/SIDA. Así, en el trabajo realizado por Lau y Tsui (2002) se evaluó el porcentaje de una muestra de 6.795 personas de población general de Hong Kong que habían visto campañas relacionadas con esta temática, en el periodo comprendido entre los años 1994 y 2000. Los resultados mostraron que un 50,5% habían visto las campañas en el año 1994, porcentaje que decayó al 25,6% en el año 2000. Además, la eficacia percibida de la publicidad resultó ser inferior al 50% entre los participantes en el estudio. Estos datos son de utilidad *en pro* de una formulación más eficaz de las intervenciones que se pongan en marcha a través de los medios de comunicación (Lau y Tsui, 2002).

India

Los datos de prevalencia ya recogidos en apartados anteriores y la extensión de la población de la India convierten este país en un importante foco para las campañas de prevención que se desarrollen. Los estudios que han abordado los mensajes de salud transmitidos en esta región han enfatizado la necesidad de que se analicen las preocupaciones, mitos e información errónea y en general, se proporcione educación y salud sexual. Estas mejoras de los esfuerzos preventivos deben de focalizarse además, entre los jóvenes que se han convertido en la clave para lograr cambios en la lucha contra la expansión de la pandemia (James, Hoff, Davis y Graham, 2005).

Entre los estudios de evaluación más completos en la India, destaca el realizado por Sood y Nambiar (2006) en el que se evalúan las campañas basadas en “educación-entretenimiento” para la reducción de conductas de riesgo de la infección por VIH entre población con edades superiores a los 15 años. En dicho estudio se analizaron distintos aspectos de los mensajes. Estos eran: evaluación de los factores que influían en el cambio conductual logrado, evaluación del formato de la campaña que alcanzaba resultados de mayor interés en el cambio de conducta y aspectos relativos al coste-efectividad de los distintos formatos de publicidad incluidos en el estudio. Los resultados fueron que el recuerdo de los mensajes correlacionaba con los cambios conductuales, tenía relación con la comunicación interpersonal con la pareja acerca del uso del preservativo así como con las actitudes positivas de género (en una población tan influida por los valores culturales). Entre todos los formatos empleados para transmitir la información, las series de televisión (que contenían mensajes sobre salud sexual, igualdad de género y temas relativos a la infección por VIH/SIDA) eran los que resultaban ser más rentables en coste-beneficio. Esto es, tras analizar el coste de la publicidad a través de series televisivas frente a los beneficios logrados en cuanto a cambios conductuales, este canal era el que obtenía mejores resultados. Los autores resaltan la utilidad de la información preventiva contenida en estas series y la oportunidad que ofrecen a la audiencia para vincularse a un aprendizaje social y a la comunicación interpersonal necesaria para la adopción de determinadas conductas de salud.

Japón

Por último, en cuanto al continente asiático, Japón está ocupando un lugar importante en la extensión de la epidemia del SIDA. Se comentan a continuación

algunos de los estudios más destacados que se han realizado y se anticipa que, a pesar del papel de los medios de comunicación para la transmisión de información y conciencia de la enfermedad (Maswanya et al., 2000), no ha habido una evaluación sistemática de los efectos que se han logrado (Hirose, Nakaune, Ishizuka, Tsuchida y Takanashi, 1998).

En el estudio de Hirose et al. (1998) se llevó a cabo un análisis de las campañas publicitarias emitidas sobre el VIH/SIDA a través de dos encuestas entre 1995 y 1996. La población encuestada tenía una edad comprendida entre los 17 y los 65 años. Se evaluó la relación de la exposición a las campañas con la formación de actitudes hacia la enfermedad, la percepción del riesgo, la decisión de hacerse pruebas de detección del VIH y las conductas de prevención adoptadas mediante un cambio de las actitudes previas. Los resultados reflejaron que entre otros recursos de información (libros, familiares, amigos,...), la televisión y los periódicos eran los canales más utilizados para obtener datos sobre la epidemia. Otros resultados de interés fueron que la exposición a los mensajes de salud aumentaba la percepción de riesgo, favorecía la formación de actitudes positivas e incrementaba el número de pruebas para determinar la infección.

En cuanto a la importancia de concienciar a la población sobre la necesidad de hacerse pruebas del VIH, otros estudios han investigado la relación de esta determinación con la recepción de campañas publicitarias. Tanto el estudio realizado por Hirata, Watanabe y Katsumo (1995) como el estudio realizado por Satomura, Nakahara, Kazuaki, Sachiyo y Negumi (2000) concluyeron que las campañas de información pública sobre SIDA incitan a las personas a realizarse las pruebas sanguíneas de los anticuerpos de VIH. Por último, en el trabajo presentado por Miller (2002) se estudia la evolución que han seguido las políticas de prevención de VIH/SIDA en Japón, dentro de las cuales las campañas emitidas a través de los *mass media* han ocupado un lugar muy importante. Los datos más relevantes son que la promoción del uso del preservativo ha sido el elemento más destacado de los mensajes de salud y que además se ha centrado de forma importante entre la población que ejerce la prostitución, desde el inicio de la publicidad preventiva hasta la actualidad. Sin embargo, la emisión de estos anuncios ha estado dificultada en gran medida por distintos aspectos culturales y de educación que han impedido un abordaje de las relaciones sexuales sanas de forma adecuada. Estas circunstancias han beneficiado que se dupliquen el número de infecciones que han ocurrido hasta la fecha en Japón.

Tabla 6.3.
Estudios relativos a campañas de prevención de VIH/SIDA en Asia.

PAÍS	ESTUDIO	VARIABLES	AUDIENCIA	CANAL	RESULTADOS
TAILANDIA	Hanenberg et al. (1994)	Uso del preservativo	Mujeres que ejercen la prostitución	T, R	Incremento del uso del preservativo del 14% al 94% entre la población de mujeres participantes en el estudio y que habían recibido las campañas.
	Van Griensven et al. (1998)	Uso del preservativo	Mujeres que ejercen la prostitución (N= 751)	P	Incremento de los conocimientos y de la vulnerabilidad percibida. No se incrementó el uso del preservativo. Importancia de la variable negociación de uso del preservativo.
CHINA	Walsh-Childers et al. (1997)	Conocimientos, susceptibilidad de riesgo y locus de control	Adolescentes	T, R, P	Conjunción de información correcta y errónea. Baja susceptibilidad de riesgo y locus de control externo. Necesidad de enfatizar la conciencia de riesgo entre los adolescentes.
	Lau y Tsui (2002)	Cobertura de los mensajes preventivos de VIH/SIDA	Población general (N= 6.795)	T	Porcentaje de cobertura de los anuncios publicitarios de entre el 50,5% y el 25,6% de la población estudiada. Eficacia percibida inferior al 50% de la población encuestada.
INDIA	Sood y Cambiar (2006)	Características de las campañas y su influencia en el impacto logrado	Población general	T, R, P	El recuerdo de las campañas correlacionaba positivamente con el uso del preservativo y la comunicación con la pareja. Las series televisivas era el formato que lograba más impacto.
JAPÓN	Hirose et al. (1998)	Actitudes generadas, percepción de riesgo y conductas de prevención. Canal de comunicación más utilizado	Población general	T, R, P	La exposición a las campañas incrementaba la percepción de riesgo, las actitudes positivas hacia la infección por VIH/SIDA y la decisión de hacerse las pruebas de detección de VIH. La televisión y los periódicos eran los canales más utilizados frente a la radio.
	Hirata et al. (1995); Satomura et al. (2000) ESTUDIOS TEÓRICOS Miller (2002) ESTUDIO TEÓRICO	Las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA repercuten de forma positiva en el incremento de pruebas de detección sanguínea de los anticuerpos de VIH. Esto se convierte en una importante conducta de salud en relación a la epidemia del SIDA y su control. Las políticas de prevención de VIH/SIDA en Japón han enfatizado la promoción del uso del preservativo como medida protagonista en el control de la epidemia. La población que ha sido abordada con carácter más prioritario es la población de mujeres que ejercen la prostitución. Los aspectos culturales y de educación han supuesto un freno importante en la eficacia de las campañas de prevención.			

N.I.: No se incluyen en el estudio; N: Número de sujetos participantes en el estudio; T: Campañas de televisión; P: Campañas de prensa escrita; R: Campañas de radio.

11.2.4. África: el caso de Botswana, Mozambique, Sudáfrica y Zimbabwe.

Sin duda, el continente africano y más específicamente África Subsahariana, constituye la región más afectada por la epidemia del SIDA. Lo anterior se convierte en una razón de peso para que la evaluación de las intervenciones preventivas sea un foco de gran interés. Algunos de los trabajos que aportan datos sobre los resultados de las campañas de información de VIH/SIDA en África se presentan a continuación y un resumen de los mismos aparece recogido en la Tabla 6.4.

Botswana

En Botswana las condiciones económicas y de vida han provocado que las medidas preventivas y los estudios de evaluación de las mismas no vayan en paralelo con el hecho de que constituya el país más afectado por la epidemia a nivel mundial. Entre los escasos trabajos acerca de las campañas publicitarias emitidas en Botswana están los realizados por Ingstad (1990) y Ubomba-Jaswe (1993). Con posterioridad, otros estudios como el de Heald (2006) también describen la evolución que han seguido los mensajes relativos a la enfermedad, que se iniciaron en el año 1988 y que han estado sucedidos por etapas de silencio y problemas en la diseminación de la información entre la población (USAID, 1996). Algunos de los datos más interesantes son que el contenido de los anuncios se ha encaminado a otorgar a la población la educación necesaria en conductas saludables y en materia de la enfermedad de SIDA, así como a trabajar con las ideas erróneas que pudieran existir. La necesidad de uso del preservativo para prevenir la epidemia ha sido una temática ampliamente abordada (Ubomba-Jaswa, 1993). Además, las limitaciones económicas de estas regiones hicieron que las primeras campañas fueron emitidas a través de la radio (Ingstad, 1990) y aún hoy en día éste canal se ha convertido en el único que ha mantenido informada a determinados núcleos de población, hasta el punto de ser llamada la “enfermedad de la radio” (Heald, 2006). A pesar de que se han ido logrando avances en cuanto a la adquisición de conocimientos y la adopción de conductas sexuales más seguras (Norr, Norr, McElmurry, Tlou y Moeti, 2004), las particularidades de esta población han supuesto una resistencia y una inhibición importante para la implementación y eficacia alcanzada con las campañas. Aspectos como la moralidad, las prácticas, las costumbres y los valores culturales de estas comunidades han frenado de forma importante el impacto de los mensajes preventivos (Heald, 2006).

Los avances farmacológicos en el tratamiento de los enfermos de SIDA (como intervención secundaria y terciaria) se han sumado a las campañas más recientes, dadas las dimensiones de la epidemia en este país. Otros aspectos como el énfasis en los derechos humanos de los pacientes afectados por VIH y SIDA han ocupado un importante espacio en las políticas de difusión de información en Botswana (Heald, 2006).

Mozambique

En cuanto a los estudios llevados a cabo en Mozambique, Karlyn (2001) describe la evaluación realizada por el *Population Service International (PSI)* acerca de un anuncio de radio emitido entre 1997 y 1998. Dicho anuncio pretendía promover un cambio de conducta, prevenir las enfermedades de transmisión sexual y la infección por VIH/SIDA. En la evaluación participaron un total de 754 personas con conductas de riesgo y de edades comprendidas entre los 13 y los 49 años. Se tomaron medidas en cuanto a la cobertura de los mensajes, como aspecto importante para determinar su eficacia, el recuerdo de los mismos, así como el impacto conductual en los grupos a los que iban dirigidos. Los resultados recogieron que más de la mitad (52,4%) habían escuchado la campaña, con un recuerdo de la misma del 45,5%. En relación a la intención de cambio de conducta generado, entre aquellos que la habían escuchado, el 97,2% informaban de la intención de cambiar su conducta sexual, frente a un 62,8% de los que no la habían recibido, siendo esta diferencia significativa. El recuerdo también supuso una variable de interés, de manera que entre aquellos que recordaban los mensajes, el 86,1% manifestaba tener intención de modificar su conducta a más protegida; en comparación con un 58% de los que no los recordaban, siendo también esta diferencia significativa. Los resultados aportan datos favorables sobre los logros y alcances de esta publicidad preventiva de VIH/SIDA en Mozambique (Karlyn, 2001).

Sudáfrica

Países como Sudáfrica están firmemente enraizadas en una subcultura de manera que sólo a través del conocimiento de sus prácticas, normas y creencias se podrá alcanzar un cambio de conducta apropiado con los medios de comunicación de masas (Yun, Govender y Mody, 2001). Por el interés de estos aspectos, en el estudio de Yun et al. (2001) se evaluaron las necesidades de información sobre la epidemia del SIDA y su infección por VIH en un total de 471 adolescentes de Sudáfrica. En concreto, se

evaluaron las preferencias en cuanto a la modalidad para recibir la información sobre prevención, bien a través de la televisión, radio o prensa escrita. Se analizaron las diferencias entre varones y mujeres, así como por grupos étnicos, como variables sociodemográficas importantes para optimizar el impacto alcanzado por las campañas. Los resultados reflejaban que en la recepción de mensajes preventivos sobre VIH/SIDA (tanto en ambos sexos como a través de los distintos grupos étnicos incluidos en el estudio) el canal preferido era la televisión. Los autores resaltan la necesidad de elaborar y emitir campañas basadas en una segmentación de la audiencia tras estudiar las diferencias en cuanto a programación preferida y las franjas horarias en las que se suele ver la televisión. De esta manera se lograría influir e impactar en las conductas de prevención de estos adolescentes de una forma más acertada (Yun et al., 2001).

Entre otros estudios similares que se han centrado en las variables que influyen en el impacto logrado por los mensajes preventivos, así como en las características sociodemográficas relacionadas, está el de Camlin y Chimbwete (2003). El impacto estaba determinado en gran medida por el uso del preservativo en la última relación sexual, de manera que los mensajes que reforzaban que el uso del preservativo prevenía de la infección por VIH influían positivamente en su uso posterior. Esto se daba principalmente en la población de mujeres de un nivel educativo superior, que pertenecían a áreas urbanas y de edad adolescente.

Zimbabwe

Zimbabwe, junto con Botswana, Mozambique y Sudáfrica, comprende uno de los países del continente africano más afectado por la epidemia, son escasos los estudios que se han llevado a cabo para evaluar las medidas preventivas realizadas a través de los medios de comunicación para frenar la epidemia. Entre ellos, la investigación de Chikombero (2004) estudió los efectos logrados por distintos mensajes publicitarios en relación al VIH/SIDA. Se evaluaron las conductas en cuanto a la prevención de VIH y las percepciones de autoeficacia, amenaza y locus de control. Se evidenció un alto nivel de exposición a las campañas publicitarias emitidas en Zimbabwe entre la muestra considerada. Además, se encontró una relación directa de dicha exposición con la intención de poner en práctica conductas sexuales seguras. Sin embargo, se concluyen algunas limitaciones relativas a las variables de autoeficacia y locus de control que no se fomentaban a través de los mensajes. Los autores destacan, una vez más, la importancia de considerar las características y prácticas socioculturales de las sociedades a las que

van destinadas las campañas, como aspecto que media en la influencia que éstas alcancen.

11.2.5. Oceanía: El caso de Australia y Nueva Zelanda

A pesar de que en Oceanía la epidemia del SIDA no ha tenido las repercusiones que en otros continentes, la preocupación por la enfermedad se ha puesto de manifiesto a través de las campañas de prevención y se ha evaluado el poder de los medios de comunicación para crear una conciencia social y un cambio de actitudes hacia la pandemia (Neisel y Young, 1994). Esto se ha realizado principalmente en Australia y Nueva Zelanda. Se recogen a continuación los principales estudios (véase Tabla 6.5).

Australia

Entre los trabajos iniciales destacan el de Ross, Rigby, Rosser, Anagnostou y Brown (1990). Se evaluó el cambio de actitudes hacia la enfermedad de SIDA y las creencias generadas en 825 sujetos de edades superiores a los 16 años. Las evaluaciones de línea base se realizaron seis meses antes de la emisión de la campaña y cinco meses después de la misma. Se registraron cambios sobre los conocimientos de la infección por VIH y los participantes estaban menos preocupados por las posibilidades de infección casual. Los autores confirmaron los resultados positivos alcanzados en la generación de conocimientos y actitudes positivas hacia la enfermedad de SIDA. En trabajos posteriores se realizó un análisis de algunos de los anuncios publicitarios de prensa escrita en Australia para ver la evolución que habían seguido (Lupton, Chapman y Wong, 1993). Se consideraron un total de 2.795 artículos en relación al SIDA. Se evidenció una evolución en la temática de las campañas y notas de prensa, de manera que a pesar de que inicialmente se vinculaba la epidemia principalmente al grupo de población de homosexuales las posibilidades de afectar de forma importante a población heterosexual se fueron haciendo presentes (Lupton et al., 1993).

A lo largo de los distintos países analizados se ha puesto de manifiesto la relevancia de los aspectos culturales y el rechazo a determinada información sobre el uso del preservativo. En cuanto a esto, en el estudio de Waller (1999) se evaluó el carácter ofensivo que estimaban 125 jóvenes y adultos acerca de determinados productos contenidos en campañas publicitarias de distinta índole (un total de 15 temas). Entre ellas había un conjunto de mensajes relativos al uso del preservativo y la

Tabla 6.4.
Estudios relativos a campañas de prevención de VIH/SIDA en África.

PAÍS	ESTUDIO	VARIABLES	AUDIENCIA	CANAL	RESULTADOS
BOTSWANA	Heald (2006); Ingstad (1990); Norr et al. (2004); Ubomba-Jaswa (1993) ESTUDIOS TEÓRICOS	El contenido principal de la publicidad preventiva de VIH/SIDA emitida en Botswana enfatiza la necesidad de usar preservativo para prevenir la epidemia. La radio se convierte en el principal medio de emisión de información preventiva. Se han logrado avances en la adquisición de conocimientos y la adopción de conductas sexuales seguras, sin embargo los aspectos culturales de estas comunidades han supuesto un gran freno a la disminución de casos. Necesidad de abordar la solidaridad con los afectados por la pandemia. A las campañas publicitarias se ha sumado la difusión de aspectos relativos a la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad, debido a las dimensiones que alcanza el SIDA en este país.	Población de riesgo (N= 754)	R	Cobertura de un 52,4% de la población estudiada, recuerdo de un 45,5% de la campaña. Un 97,2% de la población estudiada y que había escuchado el anuncio informaba de la intención de cambiar su conducta sexual. Un 86,1% de la población estudiada y que recordaba el anuncio informaba de la intención de cambiar su conducta sexual.
MOZAMBIQUE	Karlyn (2001)	Cambio de conducta, cobertura y recuerdo de los mensajes	Población de riesgo (N= 471)	T, R, P	La televisión era el canal de preferencia para recibir la información preventiva de VIH/SIDA. Necesidad de segmentar la audiencia en la transmisión de la publicidad preventiva para un mayor impacto entre los adolescentes.
SUDÁFRICA	Yun et al. (2001)	Canal de comunicación de preferencia. Diferencias sociodemográficas de interés.	Población general	N.I.	El uso previo del preservativo se relacionaba positivamente con la influencia de la publicidad preventiva. Influencia de las variables sociodemográficas, como sexo, edad y lugar de residencia en el impacto diferencial alcanzado.
ZIMBABWE	Camlin y Chimbwete (2003)	VARIABLES MEDIADORAS DEL IMPACTO PUBLICITARIO	Población general	T	Intención de poner en práctica conductas sexuales seguras. No se incrementó la autoeficacia y el locus de control. Necesidad de considerar las características y prácticas socioculturales de estas sociedades como variables mediadoras en el impacto logrado por las campañas.
	Chikombero (2004)	Conductas de prevención de VIH y percepciones de autoeficacia, amenaza y locus de control	Población general		

N.I.: No se incluyen en el estudio; N: Número de sujetos participantes en el estudio; T: Campañas de televisión; P: Campañas de radio.

prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA. Los resultados reflejaron que los mensajes relacionados con estas temáticas (frente a otras) eran bien aceptados y no se generaban actitudes negativas. Waller resalta la importancia de realizar estudios en los que se indague acerca de las actitudes hacia la publicidad y productos que puedan generar controversias o ser ofensivos en algún modo para determinados sectores, debido a que esto puede estar influyendo de forma relevante en el impacto que alcancen.

Por último, Slavin, Batrouney y Murphy (2007) evaluaron la eficacia de cinco campañas publicitarias en prensa emitidas en Australia y que hacían apelaciones al miedo. En Oceanía el uso de la inducción del miedo para combatir la epidemia ha llevado a que la evaluación de estas apelaciones emocionales sea un importante objetivo de diversos trabajos en los que se pretende conocer el impacto publicitario. Los participantes de dicho estudio eran 27 varones homosexuales, con distintos estatus serológicos (infectados por VIH y no infectados). Los datos recogieron que se producía un incremento de la culpa y el escepticismo sobre el tratamiento para el VIH y que se trataba de herramientas ineficaces para promover la salud tanto entre afectados como no afectados. Además, los sentimientos de culpa y estigma eran exacerbados en los varones homosexuales obteniendo peores resultados de salud (Slavin et al., 2007).

Nueva Zelanda

Un estudio de gran interés realizado con publicidad preventiva de SIDA de Nueva Zelanda y de Australia es el de Rosser (1991). Se evaluó la eficacia y el impacto logrado a través de la inducción de miedo en la audiencia frente a información en positivo acerca de la epidemia. La campaña australiana emitida en 1987 y con el nombre de "*The Grim Reaper*" hacía referencia a la visión de la infección por VIH y la enfermedad como una epidemia que arrasaba con la población y con consecuencias mortales. Frente a esto, la publicidad de Nueva Zelanda suavizaba la información y otorgaba un papel activo a la población a través de la prevención. Se comparó la conducta de un grupo de 77 varones homosexuales de Australia con otro grupo de 159 varones homosexuales de Nueva Zelanda. La edad de los participantes estaba entre los 16 y los 77 años. Se tomaron medidas de línea base acerca de las conductas sexuales. En ambos grupos alrededor de un 75% afirmaban mantener relaciones sexuales seguras. Tras el seguimiento se concluyeron los siguientes resultados: el porcentaje de conductas sexuales seguras incrementó hasta un 83% en el caso de los sujetos que recibieron mensajes elaborados en positivo; sin embargo en el grupo que recibieron mensajes con

inducción de miedo decreció hasta un 47%. En el estudio se discutieron los datos en cuanto a que la publicidad que apela al miedo puede no estar contribuyendo a la prevención de nuevos casos de infección por VIH/SIDA, con la consiguiente necesidad de su mejora.

Por último, Lynskey y Fergusson (1993) evaluaron los patrones de conducta sexual en un conjunto de 952 adolescentes y su relación con la publicidad sobre SIDA. Se analizaron variables relativas a la actividad sexual y al uso del preservativo. Los resultados reflejaron un importante porcentaje de adolescentes activos sexualmente, un 49,45%, de entre los que un 80% informaban usar siempre el preservativo en sus relaciones sexuales. A pesar de ello, el 20% restante refería haber tenido al menos un encuentro sexual sin usarlo. Los datos aportan información a favor de los efectos de la publicidad preventiva de VIH/SIDA en Nueva Zelanda, sin embargo se hace necesario una intensificación de las medidas que permita alcanzar a este grupo que seguían manteniendo conductas de riesgo (Lynskey y Fergusson, 1993).

11.2.6. Europa Oriental: el caso de Rusia y Ucrania.

Rusia y Ucrania son los países protagonistas de la epidemia del SIDA en la región de Europa Oriental. Los estudios de evaluación de sus campañas se describen a continuación y aparecen resumidos en la Tabla 6.6.

Rusia

Rusia representa uno de los países más afectados de Europa Oriental (James et al., 2005; Kalichman et al., 2000; ONUSIDA, 2006). Las primeras campañas se comenzaron a emitir a finales de los años 1980 y se sucedieron los estudios de evaluación del impacto que habían logrado (Health Ministry of Rusia, 1997). Inicialmente se focalizaban en promocionar prácticas sexuales seguras y consiguieron que el público que había estado expuesto a la información sobre SIDA tuviera adecuados conocimientos en relación a la infección por VIH y las modalidades de transmisión. Sin embargo, al igual que se ha recogido con anterioridad en otros trabajos, se detectó que existía una importante desconexión entre los conocimientos que tenía la población con las prácticas sexuales que pusieran en marcha. Por ello, se evidenciaba la necesidad de un trabajo más enfático de estas medidas preventivas y que además abordara de forma urgente el creciente número de UDVP, ya que la epidemia se estaba

Tabla 6.5.
Estudios relativos a campañas de prevención de VIH/SIDA en Oceanía.

PAIS	ESTUDIO	VARIABLES	AUDIENCIA	CANAL	RESULTADOS
AUSTRALIA	Ross et al. (1990)	Cambio de actitudes y creencias generadas sobre la epidemia de VIH/SIDA	Población general (N= 825)	T	Se generaron más actitudes positivas hacia la enfermedad de SIDA. Las campañas lograron mayores conocimientos y menor preocupación sobre la infección casual del VIH entre los participantes del estudio.
	Lupton et al. (1993)	Evolución de la temática de las campañas preventivas	N.I.	P	Inicialmente la epidemia estaba vinculada a la población homosexual, posteriormente aparece como una epidemia que afecta a toda la población y de forma importante a la población heterosexual no abordada de un modo prioritario hasta la fecha.
	Waller (1999)	Aceptación de determinados productos publicitados y sus campañas	Jóvenes y adultos (N= 125)	N.I.	Las campañas relativas al uso del preservativo y prevención del SIDA no generaban actitudes negativas y eran bien aceptadas. Necesidad de un mayor estudio acerca de las actitudes generadas por la publicidad debido a que esto puede tener relevancia en el impacto que alcance.
	Slavin et al. (2007)	Efecto de las campañas de inducción de miedo	Varones homosexuales infectados por VIH <i>versus</i> no infectados (N= 27)	P	Las apelaciones al miedo no resultaban eficaces, incrementaban el escepticismo en relación al VIH, la culpa y el estigma entre los varones homosexuales y generaban peores resultados de salud.
	Rosser (1991)	Campañas de inducción de miedo <i>versus</i> campañas elaboradas en positivo.	Varones homosexuales (N= 236)	T	Incremento de conductas sexuales seguras entre los varones que recibieron campañas elaboradas en positivo (83%) frente a aquellos que recibieron mensajes con inducción de miedo (47%). La publicidad que apela al miedo puede no está contribuyendo a la prevención de nuevos casos de infección por VIH/SIDA.
NUEVA ZELANDA	Lynskey y Fergusson (1993)	Actividad sexual y uso del preservativo	Adolescentes (N= 952)	N.I.	Efectos reducidos de la publicidad preventiva. Un 80% de los adolescentes usaban preservativo en sus relaciones sexuales. Necesidad de intensificar las medidas preventivas, siguen existiendo conductas de riesgo en un 20% de los participantes que habían tenido encuentros sexuales desprotegidos.

N.I.: No se incluyen en el estudio; N: Número de sujetos participantes en el estudio; T: Campañas de televisión; P: Campañas de prensa escrita.

extendiendo por esta vía de forma alarmante (Health Ministry, 1997; Kalichman et al., 2000).

Entre otros estudios realizados en Rusia destaca el de Alekseeva (2000) en el que participó población joven de Moscú. El interés principal era encontrar si los conocimientos e información otorgados por los mensajes de salud estaban relacionados con las conductas de prevención para el VIH/SIDA. Se realizó una evaluación de la eficacia de la campaña "*Reasonable Man-Reasonable Choice*". Se obtuvieron resultados positivos entre la población encuestada, de manera que se alcanzaron los logros propuestos en cuanto a la adquisición de los conocimientos necesarios para su utilidad en las conductas saludables que llevaran a la práctica los jóvenes. Por último, en el trabajo realizado por Greenberg et al. (2005) se recoge una evaluación de las campañas educativas en Rusia entre los años 2001 y 2003 con UDVP. Los datos de línea base mostraron que existían altos índices de conducta sexual desprotegida entre estos grupos de población, junto con pocos conocimientos acerca de la enfermedad y los modos de transmisión. Tras la emisión de la campaña disminuyeron las infecciones por VIH entre la población de consumidores de drogas intravenosas que evidenciaban éxitos en las actividades preventivas que se pusieron en marcha (Greenberg et al., 2005).

Ucrania

Los datos de prevalencia ofrecidos por ONUSIDA (2006) indican que Ucrania es el país más afectado de Europa, con una importante representación de población adolescente. Sin embargo, una vez más, lo anterior viene acompañado por unos limitados recursos para la prevención. Otras dificultades en relación a considerar que estas campañas promueven la inmoralidad entre los jóvenes o la promiscuidad sexual, así como la aceptabilidad de temas vinculados al uso del preservativo entorpecen aún más el panorama en Ucrania respecto a la epidemia. La necesidad de desarrollar programas preventivos y estudios de evaluación de los mismos se pone de manifiesto y ha sido abordada en distintos trabajos (Kyrychenko, Kohler y Sathiakumar, 2006). Los resultados obtenidos son que se logra una buena adquisición de conocimientos, actitudes y fomento de la autoeficacia, además de promover cambios positivos en la intención de conducta segura (Kyrychenko et al., 2006).

Por las particularidades de las vías de transmisión más representativas en Ucrania, la publicidad refleja la realidad de la pandemia entre su población. Destacan las estrategias de reducción de daños, aquellos mensajes en los que se hace referencia a

la relevancia de utilizar jeringuillas esterilizadas o nuevas entre los consumidores de drogas intravenosas, así como la responsabilidad de quedarse embarazada por parte de las mujeres ucranianas portadoras del VIH. Además, se ha enfatizado la transmisión de información relativa a estereotipos negativos, culpa y aislamiento de las personas que viven con SIDA. Estas campañas han sido emitidas principalmente a través de panfletos, póster e internet, sin embargo han estado en todo momento a expensas de la accesibilidad a la información entre la población del país (Emery, 2004).

11.2.7. Europa Occidental: el caso de Francia, Italia, Suiza, Portugal, Países Bajos y España.

En Europa Occidental fue alrededor de 1987 cuando comenzaron a emitirse las primeras campañas de prevención de VIH/SIDA. Se hace un análisis de los estudios más destacados en los principales países afectados por la pandemia (para un resumen véase Tabla 6.6).

Francia

Una vez que habían sido emitidas las primeras campañas publicitarias de prevención, las autoridades de salud pública francesas pusieron en marcha los estudios que evaluaron el impacto de las mismas y su vinculación con el uso del preservativo entre la población. En el trabajo de Moatti et al. (1992) se estudió el impacto de la publicidad preventiva de SIDA emitida en Francia a través de la televisión y de la prensa escrita. En concreto, se evaluó el recuerdo y la influencia que había tenido en el uso del preservativo entre determinados núcleos de la población. Por último, se consideraron también las actitudes generadas, los conocimientos, la tolerancia y la solidaridad con las personas infectadas por VIH. Los resultados indicaban que el recuerdo de las campañas en la muestra encuestada estaba alrededor del 90% para los anuncios emitidos en televisión, siendo inferior para el caso de los anuncios emitidos en publicidad impresa. En cuanto a la valoración personal de la influencia de dichas campañas, el 48,4% percibía que habían logrado influirles. De entre los que afirmaban esto, el 65,4% informaba haber usado el preservativo en sus relaciones sexuales en el último año. En referencia a las actitudes y conocimientos, los resultados encontrados eran ambiguos, de manera que el 66% afirmaba haber incrementado el conocimiento sobre la enfermedad y, sin embargo, un 69,9% también decía haber incrementado los

miedos acerca de la misma, así como la preocupación personal sobre el riesgo del SIDA. Una evaluación de los conocimientos recogía que un 98,5% conocía las vías de transmisión sexual, 95,3% lo hacía de las vías de transmisión entre UDVP y un 92,8% en cuanto a las posibilidades de infección a través de transfusiones sanguíneas. Además y entre los que reconocían haber sido más influidos por los mensajes, se expresaban menores actitudes discriminatorias hacia los portadores de VIH. Los resultados eran positivos en cuanto a la eficacia lograda por esta publicidad inicial pero se requerían reforzar aspectos como los relativos a ideas erróneas (Moatti et al., 1992).

Posteriores estudios se centraron en un análisis comparativo del uso de píldoras anticonceptivas frente al uso de preservativos. Se realizó a través de dos encuestas correspondientes a los años 1994 y 1998. El objetivo era determinar la influencia de las campañas de concienciación emitidas en Francia en cuanto al uso del preservativo, como medio eficaz en la prevención de la infección por VIH/SIDA y de embarazos no deseados (Bajos, Warszawski, Gremy y Ducot, 2001). La muestra correspondiente a la encuesta realizada en el año 1994 estaba formada por 559 mujeres, frente a 731 en la encuesta del año 1998. La edad del grupo de mujeres participantes en el estudio oscilaba entre los 18 y los 49 años. Los principales resultados mostraron una reducción significativa en la proporción de mujeres que usaban la píldora como método anticonceptivo. Esto iba en paralelo con un aumento del uso del preservativo, principalmente para el primer encuentro sexual en las mujeres de edades inferiores a los 30 años. En concreto, este incremento se produjo de forma más acentuada en las mujeres de edades comprendidas entre los 20 y 24 años que afirmaban haber tenido más de un compañero sexual en los últimos doce meses e incrementaron el porcentaje de uso del preservativo del 53,3% en 1994 al 76,3% en 1998. Los autores resaltan la importancia de la elaboración de campañas que aborden conjuntamente ambos objetivos, de manera que prestándole importancia a los embarazos no deseados, se siga dedicando una gran atención al riesgo de infección por VIH y a las relaciones sexuales protegidas mediante el uso del preservativo (Bajos et al., 2001).

Estudios más recientes han sido realizados por Grémy y Beltzer (2004). Un total de 7.026 personas de orientación sexual heterosexual y con edades entre los 18 y 54 años participaron en el estudio. Se realizaron encuestas telefónicas en un diseño longitudinal llevado a cabo en los años 1992, 1994, 1998 y 2001. En los resultados obtenidos se apreció un incremento del uso del preservativo hasta 1998, frente a una caída en el porcentaje de uso del mismo en la última encuesta realizada en el año 2001.

Los autores resaltan la necesidad de fortalecer la publicidad de prevención emitida, así como la urgencia de mayor cantidad de fondos destinados a la misma, ante la reducción que han experimentado de 11,3 millones de euros destinados en 1996 a 7,6 millones de euros en 1999 (Grémy y Beltzer, 2004).

Italia

En el caso de Italia y entre los trabajos más destacados están el de Aboulkhair, Unfer y Costabile (1995). Se llevó a cabo una evaluación de publicidad sobre VIH/SIDA y la influencia en adolescentes. La muestra estuvo compuesta por 1.554 participantes con una edad que oscilaba entre los 13 y los 20 años. Los resultados mostraron un decremento en el uso de los anticonceptivos orales al 18,9% frente a datos previos, en los que se recogía un porcentaje de entre un 34,5% y un 43,3% para los años comprendidos entre 1980 y 1989, respectivamente. Lo anterior estuvo acompañado por un incremento del uso del preservativo hasta un 60,6% entre los adolescentes para el primer encuentro sexual. Los resultados suponen datos favorables para una evaluación positiva de las campañas en cuanto a la promoción del preservativo como el único método que además de ser anticonceptivo previene de la infección por VIH.

El estudio realizado por Spizzichino et al. (2005) está enfocado a indagar algunas de las claves del éxito de la publicidad de VIH/SIDA. En concreto, se trabajó con 702 adolescentes y la elaboración de campañas publicitarias en prensa acerca de la prevención de la epidemia. El interés estaba en conocer cuáles son los componentes que los adolescentes consideran necesarios que aparezcan en dicha publicidad para incidir en las conductas sexuales de riesgo de sus iguales. Así, una vez que se elaboraba el material, se describían los elementos más destacados en las campañas. Entre éstos, prevalecían los anuncios con dibujos animados, con mensajes irónicos y divertidos, que a su vez estaban acompañados con afirmaciones directas y tajantes para impactar a la audiencia. Este estudio resulta de utilidad para conocer más de cerca las cualidades que los adolescentes destacan de los mensajes sobre esta temática.

Finalmente en Italia, Signorelli et al. (2006) llevaron a cabo un estudio con un total de 1.985 personas de edades comprendidas entre 18 y 49 años. El objetivo era conocer las principales fuentes de información relacionadas con la prevención de la epidemia. Los resultados mostraron que un 73,2% de la muestra afirmaba que el Ministerio de Salud del país era la principal fuente de mensajes preventivos, frente a otras como educadores o profesionales de la salud. Además, y en relación al soporte o

canal de comunicación por medio del que recibían la información, un 76,7% decía recibirla a través de la televisión y la radio. La prensa escrita por medio de periódicos y revistas ocupaba un 69,4%. En cuanto al cambio de conducta, un 35,7% informaba que había cambiado la conducta sexual tras las campañas, mediante un uso sistemático del preservativo, así como una reducción de los encuentros sexuales ocasionales. Los autores proponen la necesidad de fortalecer y dirigir las campañas tanto a la población general como a población que manifiesta conductas de riesgo específicas. Además se aconseja que los mensajes contengan aspectos más allá de lo meramente informativo, ya que a pesar de que un 80% de la muestra del estudio tenía un nivel de conocimientos adecuado en cuanto a vías de transmisión e infección por VIH, se siguen evidenciando conductas sexuales de riesgo (Signorelli et al., 2006).

Suiza

Las características epidemiológicas de la infección por VIH en Suiza están influyendo en el contenido de las campañas, de manera que como medida protagonista está la promoción del uso del preservativo (Dreifuss, 1998) junto con otras relativas a no compartir material de inyección infectado y a las relaciones monógamas (Hausser, Lehmann, Dubois y Gutzwiller, 1987). En febrero de 1987 se emitió una campaña televisiva cuyo eslogan era “*STOP-AIDS*”. Se realizaron múltiples estudios sobre la eficiencia y viabilidad durante el año posterior a la misma. El objetivo inicial que se pretendía era alcanzar a la población general y de forma específica a los grupos que ponían en práctica conductas de riesgo. Los resultados evidenciaron importantes cambios en las actitudes, de manera que se tradujeron en mayores conductas de protección. Respecto a la venta de preservativos se produjo un incremento del 60% en 1987 frente a años anteriores (Dubois-Arber, Lehmann, Hausser y Gutzwiller, 1987; Pierre-André y Hausser, 1992).

Trabajos posteriores se han centrado en evaluar las características que se hacen necesarias de la publicidad preventiva para que sean programas eficaces y tengan influencia en la conducta. Un país con posibilidades económicas como es Suiza ha permitido indagar las mejoras necesarias en las campañas de VIH/SIDA. Algunas recomendaciones van en la línea de la importancia de apoyar las conductas que se promuevan por las instituciones, organismos y sistemas de salud del país, alcanzar a la audiencia objetivo del cambio conductual de forma repetida y a través de distintos canales de comunicación, así como fomentar cambios a nivel social más que pretender

efectos individuales mediante la exposición a mensajes preventivos (Hornik, 1997). El curso de la epidemia ha condicionado de alguna manera que los esfuerzos preventivos en Suiza continúen teniendo el uso del preservativo como el principal mensaje en las campañas publicitarias que se emitan para frenar la extensión de la enfermedad entre su población (Jonson, Flora y Nath, 1997).

Portugal

Portugal representa uno de los países protagonistas en Europa Occidental en cuanto a la epidemia de VIH/SIDA (ONUSIDA, 2006). Además, tal y como ya ha sido recogido con anterioridad, la infección por VIH-2 tiene en este país una de las regiones en las que se han recogido más casos (Ariën et al., 2005; Toro et al., 2004) por lo que los estudios de evaluación de las campañas de prevención de la enfermedad son muy importantes. En cuanto a los primeros mensajes de salud acerca de la epidemia, los aspectos éticos y deontológicos fueron aquellos que provocaron más interferencia entre la población, debido a que se comenzaba a promocionar el uso del preservativo como el único método eficaz para prevenir la transmisión del VIH (García, 1991).

Pronto comenzaron los trabajos que evaluaban los cambios que se podían dar en la conducta sexual debido a las campañas de información acerca del SIDA. Así, Cruz et al. (1994) estudiaron los conocimientos sobre la enfermedad y el impacto conductual en un total de 210 participantes con distinto nivel educativo (universitarios *versus* no universitarios). Ambos grupos consideraban que estaban bien informados acerca del SIDA. Entre los estudiantes no universitarios la enfermedad estaba asociada de forma prioritaria a grupos de homosexuales y bisexuales, frente a los universitarios que extendían los grupos de riesgo a la población heterosexual con múltiples parejas. Los resultados positivos alcanzados por estas campañas iniciales fueron que se lograron cambios en la conducta sexual, de manera que entre los universitarios se apostaba por el uso del preservativo como conducta sexual segura y entre los no universitarios por las relaciones monógamas. Se destaca la importancia de conocer determinadas variables sociodemográficas como relevantes en el impacto que alcancen los mensajes de salud (Cruz et al., 1994).

Más recientemente se ha apostado por la elaboración de campañas preventivas que estén enfocadas a grupos específicos, motivadas en muchos casos por las características de la pandemia. De esta manera, el diseño de las mismas y los protagonistas de esta publicidad pretenden ser diferentes de manera que se identifiquen

con los grupos poblacionales a los que van dirigidas. Este es el caso de los nuevos diseños de anuncios dirigidos a adolescentes, heterosexuales u homosexuales, con representaciones novedosas de “super-héroes” y emitidas a través de la prensa escrita en diferentes ciudades de Portugal. A pesar de que han logrado éxito y se apuesta por lanzar mensajes particulares en función de la audiencia a la que vayan destinados, distintos factores culturales, sociales y religiosos han supuesto un freno en cuanto al abordaje de determinados grupos poblacionales (Viegas y Campos, 2002).

Por último, Cerqueria (2003) recoge en su estudio un análisis del contenido de la publicidad de SIDA que ha sido emitida en televisiones portuguesas. Se seleccionaron un total de 44 *spots* televisivos con el objetivo de analizar los mensajes que contenían. La autora concluye que el conjunto de campañas consideradas se agrupan en: un 18,1% están destinadas a fomentar la solidaridad y un 18,1% son informativas, en ambos casos están principalmente destinadas a una población general y en el caso de las informativas han resultado en ocasiones confusas y ambiguas en cuanto a la transmisión de datos. El 63,6% restante son preventivas, con la promoción del uso del preservativo como único método eficaz, sin embargo se destaca que entre éstas apenas se promueve la autoeficacia como variable relevante en la prevención y tampoco campañas enfocadas a mujeres a pesar de la importancia que tienen en los nuevos casos de infección por VIH que se registran a nivel mundial.

Países Bajos

En cuanto a esta región, entre los estudios pioneros destaca el de De Vroome et al. (1990) en el que se pretendía ver si los conocimientos, las actitudes y la conducta sexual de una muestra de 1.000 sujetos heterosexuales habían cambiado tras la recepción de los mensajes preventivos iniciales en 1987 y 1988. La edad de los participantes estaba comprendida entre los 15 y los 45 años. Los resultados obtenidos reflejaban mejoras en los conocimientos. Un 98% afirmaban que el preservativo protege de la enfermedad de SIDA (frente a un 78% previo) y las actitudes y ventajas hacia su uso se volvían más positivas en la post-intervención (78% versus 62%). Es importante destacar que aquellas personas que no mantenían relaciones sexuales con parejas estables volvieron sus conductas más protegidas, de manera que se produjo un aumento del uso del preservativo del 30% al 77%, aunque no se logró un uso consistente del mismo. Se produjeron además aumentos en la venta de preservativos lo que confirma los resultados anteriores. La política y las campañas de VIH/SIDA emitidas en Los

Países Bajos han tenido importantes efectos como se refleja en los distintos índices señalados.

Los estudios continuaron y en 1991 De Vroome, Sandfort, De Vries, Palman y Tielman (1991) analizaron el alcance de una campaña publicitaria emitida en el verano de 1989 acerca del SIDA y las enfermedades de transmisión sexual (ETS). La audiencia objetivo de la misma estaba compuesta por jóvenes y se pretendían cambiar creencias erróneas acerca de la transmisión del VIH y otras ETS, ya que esto puede interferir en la adopción de conductas seguras. Los resultados obtenidos mostraron que las campañas lograban llegar a gran cantidad de jóvenes de entre los que se conseguía incrementar la percepción de riesgo y reducir información incorrecta acerca de la epidemia. De nuevo, son resultados favorables para el éxito de las medidas que se estaban poniendo en marcha. Los autores destacan la importancia de que los mensajes no sean meramente informativos, sino que además logren incidir en otras variables psicológicas significativas en prevención.

A pesar de que se ha logrado modificar en gran parte los conocimientos y las conductas de las personas acerca del VIH/SIDA, algunos trabajos destacan la necesidad de trabajar con las actitudes que están a la base de muchos de los comportamientos. Así De Vroome, Paalman, Dingesl Stad, Kolker y Sandfort (1994) resaltan que las prácticas sexuales seguras han incrementado en gran medida debido a los años de campañas que así las promocionan y que los conocimientos también han variado a más informados y positivos. Sin embargo, estos cambios parecen no ser consistentes y la base de esto puede estar en que las actitudes no han sido modificadas por lo que éste se convierte en el gran reto de la publicidad preventiva.

Por último, en la investigación desarrollada por Bos, Kok y Dijker (2001) se ponen de manifiesto distintos aspectos de interés e implicados en las campañas educativas y de prevención de la enfermedad en Los Países Bajos. Tras estudiar en 751 adultos participantes aspectos relativos al conocimiento acerca de la enfermedad y su tratamiento, así como otros relacionados con la solidaridad hacia las personas afectadas, los autores destacan que la publicidad ha de destinar un importante espacio al estigma creado entre la sociedad sobre el SIDA. De acuerdo con Bos et al. (2001) se requiere que los mensajes preventivos además contengan reacciones públicas positivas hacia las personas que padecen la infección o la enfermedad, junto con un refuerzo del conocimiento y aspectos de la infección a través de un contacto casual como variables necesarias para que la percepción de riesgo sea beneficiosa en la prevención pero no

estigmatice a los afectados. Intervenciones de este tipo, según los autores, han de hacerse de forma prioritaria entre la población de nivel educativo más bajo y personas mayores y benefician el control de la epidemia sin olvidar los aspectos de solidaridad y más humanos.

España

En el año 1987, coincidiendo con las primeras campañas de prevención de la epidemia en muchos otros países, en España se emitió “Sida, no da” que promovía el uso del preservativo y la adopción de distintas conductas seguras en cuanto a la infección por VIH. Los estudios que se realizaron con posterioridad recogieron resultados satisfactorios en la adquisición de conocimientos por parte de la población, en concreto, un 80% sabía cómo se transmitía la infección por VIH, sin embargo un 30% seguía manifestando un rechazo hacia los afectados por la enfermedad. Estos datos son el resultado de una epidemia que empezaba a conocerse entre la población y que estaba siendo divulgada por los medios de comunicación, así como las medidas preventivas necesarias².

Las labores de prevención continuaron y en 1989 apareció por primera vez en la prensa española el 1 de Diciembre como día Mundial del SIDA. Se sucedieron entonces las campañas, algunas de ellas se recogen a continuación:

- “Póntelo-Pónselo” (año 1990), “Todos somos iguales ante el SIDA” (años 1995-1996), “Juega sin riesgo” (año 1998), “Aquí tienes una solución redonda para prevenir el SIDA” (años 1998-2000), “Por ti, por mi” (año 1999), “El Sida puede cruzarse en tu camino, protégete” (año 2000) “El Condón, póntelo en la cabeza” (años 1999-2002), “A todos nos puede llegar el virus del SIDA” (años 2003-2004) o “Por ti y por todos, úsalo” (año 2005).

A raíz de la primera publicidad emitida, comenzaron los estudios para evaluar la eficacia e impacto logrado por la misma, aunque los resultados no fueron muy alentadores. En el estudio de Páez et al. (1992), se evaluaron un conjunto de anuncios de televisión. Los autores concluyeron que el impacto alcanzado era de alrededor de un

² Nota: La información y los datos recogidos acerca de España fueron obtenidos en su mayoría del Ministerio de Sanidad y Consumo (2001, 2006b) y los Planes Multisectoriales Elaborados.

10% y que los efectos que se lograban eran a corto plazo, mostrando una reducción de las creencias incorrectas. Se encontraron importantes limitaciones en el impacto actitudinal de manera que una vez más no bastaba con obtener información sobre la enfermedad sino que era necesario trabajar con otras variables relevantes para la emisión de conductas de salud.

Los intereses por la prevención y las medidas implementadas en España llevaron a que se realizaran, a partir de 1997, desde el Ministerio de Sanidad y Consumo y el Plan Nacional sobre el Sida, un Plan Multisectorial que evaluara la eficacia de las intervenciones que se estaban poniendo en marcha, entre las que las campañas publicitarias adquieren un gran protagonismo. Se puso un énfasis especial en las actividades dirigidas a los jóvenes.

De acuerdo con este Plan Multisectorial señalado, los principales objetivos que se han abarcado desde las campañas españolas de prevención de VIH/SIDA son los que se describen a continuación:

- Aumento del grado de información sobre la epidemia.
- Promoción de unas relaciones sexuales seguras y desarrollo de las habilidades necesarias para su puesta en práctica, así como un uso sistemático del preservativo como medida eficaz para la prevención de la infección por VIH.
- Énfasis en el diálogo sobre temas de sexualidad entre padres e hijos.
- Prevenir la infección entre el grupo de consumidores de drogas intravenosas, como primera conducta de riesgo de la infección por VIH/SIDA en España y promover el uso del preservativo en esta población.
- Trabajar los conocimientos, las actitudes y las habilidades que se consideren necesarias en la población de mujeres, para que haya una igualdad en cuanto al uso del preservativo y el control de sus relaciones sexuales.
- Colaboración y solidaridad con los más afectados por la epidemia.

Un seguimiento desde el *barómetro sanitario* empleado en los planes multisectoriales recoge que en 1998 la mayoría de la población, especialmente la de jóvenes, conoce los mecanismos de transmisión. Sin embargo, se reclama de nuevo, tal y como se recogía en el estudio de Páez et al. (1992), la necesidad de monitorizar los cambios no sólo en conocimientos, sino también en actitudes y prácticas sexuales de riesgo, de los cuales además se haga un seguimiento adecuado. Otras conclusiones a las

que se ha llegado es que en España, a pesar de percibirse cierta saturación de información en cuanto al SIDA, tanto en la población general como en grupos más específicos entre los que destacan los jóvenes y los profesionales sanitarios, la extensión que sigue la epidemia es superior a los países afines. No obstante, los balances realizados hasta la fecha son positivos, tanto por los organismos oficiales, los departamentos ministeriales y los planes de SIDA autonómicos como por otras organizaciones de la Comisión Nacional de Sida o la Fundación para la investigación y la prevención del SIDA en España. Esto es, tanto en relación a los casos de SIDA como en cuanto a las infecciones por VIH se ha experimentado una disminución importante. En este sentido los medios de comunicación social han hecho una gran labor (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2001, 2006b).

Algunas de las medidas más innovadoras que se están poniendo en marcha en España son aquellas centradas en el estudio de nuevos diseños para la promoción de los mensajes preventivos. En concreto, Páez et al. (2001) evaluaron la eficacia de cortos de ficción en la actitud e intención preventiva, así como en la percepción de riesgos. En general, los autores concluyen que los cortos preventivos consiguieron una mayor intención de compra de preservativos. Estudios de estas características amplían el marco de la publicidad y la posibilidad de formatos que se pueden ofrecer. Por último, en la Universidad de Salamanca se está investigando acerca de las mejoras requeridas para los formatos audiovisuales. Entre las medidas destacadas en materia de prevención de VIH/SIDA está la importancia de potenciar los formatos audiovisuales que conformen narraciones dramáticas con escenarios “sexuales-afectivos” y que faciliten la empatía e identificación con los personajes. Se pretende en general lograr “actitudes más positivas hacia las relaciones sexuales con preservativo” (Igartua, 2000, p.213).

La elaboración de campañas publicitarias no puede hacerse sin considerar que la audiencia tiene un papel activo en la recepción de la información y que aporta sus particularidades psicológicas que influyen en el proceso persuasivo. Este tema se aborda en el apartado que sigue a continuación.

12.- VARIABLES PSICOLÓGICAS Y SU RELACIÓN CON LA PERSUASIÓN PUBLICITARIA

Entre los resultados descritos en los estudios anteriores se ha prestado especial atención a variables ajenas a características individuales de las personas, destacando

Tabla 6.6.
Estudios relativos a campañas de prevención de VIH/SIDA en Europa Oriental y Occidental.

PAÍS	ESTUDIO	VARIABLES	AUDIENCIA	CANAL	RESULTADOS
RUSIA	Health Ministry (1997); Kalichman et al. (2000) ESTUDIOS TEÓRICOS	Desde el inicio de las campañas de prevención de la epidemia, el público objetivo de estas campañas tenía adecuados conocimientos que sin embargo no se traducía en prácticas sexuales seguras. Necesidad de enfatizar los estudios que encontrarán otras variables relacionadas con los aspectos conductuales implicados en la epidemia así como de abordar el creciente número de usuarios de drogas por vía parenteral como un importante mecanismo de transmisión entre la población de Rusia.			
	Alekseeva (2000)	Conocimientos sobre VIH/SIDA y conductas de prevención de la infección.	Jóvenes	N.I.	Adquisición de conocimientos adecuados para influir en las conductas saludables y de prevención de la epidemia de VIH entre los jóvenes participantes en el estudio.
	Greenberg et al. (2005)	Conducta sexual de riesgo	Población UDVP	N.I.	Altos índices de conducta sexual desprotegida en este grupo de población, junto con pocos conocimientos acerca de la enfermedad y los modos de transmisión. Disminución de la infección por VIH entre UDVP tras la emisión de las campañas.
UCRANIA	Emery (2004) ESTUDIO TEÓRICO	La representación principal de las campañas en ha estado compuesta por panfletos, póster y la transmitida por internet. Se enfatiza la necesidad de disminuir los estereotipos negativos, la culpa y el aislamiento de las personas que viven con SIDA. Promocionar la política de reducción de daños entre UDVP y la conciencia entre las mujeres portadoras de VIH ante posibles embarazos han sido los mensajes que de forma prioritaria se han transmitido debido a los datos epidemiológicos que presentan estas vías como protagonistas entre la población de Ucrania.			
	Kyrychenko et al. (2006) ESTUDIO TEÓRICO	Los programas educativos y las campañas de prevención han dado resultados positivos en cuanto a adquisición de conocimientos, actitudes y autoeficacia para la prevención. Se lograron, además promover cambios positivos en la intención de conducta segura. Necesidad de un mayor desarrollo de programas preventivos y de estudios de evaluación de los mismos.			
FRANCIA	Moatti et al. (1992)	Recuerdo de las campañas, actitudes y conocimientos. Solidaridad hacia las personas infectadas por VIH.	Población general	T, P	Elevado recuerdo de las campañas, principalmente las de televisión (90%). Incremento de los conocimientos pero también del miedo y riesgo ante una posible infección. Actitudes menos discriminatorias hacia los portadores de VIH.
	Bajos et al. (2001)	Uso del preservativo y uso de la píldora anticonceptiva	Mujeres adultas y jóvenes (N=1.290)	N.I.	Aumento del uso del preservativo y disminución del uso de la píldora anticonceptiva principalmente entre mujeres más jóvenes.
	Grémy y Beltzer (2004)	Uso del preservativo y cambio en la conducta sexual	Población heterosexual (N=7.026)	N.I.	Campañas focalizadas en el uso del preservativo. Incremento de uso en las etapas iniciales de la pandemia seguido de una disminución.
ITALIA	Alboulkhair et al. (1995)	Uso del preservativo y uso de la píldora anticonceptiva	Adolescentes (N=1.554)	N.I.	Aumento del uso del preservativo hasta un 60,6% y disminución importante del uso de la píldora anticonceptiva.
	Spizzichino et al. (2005)	Elementos destacados por los adolescentes en las campañas de prevención de VIH/SIDA	Adolescentes (N= 702)	P	Prevalecen los mensajes con dibujos animados, con mensajes irónicos y divertidos pero con afirmaciones directas y tajantes para impactar a la audiencia y prevenir ante la infección por VIH/SIDA.
	Signorelli et al. (2006)	Fuentes y canal de preferencia. Uso del preservativo y conductas de riesgo	Población general (N= 1.985)	T, R, P	El Ministerio de Salud como fuente preferida de información. En cuanto al canal, televisión y radio (76,7%) versus prensa (69,4%). Cambios en conducta sexual pero siguen existiendo conductas de riesgo a pesar que un 80% de la muestra estaba bien informada.

N.I.: No se incluyen en el estudio; UDVP: Usuarios de drogas por vía parenteral. ; N: Número de sujetos participantes en el estudio; T: Campañas de televisión; P: Campañas de prensa escrita; R: Campañas de radio.

Tabla 6.6. (Continuación)
Estudios relativos a campañas de prevención de VIH/SIDA en Europa Oriental y Occidental.

PAÍS	ESTUDIO	VARIABLES	AUDIENCIA	CANAL	RESULTADOS
SUIZA	Dubois-Arber et al. (1987); Pierre-André y Hausser (1992)	Eficiencia y viabilidad de las primeras campañas de VIH.	Población general y con conductas de riesgo	T	Importantes cambios en las actitudes y conductas de la audiencia de las campañas a más protegidas. Se incrementó la venta de preservativos en un 60%.
	Homik (1997); Jonson et al. (1997) ESTUDIOS TEÓRICO	Mayor promoción de campañas objetivo de forma repetida y a través de distintos canales de comunicación. Fomentar cambios sociales más que cambios individuales. El uso del preservativo sigue siendo la medida protagonista para la prevención de VIH/SIDA emitida por las campañas debido a datos epidemiológicos.	por parte de instituciones, organismos y sistemas de salud del país. Necesidad de alcanzar a la audiencia a través de distintos canales de comunicación. Fomentar cambios sociales más que cambios individuales. El uso del preservativo sigue siendo la medida protagonista para la prevención de VIH/SIDA emitida por las campañas debido a datos epidemiológicos.		
PORTUGAL	Cruz et al. (1994)	Conocimientos y cambios logrados en la conducta sexual	Jóvenes (N= 210)	T, P, R	Resultados positivos alcanzados por las campañas, mayor uso del preservativo y relaciones monógamas como conductas más seguras.
	Viegas y Campos (2002)	Nuevos diseños y protagonistas en las campañas	Adolescentes	P	Resultados positivos de campañas más innovadoras pero repuestas de rechazo motivadas por factores culturales, sociales y religiosos.
	Cerqueira (2003)	Contenido de los <i>spots</i> televisivos emitidos en Portugal.	N.I.	T	Se establecen tres categorías de campañas: solidarias (18,1%), informativas (18,1%) y preventivas (63,6%). Necesidad de mejora en la transmisión de la información y las variables relevantes para transmitir mensajes preventivos (p.ej. autoeficacia y género).
PAÍSES BAJOS	De Vroome et al. (1990)	Conocimientos, conducta sexual y actitudes	Población heterosexual (N=1.000)	N.I.	Cambios en los conocimientos y en las actitudes. Aumento del uso del preservativo de un 30% al 77% post-intervención y de su venta. Necesidad de lograr cambios más consistentes.
	De Vroome et al. (1991)	Efecto de la publicidad preventiva, alcance y cambio de creencias erróneas	Jóvenes	N.I.	Gran alcance logrado por la publicidad. Disminución de la información incorrecta y aumento de la percepción de riesgo.
	De Vroome et al. (1994) ESTUDIO TEÓRICO	La publicidad preventiva sobre VIH/SIDA desde 1987 en Los Países Bajos ha logrado modificar los conocimientos sobre la enfermedad y las conductas sexuales de gran parte de la población. Sin embargo se hacen necesarios cambios, a través de estas campañas, en las actitudes de tal manera que favorezcan mayor estabilidad y constancia en las adopciones de prácticas seguras sobre la epidemia.			
	Bos et al. (2001)	Información contenida en la publicidad preventiva	Adultos (N=751)	N.I.	Importancia en las campañas de aspectos relativos a la solidaridad con los afectados por la pandemia y otros en cuanto a la infección causal para favorecer la prevención y la percepción de riesgo sin propiciar el estigma.
ESPAÑA	Páez et al. (1992)	Información adquirida e impacto actitudinal	Población general	T	Impacto a corto plazo logrado por las campañas. Reducción de las creencias erróneas pero limitaciones en el impacto actitudinal.
	Páez et al. (2001)	Actitud, intención preventiva y percepción de riesgos	Población general	T	Aumento de la intención de compra de preservativos. Innovación y nuevos formatos para la promoción de mensajes preventivos.
	Ministerio de Sanidad y Consumo (2001, 2006b)	Uso del preservativo y conductas de riesgo	Población general	T, P	Adquisición de conocimientos, aumento del uso del preservativo y un aumento del rechazo hacia los infectados por VIH en los inicios.

N.I.: No se incluyen en el estudio; N: Número de sujetos participantes en el estudio; P: Campañas de televisión; R: Campañas de radio.

distintos puntos de la comunicación audiovisual, como pueden ser los canales de comunicación empleados. Sin embargo, es importante conocer que la persona adopta un papel activo e influyente en el proceso persuasivo. Es por ello que el conocimiento de estas características tiene una importancia esencial en la elaboración de campañas de prevención adecuadas. Algunas de estas características son variables de tipo sociodemográfico, otras de orientación sexual o relativas a la preferencia personal que para el individuo tenga el asunto que se está comunicando. También adquieren importancia el contexto de sus relaciones afectivo-sexuales o algunas variables de personalidad de interés (Alden y Crowley, 1995; Sanderson, 1999; Sheer y Welch, 1995; Snyder y Rouse, 1995). Otros aspectos de tipo conductual, como el uso del preservativo previo en las relaciones sexuales, pueden además tener influencia en la recepción e impacto que logren los mensajes preventivos en la audiencia (Agha, 2003). El estudio de algunas de estas variables puede ser esclarecedor del complejo asunto de la persuasión diferencial y abrir nuevas posibilidades frente a la prevención.

Junto a las anteriores, es importante conocer las peculiaridades de la edad adolescente, como objetivo prioritario de los mensajes de prevención de VIH/SIDA. La etapa adolescente tiene una serie de particularidades que la hacen ser más vulnerable para la asunción de conductas de riesgo y entre las cuales, los aspectos relativos al autocontrol y a la búsqueda de sensaciones y de experiencias nuevas han adquirido un gran interés (Bulow, 1998; Green, Krcmar, Rubin, Henley y Hale, 2002; Martin, Kelly, Ravens y Brogli, 2002; Robbins y Bryan, 2004; Trobst, Herbst, Masters y Costa, 2002; Vera, Shin, Montgomery, Mildner y Speight, 2004; Williams y Ricciardelli, 1999; Williams y Ricciardelli, 2000; Winfree y Bernat, 1998).

Los datos relativos a la epidemiología del SIDA en España y a nivel mundial recogen también la importancia de intensificar las medidas preventivas entre los adolescentes, por el importante número de infecciones que ocurren en estas edades. Adicionalmente, estas fuentes señalan la necesidad de prestar atención a otras variables como las diferencias por sexo en cuanto a casos de SIDA diagnosticados y el incesante incremento de infecciones por VIH entre mujeres adolescentes y jóvenes. Es por ello que esta variable también adquiere gran interés, así como los constructos psicológicos relativos al género que pueden estar ejerciendo influencia en el éxito de las intervenciones preventivas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; ONUSIDA, 2006; Wood y Eagly, 2002).

12.1. BÚSQUEDA DE SENSACIONES: EL CONCEPTO Y SUS TEORÍAS

La búsqueda de sensaciones ha sido definida como “la necesidad de variedad, novedad, sensaciones y experiencias complejas acompañada por la voluntad de asumir un riesgo físico y social por el bien de tales experiencias” (Zuckerman, 1979, p.11). Este concepto se ha considerado como una variable que puede predisponer a la pérdida de control (Coventry y Norman, 1997).

El concepto de búsqueda de sensaciones ha sido descrito, además, por la combinación de las siguientes dimensiones (Donohew, Palmgreen y Puzles, 1994; Schoenbachler, Ayers y Gordon, 1996):

- Búsqueda de emoción y aventura: Búsqueda de sensaciones a través de la inclusión en actividades que implican riesgo físico. Fuerte deseo de vincularse a deportes y otras actividades que suponen velocidad o peligro.

- Desinhibición: Búsqueda de sensaciones a través de una alta estimulación y desinhibición social.

- Búsqueda de experiencias: Búsqueda de sensaciones a través de un estilo de vida no conformista, no sujeto a reglas y orientado a conductas de riesgo y a relacionarse en actividades no convencionales.

- Susceptibilidad al aburrimiento: Aversión al aburrimiento que es producido por personas o condiciones no cambiantes. Las personas con esta característica expresan un disgusto por las experiencias repetitivas y rutinarias, prefieren acompañarse por personas excitantes y variadas.

Según Zuckerman (1979), la búsqueda de sensaciones es una dimensión de personalidad con base biológica que dirige una variedad de necesidades del individuo para mantener el *arousal* o la estimulación. Este concepto tiene un importante fundamento en la teoría de Wundt (1874), que asegura que existe un nivel óptimo de estimulación, a través del que se explican las reacciones afectivas. Son varios los autores que describen este constructo como un rasgo de personalidad que predispone a asumir una serie de riesgos (Botvin, 1986; Kaplan, 1980; McCord; 1990; Petersen et al., 1993; Zuckerman, 1979). De esta manera, este factor podría tener una gran influencia en las conductas de riesgo de diversa índole. Sin embargo, en cuanto a la consideración de la búsqueda del riesgo como un rasgo de predisposición propio de la personalidad del

individuo se requiere una investigación más amplia, ya que no se han encontrado resultados definitivos que constaten este carácter predisponente de forma definitiva (Millstein e Igra, 1995; Roberts, 1998).

La conceptualización de la búsqueda de sensaciones tuvo desde sus inicios una importante asociación con factores medioambientales y también hereditarios (Fulker, Eysenck y Zuckerman, 1980; Zuckerman, 1979). Junto con lo anterior, los modelos biológicos aportan la importancia de los factores genéticos y las influencias del Sistema Endocrino y los cambios propios de la pubertad, para el caso de los adolescentes, como las razones que están detrás de la inclusión en acciones que conllevan riesgo (Cloninger, 1987; Irwin y Millstein, 1986; Urdry, 1988, 1990). Estos modelos entienden que se trata de una variable que tiene claramente una base biológica y que pueden ser de utilidad para predecir el comportamiento humano en cuanto a determinadas conductas de riesgo (Aluja y García, 2005; Bevins, 2001; Stacy, Newcomb y Ames, 2000; Stephenson, Palmgreen, Hoyle y Donohew, 1999).

La perspectiva del desarrollo y los cambios biopsicosociales, junto con la necesidad de explorar nuevas situaciones de vida, alcanzar la autonomía y enfrentarse a la toma de decisiones son otras formulaciones que están detrás de la justificación teórica de la asunción de riesgos y la búsqueda de sensaciones (Furby y Beyth-Marom, 1992; Lavery, Siegel, Cousins y Rubovits, 1993; Millstein e Igra, 1995).

12.1.1. Evaluación de la búsqueda de sensaciones.

El constructo de búsqueda de sensaciones ha sido medido con distintos instrumentos. Entre ellos está la “*Escala de Búsqueda de Sensaciones*”, elaborada por Zuckerman (1979). Esta escala está compuesta por un total de 40 ítems, con dos enunciados para cada ítem en el que los sujetos han de contestar aquella opción que más se ajuste a sus preferencias e intereses, siendo uno de los enunciados relacionado con un nivel alto en la dimensión y otro con un nivel bajo. Además, este constructo también ha sido evaluado con la “*Cloninger’s Novelty Scale*”, que se trata de una subescala del Cuestionario de Personalidad Tri-dimensional de Zuckerman (Zuckerman, 1979).

El “*Inventario de Búsqueda de Sensaciones de Arnett, AISS*” (Arnett Inventory of Sensation Seeking; Arnett, 1994) compuesto por 20 ítems, evalúa también este constructo en dos dimensiones. Estas dos dimensiones son referidas a “novedad” e “intensidad” y se miden a través de dos subescalas en las que el sujeto ha de responder

en un rango de respuesta que va desde “A” (Me describe muy bien) a “D” (No me describe en absoluto) para cada enunciado. Estas dimensiones se han considerado relevantes para el constructo por su relación con la búsqueda de experiencias variadas y excitantes, tal y como ya se ha recogido en la definición dada anteriormente (Arnett, 1994; Zuckerman, 1979). Además de estas medidas, desde otras perspectivas ya nombradas y sus fundamentos psicofisiológicos se ha apostado por registrar los niveles de testosterona, así como a través de medidas de la tasa cardíaca (Coventry y Norman, 1997; Donohew et al., 1994).

12.1.2. Características de las personas con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones.

Para una mayor aproximación al conocimiento del concepto de búsqueda de sensaciones y sus características, a continuación se recogen algunas de las particularidades que definen a las personas con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones. La utilidad de estos datos estará, tal y como se irá viendo más adelante, en el acercamiento a aquellas variables que sin duda adquieren una importancia esencial en cuanto a las posibles conductas de riesgo. De forma prioritaria se abordará la edad adolescente como la etapa donde la asunción de conductas poco saludables puede tener unas consecuencias más importantes.

En diversas investigaciones se han recogido cómo las características de dominancia, exhibición o impulsividad, son propias de personas que se vinculan a conductas y sensaciones nuevas (Bevins, 2001; Jackson, 1984; Moore y Rosenthal, 1992, 1993; Stacy et al., 2000). Según los autores, suelen ser personas a las que les gusta la creatividad y poseen una fuerte imaginación (Donohew et al., 1994; Reuter et al., 2005; Schoenbachler et al., 1996). Otras particularidades destacadas en cuanto a las personas con altas puntuaciones en este constructo son las señaladas por Arnett (1992): los adolescentes que preferían música de rock duro o *heavy metal*, puntuaban más alto en búsqueda de sensaciones frente a los gustos musicales alrededor del pop o rock “corriente”. Las preferencias por programación televisiva y cine rodeado de acción, aventura, suspense u horror han sido también características definitorias de puntuaciones altas en esta variable, frente a las personas que puntúan bajo en la búsqueda de sensaciones, a los que les llama más la atención miniseries familiares o comedias de tipo convencional (Palmgreen et al., 1991). Estas diferencias han sido

señaladas incluso en la preferencia para los anuncios, siendo del tipo no predecibles, creativos, inusuales y abstractos para las personas que mostraban altas puntuaciones frente a las preferencias por historias lineales y sentimentales entre las personas con bajas puntuaciones (Rogus, Palmgreen y Everett, 1990).

Tal y como ya se comentó anteriormente, el concepto de Zuckerman de búsqueda de sensaciones se basaba en la teoría de Wundt (1874). De acuerdo con esta teoría, los individuos tienen un nivel óptimo de estimulación, que es lo que explica las relaciones curvilíneas que se establecen entre las reacciones afectivas y la intensidad de la estimulación. Este modelo ha sido retomado por diversos autores bajo el nombre de Modelo de Activación de Exposición a la Información en el que se describe la importancia de mantener un nivel de activación atendiendo a las particularidades de los individuos (Donohew, Lorch y Duncan, 1980; Donohew, Lorch y Palmgreen, 1998). Según esto, los individuos necesitan y poseen un nivel óptimo de activación, de manera que se hará todo lo posible para mantener o buscar ese nivel que proporciona un equilibrio en la activación de la persona. En este continuo de activación, en un extremo se encuentran las personas con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones, estando las personas con bajas puntuaciones en el polo opuesto. Ambos polos llevan asociadas unas determinadas características que los definen, y que cuanto menos, tal y como se verá más adelante, median en determinadas conductas de riesgo que asumen los individuos. Así, con puntuaciones elevadas en el constructo se tiende a una mayor dificultad para activar fácilmente a los individuos y se requiere mayor estimulación para adquirir el nivel óptimo (Zuckerman, 1988).

Lo expuesto anteriormente, repercutirá en las preferencias de los estímulos que se tengan. Esto es, mayores puntuaciones en búsqueda de sensaciones suponen una mayor preferencia por estímulos novedosos, de manera que cualquier otro estímulo que produzca una bajada de los niveles de *arousal* inducirá al aburrimiento. Las personas con bajas puntuaciones evitarían una estimulación novedosa y de alta intensidad y además, las particularidades de su sistema nervioso permiten que se rechace la estimulación y se inhiba la reactividad cortical a los estímulos de alta intensidad (Zuckerman, 1988).

Así, y de acuerdo con lo descrito, los individuos que puntúen alto en búsqueda de sensaciones serán persuadidos por información que satisfaga las necesidades de *arousal*. Sin duda, el concepto de equilibrio óptimo adquiere una importancia muy relevante puesto que, bajo esta teoría, una estimulación por exceso o por defecto tendrá

mucha importancia atendiendo al tipo de persona (Schoenbachler et al., 1996). Lo anterior y al amparo de esta teoría, da paso a los estudios que se han realizado sobre este constructo y su importancia en la prevención.

12.1.3. Búsqueda de sensaciones y prevención.

La búsqueda de sensaciones ha sido asociada con una variedad de conductas de riesgo, por ejemplo, consumo de cocaína, consumo de alcohol, conducción de riesgo y conducta sexual de riesgo, entre otras (Aluja y García, 2005; Bevins, 2001; Green et al., 2002; Roy, 2005; Stacy et al., 2000; Worrell y Danner, 1989). Por ello tiene un gran interés conocer las características propias de aquellos sujetos que poseen altas puntuaciones y las influencias de esta variable en determinadas conductas. Entre algunos de los estudios que lo ponen de manifiesto está el realizado por Robbins y Bryan (2004) en el que se encontraron relaciones significativas entre esta variable y una amplia variedad de conductas de riesgo en una muestra de 300 adolescentes. De esta manera, los adolescentes con puntuaciones más altas tenían mayores problemas relacionados con el abuso del alcohol, consumo de tabaco y problemas asociados a conductas sexuales de riesgo, como no usar preservativo en las relaciones sexuales.

Otros estudios en la misma línea se han centrado en evaluar el constructo para determinar la vinculación específica de algunas de las dimensiones que lo definen con un repertorio de conductas de riesgo. En concreto, Prendergast (1993) encontró una vinculación entre el consumo de alcohol y de drogas con puntuaciones en las dimensiones de “Desinhibición”, “Búsqueda de Experiencias” y “Susceptibilidad al Aburrimiento”, ya definidas anteriormente. Estas dimensiones eran las que mejor explicaban las conductas de consumo de alcohol y drogas. Las investigaciones también se han centrado en indagar la relación de la búsqueda de sensaciones con las conductas de consumo de alcohol, nicotina y marihuana en función del sexo. Así, Martin et al. (2002), encontraron que esta variable mediaba siempre las relaciones con el consumo de alcohol, nicotina y marihuana en los adolescentes. En el caso de las mujeres eran más altas las relaciones entre esta variable con el consumo de alcohol y nicotina y en el caso de los varones eran más altas con el consumo de marihuana. El consumo de nicotina junto con la velocidad en la conducción han sido recogidas por otros estudios clásicos que muestran de nuevo la relación de ambas variables con las personas que puntúan alto

en búsqueda de sensaciones, frente a aquellas que puntúan bajo (Zuckerman y Neeb, 1980).

Además de los trabajos anteriores, otras conductas de riesgo son explicadas mediante la variable búsqueda de sensaciones. Así, en cuanto a la susceptibilidad a la infección por VIH y las conductas sexuales de riesgo, existen algunos estudios pioneros como el de Zuckerman y Bone (1972). Se encontró que las personas que puntuaban más alto en la variable tenían más actividad sexual y consumo de drogas que aquellos que tenían bajas puntuaciones. Algunas conclusiones al respecto destacan la importancia de considerar estos aspectos en los programas educativos y de prevención, más allá de centrarse en la mera información y adquisición de conocimientos sobre el SIDA. En esta misma línea, Jeffrey (1990), encontró cómo las puntuaciones en búsqueda de sensaciones estaban vinculadas con relaciones sexuales no-protegidas en una muestra de jóvenes universitarios.

Por último, Bulow (1998) estudió la relación entre algunas variables de tipo cognitivo, entre ellas la búsqueda de sensaciones, la invulnerabilidad, la autoeficacia y el autocontrol, y conductas de riesgo de diversa índole. Los resultados concluyen una importante relación de la búsqueda de sensaciones y otras variables cognitivas con las conductas de riesgo. La consideración de este entramado de factores y su importancia no puede pasar desapercibida para las intervenciones, que han de adoptar una óptica plural para lograr así mayor eficacia.

Debido a la importancia concedida a través de los estudios mencionados en cuanto a este constructo y las conductas de riesgo, es imprescindible que esta relación sea también tenida en cuenta en los mensajes de salud transmitidos a los adolescentes (Claudia, 1995; Dinn, Aycicegi y Harris, 2004; Frankenberger, 2004). Por ello, es esencial indagar el papel mediador que adquiere esta variable en la eficacia de los mensajes de salud, como medidas preventivas primarias y destinadas a disminuir las conductas de riesgo.

12.1.4. La búsqueda de sensaciones como variable mediadora en la persuasión publicitaria.

La importancia que tiene la forma en que es procesada la información por el individuo en función de sus necesidades de *arousal* y el concepto de búsqueda de sensaciones, ha sido ya resaltada. En relación a la información contenida en la

publicidad, se ha constatado mediante algunos trabajos que las personas con altas puntuaciones son más persuadidas por aquellas campañas informativas con mayor contenido sensacionalista. Esto es debido a que así mantienen sus necesidades de activación y equilibrio (Donohew, Helm, Lawrence y Shatzer, 1990). Estos mismos resultados han sido confirmados por Palmgreen et al. (1991), de tal manera que las personas que puntuaban alto preferían programas, anuncios y campañas publicitarias con un valor sensacional mayor que aquellas personas que puntuaban bajo en este constructo.

La búsqueda de sensaciones ha sido en múltiples estudios una variable de personalidad importante en los mensajes que aluden a la prevención del riesgo y a la promoción de la salud (Schoenbachler y Whittler, 1996). Algunos de los estudios mencionados han hecho referencia al importante papel que cumple para percibir la información a la que se atiende, así como que la comunicación y los procesos de atención pueden estar mediados por estas diferencias individuales. Según esto, las personas con altas puntuaciones en este constructo tienen unas preferencias por la estimulación intensa, novedosa, compleja así como por estímulos ambiguos (Zuckerman, 1979). De acuerdo con el Modelo de Activación de Exposición a la Información ya descrito, se explica también cómo las características de novedad, complejidad, intensidad, excitación, ambigüedad y no convencionalismo, son atendidas de forma preferente por aquellas personas con puntuaciones altas en búsqueda de sensaciones (Franklin, Donohew, Dhoundiyal y Cook, 1988). Los aspectos anteriores destacan la importancia de acentuar la investigación acerca de los mensajes y campañas publicitarias de salud y los procesos de persuasión humana.

En distintos estudios se ha evaluado la búsqueda de sensaciones en los adolescentes y su papel mediador en los mensajes relativos a la salud. Además, se han detallado algunas de las características propias de la información y la comunicación preferentemente elegida por las personas que presentan una alta puntuación en el constructo frente a los que presentan puntuaciones más bajas. Ahora se pretende ver si esta variable realmente también actúa en algún sentido a la hora de determinar la influencia de los mensajes relativos a conductas de salud y prevención del riesgo. Así, el estudio llevado a cabo por Palmgreen, Donohew, Pugzles, Hoyle y Stephenson (2001) evaluó las diferencias en influencia de una serie de campañas televisivas acerca del consumo de marihuana dirigidas a adolescentes, en función de la variable búsqueda de sensaciones. Tras los resultados, en el estudio se concluyó que la reducción más

significativa del consumo de marihuana ocurría entre las personas que presentaban puntuaciones más elevadas.

Schoenbachler et al. (1996) evaluaron la reacción a mensajes publicitarios anti-drogas en una muestra de adolescentes atendiendo a las puntuaciones que obtenían en cuanto a búsqueda de sensaciones. Los resultados encontrados en este estudio reflejan que los adolescentes con altas puntuaciones y en concreto en la dimensión de desinhibición, mostraban una reacción más negativa a los mensajes anti-drogas, consumían más drogas y además tenían una mayor intención de seguir consumiéndolas una vez que habían recibido las campañas. En concreto, en este estudio, la respuesta hacia los anuncios fue medida a través de una evaluación del impacto afectivo, cognitivo y de intención de conducta lograda por los anuncios. Para la dimensión afectiva no se recogieron diferencias significativas asociadas a esta variable. Sin embargo, para la respuesta cognitiva y de intención de conducta, sí que se encontraron diferencias significativas asociadas a las puntuaciones en búsqueda de sensaciones, de manera que aquellos que puntuaban más alto en esta variable tenían una elaboración cognitiva negativa hacia los anuncios y menor intención conductual de seguir las recomendaciones (Schoenbachler et al., 1996).

Estos resultados alertan ante la necesidad de atender a las características de la audiencia de los anuncios. Otros estudios se han centrado en las actitudes hacia anuncios de prevención de consumo de tabaco en adolescentes. Los resultados indican unas actitudes más desfavorables hacia los anuncios entre aquellos con mayores puntuaciones en búsqueda de sensaciones, frente a los que tenían bajas puntuaciones (Green et al., 2002), confirmando algunas de las conclusiones extraídas del estudio de Schoenbachler et al. (1996). Similar a las conductas de consumo de drogas o consumo de tabaco, se ha estudiado la influencia de mensajes de promoción de sexo seguro en adolescentes según esta variable. Los principales resultados encontrados muestran, de nuevo, como era un factor predictor en cuanto a las actitudes hacia el mensaje. Entre los adolescentes con puntuaciones más altas en “aburrimiento”, éstos mostraban actitudes más negativas hacia el mensaje. Sin embargo, para el caso de la dimensión de “búsqueda de aventuras/experiencias”, se mostró que altas puntuaciones en la misma informaban de una mayor intención de reducir las conductas de riesgo (Green et al., 2002).

En los resultados anteriores no se define de forma clara la dirección de las relaciones entre la búsqueda de sensaciones y el papel mediador en cuanto a los

mensajes de salud y su influencia. Algunos estudios se han centrado además en la importancia del concepto de Valor de Sensación del Mensaje (*Message Sensation Value*) que alude al grado en el que los aspectos audiovisuales formales y de contenido elicitaban una respuesta sensorial, afectiva y de arousal (Palmgreen et al., 1991). Aquellos mensajes con un alto valor de sensación serán del tipo: novedosos, creativos, excitantes, intensos y dramáticos (Lorch et al., 1994; Palmgreen et al., 2001; Stephenson et al., 1999). De esta manera se pretende ver si la combinación de las características personales de la audiencia y los contenidos del mensaje pueden aportar claridad a estas relaciones, no encontrada hasta el momento.

La Teoría de la Activación ya mencionada se aplica con gran utilidad a este concepto de Valor de Sensación del Mensaje y al constructo de búsqueda de sensaciones. De esta manera, primero, los individuos con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones necesitarán mensajes novedosos y con poder de atraer de forma importante su atención. Esta categoría de mensajes permitirá mantener un nivel óptimo de activación en estas personas y reducirá la probabilidad de que busquen otra alternativa o tipo de estimulación o que unos niveles más bajos de estimulación les produzcan aburrimiento (Morgan, Palmgreen, Stephenson, Hoyle y Lorch, 2003). Datos concluyentes acerca de este concepto en algunos experimentos han mostrado que, aquellos mensajes con un alto valor de sensación, producen mayores niveles de atención e intención de cambio de conducta en las personas con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones. Frente a lo anterior, los mensajes bajos en valor de sensación producen este mismo efecto en las personas con bajas puntuaciones en este constructo (Donohew, Lorch y Palmgreen, 1991; Lorch et al., 1994; Palmgreen et al., 1991). Estos resultados pueden aclarar de alguna manera las relaciones contradictorias encontradas en los estudios anteriores.

Los resultados expuestos muestran la importancia de, basándose en las investigaciones previas, conocer hasta qué punto se pueden diseñar campañas de salud y mensajes preventivos que alcancen la audiencia objetivo según qué características posea esta audiencia. Sin embargo, existen otros muchos elementos menos tangibles en el valor del mensaje y que no se permiten modificar o manipular tan fácilmente, por lo que se requiere continuidad para aportar más luz en cuanto a los procesos de influencia de la información (Morgan et al., 2003).

12.2. AUTOCONTROL: EL CONCEPTO Y SUS TEORÍAS

El autocontrol ha sido entendido desde algunas acepciones como la habilidad para “retrasar una gratificación inmediata” y como la “identificación apropiada de formas para abordar un conflicto” (Wood, Fetro, Drolet, Synovitz y Wood, 2002). Algunos autores han concluido que el autocontrol hace referencia a aquellas conductas que conllevan una alteración de la probabilidad de aparición del comportamiento propio, dando prioridad a los comportamientos hedónicos (Capafons, Silva y Barreto, 1986). La falta de autocontrol se ha descrito también como una dificultad en el manejo de los impulsos, con altos deseos de obtener una recompensa placentera a corto plazo y una búsqueda inmediata de la gratificación (Winfrey y Bernat, 1998). Este concepto ha sido recogido por algunas teorías como una variable de enorme importancia para mediar las conductas de alto riesgo en los adolescentes.

En cuanto a las teorías que han explicado este concepto, están, por un lado, la Teoría del Aprendizaje Social (Akers, 1985) y por otro lado, la Teoría del Autocontrol (Gottfredson y Hirschi, 1990). La Teoría del Aprendizaje Social de Akers (1985) explica la importante influencia de la observación y la existencia de un fuerte componente de condicionamiento instrumental en las conductas impulsivas, con un reforzamiento social, mantenido por castigos y refuerzos. Bajo estos fundamentos se han explicado algunas conductas de riesgo en la adolescencia, donde la influencia normativa o del grupo de pares tiene una relevancia considerable. Desde la Teoría del Autocontrol (Gottfredson y Hirschi, 1990), por su parte, se apoya que las acciones de los individuos con bajo autocontrol están motivadas por la búsqueda del placer y evitación del dolor de una forma inmediata. Además, esta teoría recoge algunos aspectos sobre cómo la impulsividad y la propensión a adoptar conductas de riesgo están vinculadas a la variable autocontrol, junto con una tendencia a conductas agresivas y actitudes egocéntricas (Winfrey y Bernat, 1998). Ambas teorías han proporcionado un importante marco conceptual para explicar determinadas conductas de riesgo en los adolescentes.

Es importante señalar, junto con las teorías anteriores, las bases biológicas que han sido también destacadas como explicación adicional de las conductas impulsivas en los adolescentes. En esta edad se experimentan cambios importantes, a lo que se le suma la influencia de los cambios hormonales, situación que dificulta especialmente el control emocional por parte de los adolescentes. Además, hay un alto consenso en cuanto a que

la maduración propia de la pubertad tiene destacados efectos en el ajuste psicológico que se experimenta durante la adolescencia, lo que favorece la inclusión en conductas de riesgo que pueden dañar su salud (Alsaker, 1995). Este enfoque biológico y los descritos desde las Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría del Autocontrol, pretenden ser de utilidad en la comprensión de un concepto como el descrito.

12.2.1. Evaluación del autocontrol.

Para una correcta aproximación a un concepto determinado es importante desarrollar instrumentos de evaluación adecuados para su medida. En el caso del autocontrol, se hace necesario un mayor estudio y creación de escalas apropiadas del rasgo, más allá de las existentes. Así lo ponen de manifiesto diversos autores que han mostrado interés por este constructo (Muraven y Baumeister, 2000; Tangney, Baumeister y Lucio, 2004). En concreto, recientemente Tangney et al. (2004) han desarrollado “*The Self-Control Scale*” compuesta por 36 ítems con una escala de respuesta de 5 puntos para identificarse con cada uno de los enunciados que componen el instrumento, en relación a aspectos generales del autocontrol, autorregulación y conductas impulsivas.

Anterior a este instrumento, algunas de las escalas más utilizadas para evaluar el autocontrol se describen a continuación. Entre los trabajos pioneros destacan la subescala G del 16-PF, esto es, “*Sixteen Personality Factor Questionnaire*”, que ha sido utilizado para evaluar el autocontrol (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1970). Está formada por un total de seis ítems con una escala de respuesta de 0 a 2 para evaluar distintos aspectos en relación al autocontrol de la persona, de manera que mayores puntuaciones en la escala eran indicativas de un mayor autocontrol. Los estudios con esta escala reflejaron adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna y fiabilidad test-retest (Cattell et al., 1970).

Por otro lado, “*The Self-Control Schedule*” (Rosenbaum, 1980) está compuesta por 36 ítems y utiliza un formato de respuesta tipo Likert con una escala de 6 puntos de respuesta de acuerdo con la aprobación de cada uno de los enunciados en relación al autocontrol percibido por la persona. Las propiedades psicométricas en cuanto a fiabilidad y consistencia interna resultaron apropiadas. Basada en esta última escala, “*The Cognitive Self-Control Scale*” (Rohde, Lewinsohn, Tilson y Seeley, 1990) evalúa las destrezas y habilidades usadas para regular el afecto y la cognición. Está compuesta

por 21 ítems con una escala de respuesta de 6 puntos, en la que las puntuaciones más altas reflejan un autocontrol afectivo y cognitivo mayor. También fundamentada en la escala de Rosenbaum (1980), Sugiwaka (1995) desarrolló la “*Redressive-Reformative Self-Control Scale*” para población de habla japonesa. Está compuesta por 20 ítems en relación a la demora de recompensas, gratificaciones y autocontrol externo. Los análisis estadísticos en relación a este instrumento resultaron satisfactorios.

El “*Children’s Perceived Self-control Scale*”, CPSCC, (Humphrey, 1982). Se trata de un instrumento de evaluación acerca de las percepciones de los niños sobre su autocontrol. Contiene tres subescalas que miden autocontrol interpersonal, autocontrol personal y autoevaluación y que varían en el número de opciones de respuesta siendo de 0 a 4 para la primera subescala, de 0 a 3 para la segunda y de 0 a 2 para la tercera. A mayor puntuación es indicativo de un mayor autocontrol en las tres dimensiones descritas de autocontrol interpersonal, personal y relativo a la autoevaluación.

Por su parte, “*The Self-Control Rating Scale*” (Kendall y Wilcox, 1979), incluye medidas de impulsividad, déficit de atención y autocontrol a través de una escala de 32 ítems. Otros instrumentos empleados son el “*Temptation and Restraint Inventory*” (Collins y Lapp, 1992). Este instrumento está compuesto por 6 ítems para una primera subescala en la que se mide la preocupación emocional cognitiva por el control y otros 3 ítems que evalúan el control conductual cognitivo, siendo en ambos casos el formato de respuesta de una escala de 5 puntos.

Por último, el “*Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente*” (Capafons y Silva, 1986) ha sido desarrollado para medir distintas dimensiones de autocontrol en niños y en adolescentes. El cuestionario está compuesto por cinco escalas que recogen distintos aspectos implicados en los procesos de autorregulación y autocontrol más significativos.

La importancia de conocer el panorama de los instrumentos que han sido desarrollados en cuanto a la evaluación del autocontrol es que esto permite aproximarse a las distintas dimensiones consideradas para este constructo. Tal y como se puede ver en los instrumentos recogidos más arriba, se anuncian distintas dimensiones en el concepto de autocontrol, resaltando las relativas a aspectos afectivos y cognitivos así como su regulación (Rohde et al., 1990); o bien otras referidas al contexto interpersonal o personal en el que se produce esa regulación emocional (Collins y Lapp, 1992; Humphrey, 1982). Finalmente, destacar que la búsqueda del placer y de la recompensa inmediata, como importantes elementos del constructo de búsqueda de sensaciones, han

sido consideradas como conceptos de gran importancia en la medida del autocontrol (Capafons et al., 1986).

12.2.2. Características de las personas con bajo autocontrol.

Una vez reconocida la importancia del autocontrol como variable relevante en las conductas de riesgo, y de forma particular en la adolescencia, es crucial conocer de forma más detallada cuáles son las particularidades de las personas que poseen un bajo autocontrol. Tal y como se verá más adelante, existe una alta posibilidad de inclusión en conductas de riesgo de diversa índole de aquellas personas con bajas puntuaciones en este constructo.

A continuación se recogen algunas de las principales características que presentan las personas con un bajo autocontrol, resaltadas en diversos estudios (Green et al., 2002; Hernández y Diclemente, 1992; Winfree y Bernat, 1998):

- Tendencia a buscar recompensas inmediatas y a corto plazo.
- Preferencias por actividades que impliquen excitación, peligro y riesgo más allá de otras que impliquen seguridad.
- Exhibición de propensiones a enfatizar lo que ellos quieren más allá de las necesidades de los demás. Esta característica se ha relacionado con conductas de egocentrismo. El egocentrismo y el autocontrol han sido relacionados además, en algunos estudios, con determinadas conductas de riesgo.
- Recurrencia a estrategias agresivas cuando se enfrentan a situaciones frustrantes.
- Manifestación de baja preocupación por las consecuencias de sus actos a largo plazo.

Las características mencionadas y la frecuente aparición de las mismas en la etapa adolescente, ocasionan una importante asociación entre los adolescentes impulsivos o con bajo autocontrol y la “asunción de riesgos” (Denscombe, 1993; Slovic, 1987; Turner, 1999). Otras características en relación a las personas con bajo autocontrol que han sido señaladas por Mendes (2002) son:

- Las personas que asumían un mayor riesgo manifiestan un elevado nivel de actividad, energía y dinamismo.
- Evidencian una clara dificultad en el control de los impulsos.
- Presentan irritabilidad ante planes a largo plazo, teniendo preferencias claras por situaciones espontáneas sin previo análisis.

Lo anterior vincula estrechamente los comportamientos de riesgo con una alta impulsividad. La falta de control de los impulsos se presenta como una variable que ejerce de mediadora en una multitud de conductas de riesgo por parte de los adolescentes. Por ello, esta población es prioritaria y objetivo de estudio. Diversos trabajos han evaluado el consumo de alcohol, tabaco, marihuana y de otras drogas y su relación con las conductas impulsivas y la falta de autocontrol. Además también se ha puesto de manifiesto la relación con conductas sexuales desprotegidas. Algunos de ellos se presentan a continuación.

12.2.3. Autocontrol y prevención.

Las afecciones de la salud adulta, a distintos niveles, se han visto reflejadas en algunos trabajos como producto de determinadas conductas inapropiadas en la etapa adolescente (Turner, 1999). Por ello, potenciar la salubridad de las conductas en los adolescentes y sus estilos de vida se convierte en una tarea esencial, así como la intervención en los factores que puedan estar mediando (Rutter, 1997; Stacy, Ames, Ullman, Zogg y Leigh, 2006; Stewart-Brown, 1998).

Algunos estudios realizados con adolescentes han evidenciado como el autocontrol guarda una importante relación con los estilos de resolución de conflictos que tenga la persona. Así, Vera et al. (2004), evaluaron el autocontrol y los estilos de resolución de conflictos (a través de la presentación de unas viñetas con diferentes situaciones), atendiendo a las diferencias por sexo y grupos étnicos. Según los resultados, aquellos que puntuaban más bajo en autocontrol, manifestaban tener técnicas de resolución de conflictos más inapropiadas y agresivas frente a los que puntuaban más alto. En cuanto a las diferencias por sexo, las mujeres manifestaban técnicas verbales más asertivas que los varones, sin encontrarse diferencias por grupos étnicos. La variable autocontrol, junto con la autoeficacia, resultaron ser importantes en el estilo de resolución de conflictos de los adolescentes. Lo anterior refleja el énfasis ya anunciado

por Bandura (1991) del papel de las cogniciones y auto-creencias en las manifestaciones de la conducta. De esta manera, las creencias que manifiestan los individuos acerca de la habilidad para resolver una situación determinada influyen de forma importante en las acciones y en la idoneidad de las que finalmente se lleven a cabo. El conocimiento de estos factores y las diferencias por sexo encontradas tiene una gran utilidad y relevancia en las intervenciones. Estos resultados han sido confirmados en otros estudios en los que se han considerado las características de personalidad, y en concreto un bajo autocontrol, como vinculadas a una alta probabilidad de llevar a cabo conductas de alto riesgo (Trobst et al., 2002).

Más allá de la relación del autocontrol de los adolescentes con las dificultades en resolución de conflictos, algunos estudios se han centrado en el estudio de esta variable y determinados hábitos. Entre estas destacan el consumo de alcohol, el consumo de drogas, la conducta antisocial, los problemas de alimentación y las relaciones sexuales no protegidas, entre otras. En concreto, acerca de las relaciones entre el autocontrol y el abuso de sustancias (tabaco, alcohol, marihuana, inhalantes y otras drogas), Winfree y Bernat (1998) encontraron que el autocontrol tenía una correlación significativa con la propensión a adoptar una conducta de riesgo en relación al consumo de sustancias. En el estudio, el autocontrol fue evaluado a través de diferentes medidas, que comprendían la supervisión paterna, la impulsividad y la intención de adoptar conductas de riesgo. Los resultados reflejaron que las tres medidas correlacionaban de forma significativa con el consumo de sustancias. Además, existían correlaciones importantes entre ellas, de manera que aquellos adolescentes con menor supervisión por parte de los padres, tenían mayores niveles de impulsividad e informaban de niveles más altos de consumo de sustancias (Winfree y Bernat, 1998).

Otros estudios similares se describen a continuación. El consumo de bebidas alcohólicas se ha evaluado en trabajos sobre la impulsividad en población de adolescentes. En concreto, Williams y Ricciardelli (1999) evaluaron los niveles de consumo de alcohol y su relación con la variable de autocontrol. Los resultados reflejaron que los altos consumidores de alcohol presentaban menores puntuaciones en este constructo y no se encontraron diferencias por sexo. Estos autores destacan dos conceptos importantes, que comprenden “*Cognitive Emotional Preoccupation*” (CEP) y “*Cognitive Behavioral Control*” (CBC), subescalas del “*Temptation and Restraint Inventory*” (Collins y Lapp, 1992), ya mencionado con anterioridad. La importancia para un equilibrado control consiste, de acuerdo con estos autores, en poseer una baja

preocupación emocional cognitiva (CEP) y un alto control conductual cognitivo (CBC). Algunos de estos resultados fueron confirmados en el estudio de manera que, a mayores puntuaciones en CEP se presentaban unos niveles más altos de consumo de alcohol, tanto en cantidad como en frecuencia.

Los resultados anteriores han sido validados en otros estudios posteriores y se ha resaltado además la importancia de relacionar estos datos con la asunción de otros riesgos (Klein, 2004; Scheier, Botvin, Griffin y Diaz, 1999; Simons-Morton et al., 1999; Wills, Windle y Cleary, 1998; Wood et al., 2002). Este es el caso de los problemas de la conducta alimentaria. Así, Burggraf (2001) describe las relaciones encontradas entre un menor autocontrol y su relación con trastornos de la conducta alimentaria en una muestra de adolescentes.

El amplio conjunto de conductas implicadas en relación a un bajo control de los impulsos engloba también a la conducta sexual no protegida (Klein, 2004; Robbins y Bryan, 2004). Hernández y Diclemente (1992) encontraron que entre los factores psicológicos asociados a las relaciones sexuales de riesgo, la falta de autocontrol estaba vinculada de forma significativa con no usar el preservativo. Otros estudios más recientes han abordado esta temática, encontrando de nuevo relaciones entre puntuaciones bajas en esta variable y no usar preservativo, siendo esta relación mayor en el caso de los varones que en el caso de las mujeres (Mckellar et al, 2000). Bulow (1998) evaluó la susceptibilidad al VIH a través de adolescentes de alto riesgo. Las variables de falta de autocontrol, junto con una alta puntuación en búsqueda de sensaciones y alta puntuación en invulnerabilidad correlacionaban positivamente con sus conductas de riesgo.

Las intervenciones que se realicen para prevenir las conductas de riesgo han de incluir el fomento de variables que se saben relacionadas con la adopción de esos riesgos. Una vez que se ha constatado que el autocontrol es importante en este sentido, se hace necesario que las intervenciones y los programas de prevención consideren la necesidad de fomentar este constructo entre los adolescentes.

En muchas ocasiones, problemas vividos en la etapa adolescente (embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual, problemas de la alimentación, consumo de sustancias, entre otros), tienen su base en relación a causas de tipo conductual y/o psicológico. Por estas razones, la información únicamente no basta y las intervenciones que se realicen han de ir acompañadas del trabajo intenso con aquellas variables que

promueven un estilo de vida más saludable y que ejercen una influencia en la forma de actuar de los adolescentes (Turner, 1999).

Al respecto, algunas de las dimensiones mencionadas del concepto de autocontrol, tales como competencia personal, control de los impulsos y atención, se han puesto de manifiesto en diversos estudios como relevantes para potenciar un mayor equilibrio emocional y conductual de los adolescentes (Rutherford, Quinn y Mathur, 2004). En concreto, esta variable ha sido considerada un objetivo con el que trabajar entre la población de adolescentes participantes en algunos programas sobre problemas de la alimentación y su prevención, así como otras conductas tales como el consumo de drogas, alcohol, las relaciones sexuales no protegidas, las conductas antisociales e incluso ha sido relacionada con la depresión y las conductas suicidas (Dinsmore y Stormshak, 2003; Martin, Richardson, Bergen, Roeger y Allison, 2005; Williams y Ricciardelli, 2000; Wills, Gibbons, Gerrard, Murry y Brody, 2003).

El reto comprende, entonces, que las intervenciones no vayan dirigidas únicamente al problema en cuestión, sino que en la aplicación se trabaje con aquellas variables consideradas de interés para su resolución. Así lo resaltan Wood et al. (2002) en un programa aplicado para reducir el consumo de abuso de sustancias en adolescentes. El control de la ira, la impulsividad, la adquisición de destrezas sociales y una educación sexual adecuada son recogidas en el trabajo como variables destacadas para lograr éxito y eficacia en el tratamiento. Estos autores destacan la importancia de trabajar con el autocontrol puesto que logra incrementar la flexibilidad y adaptabilidad de los adolescentes. Además, resaltan que el desarrollo y adquisición de un autocontrol adecuado contribuye a sentimientos de autoestima y autovaloración importantes. Los resultados tras la aplicación de la intervención en el estudio de Wood et al. (2002) fueron que el trabajo con estos aspectos conseguía que se produjera una reducción de las conductas de riesgo adoptadas por los adolescentes y manifestaron utilidad en distintos ámbitos de aplicación.

Si las relaciones entre las conductas de salud y el control de los impulsos en los adolescentes se han visto confirmadas en distintos estudios, entonces, es importante no obviar esta variable como relevante para las intervenciones preventivas que se lleven a cabo. Las campañas publicitarias como medios de comunicación masiva, de concienciación y socialización (para el caso del Marketing Social especialmente) son medidas de intervención preventiva que han de considerar estas relaciones. Así se ha hecho en algunos estudios que se describen a continuación.

12.2.4. El autocontrol como variable mediadora en la persuasión publicitaria.

Una variable de las características descritas, y que conlleva dificultades de regulación emocional y conductual, hace pensar que pueda tener influencia en los mensajes de salud que se transmiten a los adolescentes. Sin duda, la atención, el procesamiento cognitivo y la retención de la información que se recibe requiere de una serie de particularidades que hacen que esta información sea útil y pueda influir en el individuo. Características como la impulsividad o el autocontrol, pueden estar ejerciendo influencia en la recepción y procesamiento correcto de la información (Briñol et al., 2001).

Algunos estudios se han centrado en la vinculación entre las puntuaciones en autocontrol y la persuasión publicitaria y han indagado sobre los efectos de las características de las personas con altas puntuaciones en esta dimensión y el procesamiento logrado por mensajes relativos, en concreto, a la salud. En este sentido, Hartke (1981) recoge la relación entre las puntuaciones de los sujetos en autocontrol con la influencia lograda en mensajes relativos a la diabetes. Los resultados reflejan que a menor impulsividad se demuestran actitudes más positivas hacia los mensajes de salud relativos a esta temática en cuestión.

Otros trabajos como los de Greene et al. (2002) estudiaron el efecto de los mensajes referentes al uso de sustancias (alcohol y drogas) y protección en las relaciones sexuales y el impacto logrado según distintas características de los sujetos. Entre las variables que estudiaron, el egocentrismo (ya mencionado anteriormente en relación a la definición de autocontrol y a algunas de sus dimensiones) se predijo como una variable importante y que se relacionaba con un menor efecto logrado por las campañas. Es decir, los resultados indicaron que aquellos adolescentes con mayores puntuaciones en egocentrismo reflejaban unas actitudes más negativas hacia los mensajes relativos a las conductas de riesgo, frente a aquellos con menores puntuaciones. Estos datos han sido confirmados en otros estudios (Schoenbachler y Whittler, 1996).

La totalidad de los datos descritos enfatiza la necesidad de trabajar la variable de autocontrol y sus dimensiones con los adolescentes, ante la importancia que tiene en las conductas de riesgo y en las intervenciones preventivas que se hagan. Tal y como se ha visto, el concepto de autocontrol tienen implicaciones directas con la persuasión.

Además, lo descrito en cuanto a la consideración de las variables de personalidad de los individuos y su influencia en la eficacia de las intervenciones preventivas a través de mensajes publicitarios y campañas sobre la salud de las personas, hace pensar en la necesidad de conocer las características de la audiencia (Donohew et al., 1994). Sólo así, las campañas de prevención ofrecerán las claves necesarias para que los públicos objetivos sean alcanzados con éxito. El diseño específico de mensajes de comunicación más eficaces sobre la salud será el fin último. Estudios como los mencionados aportan información útil al complejo mundo de la persuasión publicitaria y sus efectos sobre las diferencias individuales.

12.3. EL GÉNERO: EL CONCEPTO Y SUS TEORÍAS

El término “sexo” tiene determinadas connotaciones biológicas que implican diferencias de tipo anatómico. Sin embargo, el término “género” tiene un matiz sociológico importante y se refiere a una categorización de tipo social de los individuos. A partir de los años 70, el interés por estudiar las diferencias en las percepciones, interpretaciones y conductas de los individuos debidas al género empezó a abordarse de forma más exhaustiva (Moya, 2003; Wood y Eagly, 2002). El estudio de esta variable como mediadora en un repertorio importante de actitudes y comportamientos llevó a que, especialmente desde la Psicología Social, se diferenciaron tres tipos de creencias. Estas son:

- Estereotipos de género: Que representan un conjunto estructurado de creencias o pensamientos que son compartidas en una cultura determinada según las características y atributos que poseen los varones y las mujeres. Dentro de los estereotipos se engloban los componentes de rasgos, roles, ocupaciones y características físicas que tradicionalmente se han atribuido a hombres y a mujeres (Moya, 2003; Moya, Expósito y Padilla, 2006).

- Ideología de género: Por este término se entienden las actitudes acerca de los roles, conductas y responsabilidades que se consideran apropiadas para los varones y las mujeres y las creencias que se mantienen sobre las relaciones que estos han de tener entre sí. Dentro de este concepto se ha hablado del sexismo clásico o prejuicio y conducta discriminatoria con base a una supuesta inferioridad por parte de las mujeres,

y el sexismo ambivalente, que se trata de actitudes discriminatorias pero que pueden tener un tono afectivo positivo y suscitar determinadas conductas prosociales, por ejemplo, ayuda hacia las mujeres por su supuesta inferioridad (Moya, 2003). En relación a la ideología de género existe un continuo formado por las dimensiones de “feminista-igualitarista” y “tradicional”. La ideología “feminista-igualitarista” mantiene igualdad en cuanto a los roles, tareas y funciones de varones y mujeres, explicando las diferencias en base a un carácter meramente social. La ideología “tradicional” sí encuentra diferencias por sexo, de manera que los roles, tareas y funciones están distribuidas según el sexo de forma muy clásica (Moya et al., 2006).

- Identidad de género: Se refiere a la identidad social derivada de la pertenencia grupal y a la autopercepción de rasgos masculinos y femeninos asociados a la pertenencia a ese grupo en cuestión. Este concepto ha sido explicado por la Teoría de la Identidad Social de Tajfel y Turner (1986, 1989). Según esta teoría, aquellos grupos o categorías sociales de las que formamos parte influyen de un modo considerable en nuestra identidad y en función de las características asociadas a esas pertenencias grupales así nos tratarán los demás. La masculinidad y la feminidad son dos consecuencias cognitivas importantes derivadas de la pertenencia grupal mencionada. A lo anterior, se suma recientemente el término de androginia con el que se recoge a las personas que, independientemente de su sexo, tiene una alta carga de rasgos de masculinidad y feminidad al mismo tiempo.

Otras teorías y modelos que otorgan explicaciones en cuanto a la diferenciación por género, son la Teoría del Role Social (Eagly, 1987) y el Modelo de Socialización de Moschis (Moschis, 1985). En concreto, la Teoría del Role Social, desde una perspectiva psicosocial, sugiere cómo las actitudes y rasgos de personalidad asignados a varones y a mujeres reflejan los roles de género tradicionales de la sociedad (Putrevu, 2001). El Modelo de Socialización de Moschis (1985) defiende que tanto los varones como las mujeres aprenden a través de la comunicación y exposición a una variedad de agentes de socialización, tales como los padres, los iguales y los medios de comunicación. Debido a que se dará una interacción diferencial con estos agentes de socialización, las tendencias en el procesamiento de información de varones y mujeres también serán diferentes (Hupfer, 2002).

Algunas teorías más recientes y según las nuevas concepciones de sexismo (como es el caso del sexismo ambivalente descrito), son la Teoría del Neosexismo, de Tougas, Brown, Beaton y Joly (1995) y la Teoría del Sexismo Moderno de Swim, Aikin, Hall y Hunter (1995). Estas teorías vienen a explicar las ambivalencias que se dan en las actitudes sexistas en la actualidad. Esto es, no se manifiesta de forma explícita una discriminación hacia la mujer, pero sí se hace de forma encubierta, de manera que prevalecen de forma importante los valores tradicionales (Moya et al., 2006).

Si bien lo anterior recoge evidencias desde la Psicología Social para explicar las diferencias por género, existen otras explicaciones que se apoyan más en las diferencias meramente por sexo y que tienen un fundamento puramente biológico.

12.3.1. Evaluación de aspectos relativos al género.

El interés por los roles de género y su posible influencia en una variedad de situaciones de la vida ha supuesto el desarrollo de instrumentos específicos para evaluar este concepto. Algunos de estos instrumentos que han sido elaborados y utilizados para evaluar el género y sus dimensiones (identidad, ideología y estereotipos), se recogen a continuación.

El “*Bem Sex Role Inventoy, BSRI*” (Bem, 1974, 1983), constituye un inventario del rol sexual destinado a recoger rasgos considerados como normativos para los varones y para las mujeres. La versión reducida de este inventario está compuesta por un total de 22 ítems en los que se recogen una serie de características y adjetivos a través de los que se le solicita a la persona que valore el grado de identificación con los mismos (García-Mina, 1997, 2004). Los resultados de este inventario recogen puntuaciones en cuanto a feminidad y masculinidad. Además, se pueden obtener puntuaciones en androginia y otras “indiferenciadas” para aquellos casos en los que el perfil de las puntuaciones del sujeto no esté muy definido. Se ha constado cómo estos niveles de masculinidad y feminidad tienen una relación considerable con aspectos socio-culturales e históricos. Esto apoya la idea de que los roles de género, más allá de asociarse únicamente a aspectos de fundamento biológico, tienen una importante asociación con matices sociológicos y culturales.

Otros instrumentos como “*The Attitude Toward Women Scale*” (Spence, Helmreich y Stapp, 1973), mide las concepciones del *role* sexual, la denominada ideología de género y las creencias sobre varones y mujeres. “*La Escala de Feminismo*”

(Dempewolff, 1974), el “*Sex-Role Ideology Scale*” (Kalin y Tilby, 1978) y la “*Sex-Role Egalitarianism Scale*” (Beere, King, Beere y King, 1984) recogen aspectos similares en cuanto a actitudes hacia el feminismo (Moya et al., 2006).

Más recientes, el “*Inventario de Sexismo Ambivalente*” y en concreto la versión en castellano creada por Expósito, Moya y Glick (1998) evalúa distintos aspectos de ideología hacia el género. En concreto, se recogen medidas de sexismo ambivalente y sexismo hostil. Tal y como se ha definido anteriormente, el sexismo hostil supone una conducta discriminatoria basada en las asunciones de inferioridad de las mujeres. El sexismo ambivalente, por su parte, también supone actitudes discriminatorias pero en un tono afectivo positivo (Moya, 2003). Algunos estudios realizados con este instrumento han mostrado como esta ideología está en retroceso en el mundo occidental. Otros estudios en España concluyeron una clara oposición a la ideología tradicional sexista en grupos de varones y mujeres de distintas características sociodemográficas (Expósito et al., 1998; Moya y Expósito, 2000; Moya, Expósito y Ruiz, 2000).

Por último, el “*Inventario del Role Sexual*” (Moya et al., 2006; Moya, Navas y Gómez, 1991) mide actitudes tradicionales frente a feministas en relación a la ideología del rol sexual y a distintas áreas de éste. Específicamente, recoge las actitudes hacia los temas siguientes: funciones laborales de varones y mujeres, responsabilidades parentales y en la esfera doméstica, relaciones personales entre varones y mujeres, reparto de tareas, normas que regulan el comportamiento cotidiano y otros aspectos relativos a la sexualidad, la maternidad y el aborto.

12.3.2. Características de las personas con actitudes tradicionales frente a feministas en cuanto a ideología de género.

La ideología tradicional enfatiza las diferencias entre los sexos de una forma muy acentuada. Aquellas personas que manifiesten actitudes claramente tradicionales en cuanto a la ideología de género harán una distinción entre varones y mujeres en una diversidad de áreas. En concreto, y en relación a las funciones y desempeños de varones y mujeres, a éstas últimas se les relegará roles de esposa, ama de casa y madre. Frente a lo anterior, el varón será considerado como encargado de dar protección, con autoridad y con una importante capacidad en la toma de decisiones. Otras áreas relativas a rasgos y facetas de personalidad también estarán claramente clasificadas bajo una posición tradicional. A las mujeres se les considerarán más débiles, con la necesidad de ser

protegidas, más pasivas, temerosas, menos autoritarias y con falta de control. Por su parte, los varones tendrán asociados, de forma estereotipada, papeles más activos y prominentes, más independientes, fuertes, dominantes, con capacidad de tomar la iniciativa y el control (Ford, Voli, Honeycutt y Casey, 1998; Lynn, Walsdorf, Hardin y Hardin, 2002; Mwangi, 1996). Otras facetas donde se recogen estereotipos de forma clara en cuanto al género es en las relaciones sexuales, que no deja de tener repercusiones relevantes en materia de prevención, como se verá más adelante (Pantelides, Geldstein e Infesta, 1995).

La existencia y mantenimiento de situaciones provocadas por pensamientos tradicionales como los descritos es sorprendente dados los cambios experimentados en la sociedad actual. Sin embargo, se ha evidenciado un cambio en la asunción de roles y en las actitudes tradicionales de los varones, junto con una posible acentuación de los valores más claramente feministas de las mujeres. Esto refleja, cómo las creencias relacionadas con el género tienen un carácter flexible y cambiante que se adapta a las circunstancias concretas de la vida cotidiana y a otras de carácter socio-histórico (Moya, 2003). No obstante, aún existen datos que apoyan que la discriminación basada en el sexo sigue existiendo, aunque no con la misma intensidad. Esto ocurre por ejemplo en relación a los salarios y retribuciones mensuales, a la esfera política y a los cargos desempeñados en la administración pública y del estado (Instituto de la Mujer, 2000). Por todo ello, no está demás el interés investigador que lleve a indagar la posible influencia del género y sus dimensiones en distintos ámbitos y áreas de la vida cotidiana.

12.3.3. Ideología de género y prevención.

El papel de los roles de género ha sido estudiado en relación a distintas conductas de riesgo en la adolescencia. De forma particular, algunos estudios se han centrado en el uso del preservativo, atendiendo a esta variable como de interés para ejercer un papel mediador en cuanto a la asunción de riesgos. Los roles de género y los estereotipos han sido destacados y con un papel fundamental en los estilos de interacción sexual de la pareja, así como en el control de la relación sexual. La importancia concedida al concepto del género guarda una estrecha vinculación con las relaciones de poder y su influencia en conductas sexuales poco seguras o en la negociación acerca del uso de un preservativo (Lever, 1995). Un reconocimiento de

cómo los roles de género y el estatus asociado al mismo influye en las conductas sexuales permitirá un abordaje más apropiado de las medidas preventivas que se desarrollen para que éstas alcancen una mayor eficacia.

Junto a lo anterior, los datos epidemiológicos que se han recogido en los informes anuales (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; ONUSIDA, 2006) también reflejan la importancia de hacer una distinción entre el curso que está siguiendo, en este caso la epidemia del SIDA, y las diferencias encontradas entre varones y mujeres. Por ello tiene un gran interés indagar si algunos fundamentos de los señalados por las teorías relativas al género pueden estar ejerciendo influencia en estos datos. De fondo está el conocer que si se están dando patrones diferenciales de conductas de riesgo de acuerdo con el sexo, es esencial que desde la prevención se tengan en cuenta estas diferencias y los factores que pueden estar mediando.

Las representaciones del género también adquieren una gran importancia. Algunos textos se han hecho eco del papel mediador que pueden adoptar en el lenguaje, en el discurso escrito y en los medios de comunicación los estereotipos de género que en ellos se representen (Garst y Bodenhausen, 1997; Goffman, 1979; Wiles, Wiles y Tjemplund, 1995; Winn y Rubin, 2001). Éste y otros aspectos se recogen a continuación y se vinculan con la prevención.

12.3.4. Ideología de género como variable mediadora en la persuasión publicitaria.

Los estudios realizados con respecto a los estereotipos e ideología de género y su vinculación con la publicidad se han enfocado de dos modos. Por un lado, están aquellos estudios destinados a evaluar cómo las representaciones del género en los medios de comunicación influyen de una forma determinada en la audiencia diana de las campañas. Estos estudios han sido realizados en diferentes países y reflejan la importancia de la representación que de los varones y mujeres se hace en la publicidad (Cheng, 1997; Ford et al., 1998; Furnham y Thomson, 1999; Hurtz y Durkin, 1997; La Tour, Henthorne y Williams, 1998; Mwangi, 1996; Putrevu, 2001; Rouner, Slaer y Domenech-Rodríguez, 2003; Tan, Ling y Theng, 2002; Uray y Burnaz, 2003). De hecho, se ha considerado cómo las diferencias sexuales, como un constructo social, ha sido el componente más básico reflejado en la publicidad y se han representado de forma clásica a varones y a mujeres asumiendo roles muy tradicionales (Ford et al.,

1998; Lynn et al., 2002; Mwangi, 1996). De igual manera, se han asociado varones y mujeres a la promoción de productos, contextos y situaciones específicas y estereotipadas, que, sin embargo no son representativos de la diversidad de varones y mujeres en la actualidad (Bresnahan, Inoue, Liu y Nishida, 2001; Ford et al., 1998; Kang, 1997).

Por otro lado, están los estudios que analizan cómo, a raíz de una evaluación de las actitudes y creencias en relación al género y el posicionamiento de la persona (más tradicional frente a menos convencionalista) se puede ejercer un papel mediador en el impacto y eficacia que alcancen los medios de comunicación con un objetivo determinado. En cuanto a esto existen estudios de interés como el realizado por Garst y Bodenhausen (1997). En concreto, estos autores evaluaron el impacto de un conjunto de anuncios de publicidad mediado por las actitudes de roles de género de la audiencia, en un conjunto de 267 varones de entre 17 y 46 años. Los autores encontraron cómo las actitudes de roles de género ayudaban en la identificación que se realizaba con los personajes del anuncio y por lo tanto con la influencia que tuviera el mismo. Además, estos resultados hacían alusión a una influencia de la publicidad a corto plazo, puesto que la evaluación se realizaba inmediatamente después de la visualización del anuncio y no se obtenía una relación del impacto con los roles de género más a largo plazo. Parece ser que las actitudes de roles de género pueden tener relación con el impacto de los medios de comunicación de una forma momentánea, más allá de ser fijados en la memoria y tener un efecto continuado (Garst y Bodenhausen, 1997).

Otros estudios realizados en la misma línea han mostrado una clara congruencia entre las actitudes hacia los roles tradicionalmente estereotipados en la dimensión masculinidad-feminidad y la influencia que ejerce la publicidad. Así, Morrison y Shaffer (2003) concluyen la importancia de los roles de género en la influencia, evaluación e intención de compra de una selección de anuncios utilizada para el estudio. Estos autores llaman la atención sobre la consideración de estos aspectos en la elaboración de campañas más eficaces. En otros estudios como el de Andsager, Austin y Pinkleton (2002) se analizó el papel de los roles de género, su importancia en la adolescencia y la influencia en el procesamiento de la información de un conjunto de mensajes en relación al consumo de alcohol. Los resultados confirman de nuevo la importancia de incluir los modelos de género en la explicación de cómo los adolescentes analizan este tipo de mensajes preventivos.

Algunos autores se han centrado en indagar las posibles razones que están detrás de la influencia del género y las diferencias sexuales en la mediación de la publicidad y el impacto que alcance. En relación a esto, determinados trabajos de revisión teórica han recogido las diferencias en el procesamiento de la información según el sexo y el género bajo la perspectiva de teorías de la Psicología Social (Bandura, 1977), la Psicología Cognitiva (Putrevu, 2001) y del Marketing (Hupfer, 2002; Wolin, 2003). Los resultados encontrados aluden a la importancia de considerar las diferencias en masculinidad y feminidad (como categorías de autoconcepto psicológicas distintas al sexo biológico). Éstas podrían explicar en cierto modo la percepción y la conducta de la audiencia, así como mediar en la influencia de los medios de comunicación. De esta manera, aquellos individuos con puntuaciones mayores en masculinidad mostrarían una actitud más favorable hacia los productos que son considerados de forma estereotipada como más masculinos. Lo mismo ocurría para los individuos con puntuaciones mayores en feminidad y su actitud más favorable hacia los anuncios que muestran productos altamente femeninos.

Más allá de las diferencias por ideología de género, otros estudios se han centrado en las diferencias biológicas entre varones y mujeres tanto para la elaboración de mensajes, como para la información a la que se es atendida. Así, en el caso de las mujeres, se ha detectado un procesamiento con un umbral más bajo para la elaboración del mensaje, así como el uso de más claves para el procesamiento. Por contrapartida, los varones utilizan un procesamiento distinto y orientado a aquellos aspectos más salientes del mensaje. La llamada Teoría de la Selectividad (Meyers-Levy, 1988) ha aportado información en relación a este procesamiento diferencial y ha sido de utilidad en el terreno de las estrategias publicitarias y de la persuasión diferencial entre varones y mujeres.

La consideración de estos aspectos tiene unas implicaciones claves para las campañas publicitarias y su elaboración, debido a que si se considera un procesamiento diferencial por género, entonces los mensajes publicitarios deberían ser cuidados y elaborados con especial detalle en relación a esta información (Putrevu, 2001). En definitiva, las evidencias sugeridas tanto acerca de factores culturales, como de socialización y biológicos, contribuyen a que existan diferencias por género y que estas diferencias puedan verse reflejadas en cómo la publicidad es procesada. Adicionalmente, estos datos aportan importante información sobre la orientación de la publicidad y las condiciones bajo las cuales han de ser transmitidos los mensajes.

12.4. OTRAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU RELACIÓN CON LA PERSUASIÓN PUBLICITARIA: EDAD

Junto con las diferencias en persuasión publicitaria encontradas según las variables psicológicas de búsqueda de sensaciones, autocontrol, aspectos relativos al género y las diferencias por sexo, la edad, como variable sociodemográfica relevante en la persuasión, también se ha considerado en algunos estudios. Las distintas edades supondrán una disponibilidad diferencial a la influencia de los agentes de socialización y tal como se ha visto, la publicidad también adquiere el rol de agente importante de socialización. Se ha planteado la posibilidad de que sea con la edad conforme las personas se hacen más resistentes a la persuasión y que las personas de menor edad sean las más fácilmente persuadidas. En algunos estudios se ha concluido que en el caso de los más jóvenes se da una mayor influencia. En concreto, se ha encontrado datos sobre una mayor influencia a través de técnicas como la sugestión o la hipnosis en edades inferiores. Por otro lado, se alcanzan mayores logros en términos de persuasión con la publicidad dirigida a niños frente a aquella dirigida a adultos (Briñol et al., 2001).

Algunas explicaciones dadas relacionan estos resultados con el concepto de la inteligencia y de la sofisticación intelectual que se da en los procesos de recepción y aceptación de la comunicación persuasiva y que van en incremento con la edad (Briñol et al., 2001). La mayor madurez en los procesos de recepción, atención y comprensión de los mensajes, favorece también que con la edad, se rechacen aquellos que estén basados en argumentos débiles, aumente el nivel de conocimiento general, el conocimiento concreto y la experiencia que sustenta cada actitud (Briñol et al., 2001; McGuire, 1985). A lo anterior se le suma que, en concreto, para algunas etapas como la etapa adolescente hay una gran inmadurez personal y emocional, junto con una importante formación gradual de valores personales y dependencia normativa y social (Castillo, 1999; ONUSIDA, 2006; Zimbardo y Leippe, 1991). Esta situación del adolescente ha hecho que, debido a la vulnerabilidad específica propia de la edad, sean considerados como unos objetivos fáciles de adoctrinar y ser persuadidos. Sin embargo, tal y como se viene recogiendo a lo largo de la revisión teórica expuesta, la edad es poco probable que comprenda un factor *per se* para explicar la capacidad de ser persuadido por una determinada campaña. Más bien, se trata de un cúmulo de factores alrededor de la edad y su relación con el cambio actitudinal.

De cualquier manera, la consideración de determinadas características psicológicas y sociodemográficas como las aquí expuestas enriquecen el conocimiento del entramado propio de la persuasión. Además, favorecen la elaboración y la posibilidad de éxito en el diseño e implementación de campañas en base al conocimiento del público objetivo y sus diferencias individuales.

ESTUDIO EMPÍRICO

PRIMER ESTUDIO

**ANÁLISIS DE LA PUBLICIDAD PREVENTIVA DE
VIH/SIDA Y EVALUACIÓN DEL IMPACTO DIFERENCIAL POR
CANAL DE COMUNICACIÓN Y GRADO DE PERSUASIÓN:
JUICIO DE EXPERTOS**

1.- INTRODUCCIÓN

El problema del VIH/SIDA constituye una prioridad fundamental en las agendas de salud pública, dado el efecto devastador de la epidemia y su incontrolable crecimiento, cuando además los recursos para hacerle frente siguen siendo tan restringidos en algunas regiones. Con este panorama, cobra especial importancia el énfasis en la prevención, pues quizá la única forma de detener el crecimiento de la pandemia sea incidiendo en las pautas de comportamiento de las personas.

Los estudios epidemiológicos muestran cómo, cada vez más, los índices de infección se extienden a todos los grupos poblacionales, con lo cual, las estrategias de prevención tendrían que dirigirse a la población desde una óptica global. No obstante, la etapa adolescente constituye un momento de especial vulnerabilidad en el que se han de enfatizar las medidas preventivas. Sin embargo, estas intervenciones en la lucha contra la extensión de la epidemia de VIH/SIDA con frecuencia no resultan especialmente eficaces.

En relación a las medidas preventivas es necesario acentuar el papel relevante que tienen los medios de comunicación masiva, así como el alcance y el grado de socialización que se les otorga. Estos medios constituyen mecanismos para divulgar información conducente a la disminución del riesgo de infección. Además, fomentan la adopción de medidas preventivas mediante hábitos de vida saludables, prevención de conductas de riesgo, así como una mayor conciencia social acerca de la dimensión del problema. Por todo ello, el presente estudio constituye una aproximación al análisis e impacto persuasivo de la publicidad preventiva, en el caso concreto del VIH/SIDA. Las bases teóricas del estudio y su diseño pretenden mostrar la interdisciplinariedad como alternativa al tratamiento de un problema que no es sólo sanitario, psicológico o del ámbito privado de la vida de las personas, sino que constituye una preocupación colectiva, compleja y que tiene matices sociales muy importantes.

Desde la perspectiva anterior, se hace una selección previa del material disponible en medios impresos (prensa) y audiovisuales (radio y televisión) sobre prevención de VIH/SIDA. Posteriormente y para un análisis del material publicitario, éste es sometido al juicio de expertos en áreas de prevención y de persuasión publicitaria, con el objeto de que valoren el grado de persuasión que consideran de las

campañas. Más tarde, estas campañas serán presentadas a una muestra de adolescentes para evaluar el impacto persuasivo de las mismas a corto plazo.

La evaluación de las campañas por parte de los adolescentes se realizará a través de tres componentes importantes que están implicados en la adopción de conductas saludables, por un lado, y en el alcance que tengan los medios de comunicación, por otro. Estos son el componente afectivo, en cuanto a la disposición emocional involucrada al recibir los mensajes preventivos, el componente cognitivo, acerca de la generación de pensamientos positivos en relación a la información recibida y el componente de intención de conducta, referido a la intención de iniciar o mantener pautas de comportamiento relacionadas con la prevención del VIH/SIDA y el mantenimiento de la salud de la persona.

A través del presente estudio se hace una aproximación, por un lado, en cuanto a la idoneidad de las campañas según el juicio de expertos, como metodología empleada en la investigación. Por otro lado, se indaga el efecto en adolescentes de algunas campañas publicitarias de prevención emitidas en España en los últimos años, destacando las diferencias en efectos logrados por los anuncios en prensa escrita frente a los medios audiovisuales (televisión y radio).

En el estudio, además, hay un interés por evaluar la influencia de algunas variables de tipo sociodemográfico y conductual en los resultados del impacto persuasivo logrado en los adolescentes. Estas variables son el sexo y la edad (variables sociodemográficas) y la frecuencia de uso del preservativo (variable conductual en relación a la adopción de conductas seguras) que han sido propuestas como relevantes desde la bibliografía científica.

La investigación sigue los requerimientos metodológicos necesarios con el fin de disminuir al máximo el efecto de variables ajenas al procedimiento y garantizar, de esta forma, el rigor que debe acompañar a cualquier aproximación científica. Además, intenta aportar resultados de relevancia en torno al papel que juegan diversos factores propios de la publicidad preventiva en la persuasión. Por último, la consideración de características de las personas implicadas en las campañas de Marketing Social, pueden servir de base para el desarrollo de nuevas intervenciones preventivas que sean de mayor utilidad y permitan, por tanto, una optimización de los recursos, con miras a poner freno a la compleja pandemia del VIH/SIDA.

2.- OBJETIVOS

Los objetivos generales y específicos del estudio son los que siguen a continuación:

2.1. Objetivo general.

El objetivo del presente estudio es conocer las diferencias en impacto publicitario a corto plazo¹ de acuerdo con factores importantes en el proceso de la comunicación, en concreto, según el canal de comunicación utilizado.

Se indagarán también las relaciones del impacto con el grado de persuasión de los anuncios (utilizando un juicio de expertos previo para su clasificación). Por último y ante lo señalado en la introducción, se recogen algunas variables que se muestran importantes por el destacado y activo papel de la audiencia y que constituyen variables sociodemográficas y conductuales relevantes para la investigación.

2.2. Objetivos específicos.

Objetivo 1: Evaluar si existen diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función del sexo.

Objetivo 2: Evaluar si existen diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función de la edad.

Objetivo 3: Evaluar si existen diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función de la frecuencia de uso del preservativo como conducta sexual de riesgo.

¹ A lo largo del estudio, cuando se mencione el impacto logrado por los anuncios publicitarios se entenderá que se refiere a un impacto a corto plazo, dadas las características del diseño de la investigación, que supone la visualización de la publicidad y la recogida inmediata del impacto logrado.

Objetivo 4. Evaluar si existen diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta en los adolescentes en función del canal de comunicación empleado para los anuncios publicitarios.

Objetivo 5. Evaluar si existen diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta en los adolescentes en función el grado de persuasión de los anuncios publicitarios según la clasificación realizada por los expertos.

3.- HIPÓTESIS

Las hipótesis del estudio, en relación al objetivo general y a los objetivos específicos planteados son:

Hipótesis 1: Existirán diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función del sexo.

Hipótesis 2: Existirán diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función de la edad.

Hipótesis 3: Existirán diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función de la variable independiente frecuencia de uso del preservativo.

Hipótesis 4: Existirán diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta en los adolescentes en función del canal de comunicación de los anuncios publicitarios.

Hipótesis 5: Existirá un mayor impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta en los adolescentes de los anuncios publicitarios clasificados por los expertos como más persuasivos.

4.- MÉTODO

4.1. Grupo de expertos.

Para la clasificación del material publicitario utilizado en la investigación se contó con la colaboración de un total de 19 expertos en prevención y persuasión publicitaria, siendo la distribución por sexo de 12 varones y 7 mujeres. En concreto, todos ellos tenían una vinculación directa bien con aspectos psicológicos de la prevención de VIH/SIDA en adolescentes, bien con aspectos relativos a la publicidad y en materia de persuasión publicitaria.

4.2. Sujetos.

La muestra estuvo conformada por 913 adolescentes, de los que 420 eran varones y 488 mujeres². La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 14 y los 19 años, edades que se corresponden con la etapa de la adolescencia de acuerdo con lo descrito en algunos textos sobre el desarrollo psicológico, biológico y social (Castillo, 1999). La muestra de adolescentes eran estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) y fueron elegidos a través de muestreo incidental. La media de edad para los varones es de 15,85 y la desviación típica de 1,28. Para el caso de las mujeres, la media de edad es de 16,03 y la desviación típica de 1,35. El 48,2% pertenecían a un núcleo urbano y el 50,8% a un núcleo rural.

4.3. Instrumentos y materiales.

Para la evaluación de las variables que se incluyen en el estudio, se utilizó el siguiente *instrumento de evaluación*:

- *Cuestionario para la Evaluación del Impacto a Corto Plazo de las Campañas Publicitarias Españolas sobre Prevención de VIH/SIDA en Población Adolescente (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a).*

² Los cinco sujetos restantes que completan el total de 913 adolescentes no rellenaron el campo correspondiente a “sexo” solicitado en el cuestionario, por lo que no contabilizan en los análisis en relación a esta variable.

El cuestionario (véase Anexo 1) está compuesto por tres escalas: Escala de Impacto Afectivo, Escala de Impacto Cognitivo y Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta:

La *Escala de Impacto Afectivo* contiene 8 ítems que evalúan la persuasión a nivel afectivo lograda por el anuncio de acuerdo con las formulaciones teóricas revisadas (Albarracín y Tarcán, 2003; Albarracín y Wyer, 2001; Morris et al., 2005; Stephenson et al., 2001). Estos ítems recogen adjetivos que describen el anuncio, por un lado, como agradable, llamativo, atractivo e impactante (ítems en positivo) y por otro lado, como apático, pasivo, indiferente y aburrido (ítems en negativo). Las puntuaciones obtenidas en los ítems en negativo son invertidas, para finalmente obtener una puntuación total, de manera que a mayor puntuación en la subescala se entienda un mayor impacto afectivo logrado por el anuncio.

La *Escala de Impacto Cognitivo* está compuesta por un total de 10 ítems que recogen algunos constructos psicológicos considerados relevantes por los modelos de salud en cuanto a la prevención de VIH/SIDA. Además, se consideran las Teorías de la Cognición que proponen que a mayor persuasión se produce una mayor elaboración de pensamientos sobre la temática que contiene el anuncio (Alden y Crowley, 1995; Benoit y Smythe, 2003; Páez et al., 2001; Zhang y Watts, 2004). Los ítems en positivo de la subescala recogen información sobre las medidas preventivas, conciencia de gravedad, susceptibilidad de riesgo y autoeficacia generadas por el anuncio. Los ítems en negativo evalúan la adopción de pensamientos sobre invulnerabilidad y locus de control externo que son invertidos para obtener una puntuación total, de manera que a mayor puntuación se entienda un mayor impacto cognitivo logrado.

La *Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta* está compuesta por 5 ítems, que tienen fundamentación teórica en la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1973). Esta teoría propone la importancia de la intención de conducta como antecedente de la conducta en sí. Además, se consideraron otras variables tales como la adquisición de preservativos, su uso y la comunicación con la pareja acerca de mantener relaciones sexuales seguras, por ser variables relevantes como han puesto de manifiesto distintos estudios (Schaalma et al., 1993; Troth y Peterson, 2000). Se obtiene una

puntuación total de manera que a mayor puntuación se entiende mayor impacto logrado sobre la intención de conducta.

El formato de respuesta del cuestionario para las tres escalas es de tipo Likert con cinco alternativas de respuesta. Para el caso de la escala de impacto afectivo se solicita que los participantes valoren el grado de identificación de los anuncios con los adjetivos que constituyen los ítems de la escala, adjudicando el valor de 0 en los casos de ausencia de identificación del anuncio con el adjetivo y el valor de 4 en los casos de máxima identificación. Para la escala de impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta, se solicita que los participantes valoren el grado de acuerdo o desacuerdo con los ítems de la escala tras ver el anuncio, adjudicando el valor de 0 en los casos de desacuerdo máximo y adjudicando el valor de 4 en los casos de acuerdo máximo (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a).

Las propiedades psicométricas del cuestionario comprenden una consistencia interna de alfa de Cronbach superior a 0,75 satisfactoria para todas las escalas. Los resultados de la estructura factorial de la escala concluyeron tres componentes: impacto afectivo, impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta, que además, son los que se recogen en otros trabajos como importantes en la evaluación del impacto logrado por las campañas publicitarias (Beerli y Martín, 1999). Los pesos factoriales fueron satisfactorios, oscilando entre 0,34 y 0,80 y los análisis de congruencia factorial reflejaron datos generales a favor de la invarianza de las saturaciones factoriales del cuestionario de evaluación descrito (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a).

Junto con la evaluación del impacto alcanzado por las campañas, en el cuestionario se incluyen preguntas sociodemográficas y conductuales acerca de las variables de sexo, edad, curso, ciudad y si han mantenido o no relaciones sexuales. A la versión original del cuestionario se le añadió un ítem para recoger información sobre la frecuencia del uso del preservativo en las relaciones sexuales. Este ítem fue añadido con la intención de obtener datos de interés para la investigación y con base en el uso de esta información en estudios previos (Bimbela y Jiménez, 1999).

Los **materiales** empleados en la investigación fueron los siguientes:

Se utilizó una selección de campañas publicitarias españolas de prevención de VIH/SIDA y uso del preservativo emitidos a través de diferentes canales de comunicación.

En concreto, las campañas empleadas fueron las siguientes³:

> Seis campañas televisivas de prevención del VIH/SIDA y uso del preservativo:

1. - “Póntelo – Pónselo”.
2. - “Vamos a para el SIDA”.
3. - “El condón póntelo en la cabeza”.
4. - “Yo ♥ Tú”.
5. - “Sida – No da”.
6. - “A todos nos afecta el SIDA”.

> Cuatro campañas de radio sobre prevención del VIH/SIDA y uso del preservativo:

1. - “Lo estás haciendo muy bien”.
2. - “Yo para ser feliz quiero un condón”.
3. - “Y no me corta nada”.
4. - “El rap del condón”.

> Doce campañas de publicidad impresa sobre prevención del VIH/SIDA y uso del preservativo:

1. - “Con el SIDA no te la juegues. Protégete”.
2. - “Dos opciones para practicar sexo seguro”.
3. - “El SIDA existe... la forma de evitarlo también”.
4. - “Úsalo. Por amor propio no te confíes, porque Sída!”
5. - “El condón póntelo en la cabeza”.
6. - “Protégete. El Sida puede cruzarse en tu camino”.

³ Las diferencias en número de campañas consideradas para cada canal de comunicación vienen condicionadas por la disponibilidad de las mismas de acuerdo con los criterios establecidos de partida, que serán descritos en el apartado de procedimiento. Estas diferencias en número serán consideradas en la evaluación posterior de los expertos, así como para las técnicas de escalamiento empleadas.

7. - “Prevenir el Sida está en tus manos”.
8. - “Por ti y por todos, úsalo”.
9. - “Presérvate del SIDA”.
10. - “Goma para borrar embarazos no deseados, SIDA,... úsalo!”.
11. - “A todos nos puede llegar el virus del Sida. Rompe la cadena, protégete”.
12. - “Por ti, por mí”.

4.4. Diseño.

El presente estudio es de tipo cuasiexperimental de acuerdo con la clasificación propuesta por Montero y León (2005).

4.5. Variables.

Las variables independientes empleadas en el estudio fueron las siguientes:

1. Canal de comunicación de los anuncios publicitarios: Esta variable tiene tres niveles, cada nivel de la variable independiente corresponde a cada uno de los canales de comunicación utilizados para los anuncios. Estos son:

- Prensa escrita
- Televisión
- Radio

La manipulación de esta variable se hizo entre grupos, ya que se asignaron a grupos distintos los niveles de la variable independiente canal de comunicación de los anuncios publicitarios.

2. Grado de persuasión de los anuncios publicitarios: Esta variable tiene dos niveles para los anuncios de televisión y de radio (altos y bajos en persuasión) y tres niveles para los anuncios de publicidad impresos⁴ (altos en persuasión, medianos y

⁴ Las tres categorías realizadas para el caso de las campañas impresas obedecen al mayor repertorio seleccionado en este tipo de canal, por lo que tras la valoración de los expertos se consideró también el grado medio de persuasión.

bajos). La manipulación se hizo entregrupos, de manera que se asignaron a distintos grupos los niveles de la variable independiente grado de persuasión de los anuncios.

Otras variables sociodemográficas y conductuales relevantes para la investigación, cuya manipulación viene dada por selección son las siguientes:

3. Sexo (varones / mujeres).

4. Edad.

5. Frecuencia de uso del preservativo (siempre / aproximadamente más de la mitad de las veces / aproximadamente menos de la mitad de las veces / nunca).

Las variables dependientes empleadas en la investigación fueron las siguientes:

1. Impacto Afectivo: Evaluado mediante la escala de impacto afectivo del *Cuestionario para la Evaluación del Impacto a Corto Plazo de las Campañas Publicitarias Españolas sobre Prevención de VIH/SIDA en Población Adolescente* (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a). Por impacto afectivo se entiende el efecto persuasivo que es logrado por los anuncios a través de la consecución de un afecto positivo y favorable con el que se consiga una mayor aceptación y asimilación de la publicidad preventiva.

2. Impacto Cognitivo: Evaluado mediante la escala de impacto cognitivo del mismo instrumento mencionado en relación al impacto afectivo (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a). Por impacto cognitivo se entiende el efecto persuasivo logrado por los anuncios mediante la elaboración de pensamientos a favor de la prevención de VIH/SIDA.

3. Impacto sobre la Intención de Conducta: Evaluado mediante la escala de impacto sobre la intención de conducta del cuestionario de Bretón-López y Buela-Casal (2006a). Por impacto sobre la intención de conducta se entiende el efecto persuasivo logrado por los anuncios mediante la predisposición conductual para adoptar conductas de salud y de prevención de riesgos en el marco de la enfermedad de VIH/SIDA.

Las variables controladas empleadas en la investigación son las siguientes:

1. Variables de tipo sociodemográficas: Se intentó controlar (en la medida de lo posible, al ser grupos conformados de manera natural) el número de participantes asignados a cada uno de los niveles de la variable independiente sexo y edad.

2. Variables de tipo ambiental: Se intentó controlar el número de participantes correspondientes a residencia urbana frente a rural. Esto es importante por la vinculación diferencial a adoptar conductas sexuales seguras según sean de un medioambiente rural frente a urbano (Anderko y Uscian, 2000; Castañeda, 2000).

4.6. Procedimiento.

Para la realización de este estudio se cumplieron las siguientes fases:

Primera fase: Selección preliminar del material publicitario.

En primer lugar, se realizó una revisión exhaustiva de campañas publicitarias españolas acerca de la prevención del SIDA y uso del preservativo. En concreto, se consultaron bases de datos, recursos electrónicos y videotecas especializadas en temas de salud y específicamente acerca del VIH/SIDA. Además, se contactó con distintas instituciones que tuvieran una relación directa con actividades en cuanto a la epidemia del VIH/SIDA, tales como la emisión de campañas para su prevención y promoción de conductas saludables en materia de sexualidad. Este es el caso del Programa Andaluz de Actuaciones ante el VIH, con sede en la Dirección General de Salud Pública y Participación, en Sevilla; así como la Oficina Regional de Coordinación de acciones frente al VIH/SIDA en la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en Madrid y la Fundación Anti-Sida España. A estos organismos se les remitió una carta (Anexo 2) en la que se especificaba la petición y solicitud acerca de la publicidad preventiva en cuestión.

Entre el repertorio de campañas publicitarias a las que se pudo acceder, se realizó la selección de las que finalmente formarían parte de la investigación. Esta selección se hizo siguiendo un primer criterio referido a que fueran campañas que aludieran principalmente al VIH/SIDA y uso del preservativo (ante la existencia de

otras campañas que sumaran otro tipo de información no tan pertinente para los objetivos del estudio). Además, un segundo criterio consistió en seleccionar campañas publicitarias españolas que hubieran sido emitidas por organismos e instituciones a nivel nacional (que asegurara igualdad de condiciones en cuanto a la difusión de las mismas). Las campañas finalmente seleccionadas para el estudio habían sido divulgadas por el Ministerio de Sanidad y Consumo y por la Fundación Anti-Sida España. Estas campañas publicitarias se habían emitido a través de tres canales de comunicación distintos, siendo éstos prensa escrita, televisión y radio. Con motivo de facilitar las fases posteriores de la investigación, aquellas que habían sido emitidas en televisión y en radio fueron grabadas en formato de *compact disk*. Para el caso de las campañas en prensa escrita se elaboró un cuadernillo en papel que las recogiera. Es importante señalar que se realizaron las labores posibles de optimización de la calidad de las imágenes y del sonido de las campañas.

Segunda fase: Selección del grupo de expertos y contacto.

A continuación, una vez que se contaba con el material publicitario, se contactó con un grupo de expertos en materia de prevención de VIH/SIDA y en publicidad y persuasión publicitaria, con el objetivo de que evaluaran las campañas seleccionadas y las clasificaran, para cada uno de los canales de comunicación considerados (televisión, radio y prensa escrita), según el grado de persuasión. La metodología del juicio de expertos, sus bases teóricas y empíricas, ha sido recogida en algunos trabajos, mostrando la utilidad de su uso (AERA, APA y NCME, 1999; Díaz, 1997).

Para la selección de los expertos se hizo una búsqueda en la base de datos electrónica TESEO (www.mcu.es/TESEO/teseo.html) de aquellas Tesis cuya temática tuviera una alta relación con el tema propuesto en el presente trabajo. Así, aquellas personas que habían dirigido, formaban parte del tribunal o eran los autores mismos de proyectos en relación a prevención de VIH/SIDA y/o campañas publicitarias se seleccionaban como expertos de forma preliminar. Posteriormente, se realizaba una búsqueda por medio de las páginas *web* de las universidades y facultades de pertenencia para conocer las personas implicadas en esta temática. Por último, la búsqueda del marco teórico propio del presente trabajo y su vinculación directa en cuanto a la prevención del SIDA y la publicidad preventiva, permitió conocer el panorama y los

autores implicados en dichos temas, abriendo la posibilidad de contactar con más expertos en la materia.

En aquellos casos, a través del procedimiento descrito, en los que encajaba como investigador en persuasión publicitaria y/o prevención del VIH/SIDA se contactaba con la persona a través de correo electrónico y se le enviaba un mensaje para solicitarle la colaboración en el proyecto de investigación (ver Anexo 3). En el primer contacto, y entre la información que se le proporcionaba y que se recoge en el Anexo 3, se les rogaba la contestación en el plazo de una semana confirmando la aceptación de la colaboración. Se contactó con un total de 40 expertos de los que aceptaron colaborar 24. Una vez que los expertos aceptaban colaborar en el estudio se les informaba que se les enviaría el material publicitario para realizar la evaluación, así como las instrucciones y las hojas de respuestas y materiales necesarios para la correcta colaboración (*compact disk* con los anuncios publicitarios de televisión y de radio y cuadernillo con la publicidad impresa). Aprovechando la celebración del día 1 de Diciembre, día Mundial contra el SIDA, de 2005 se envió una carta a cada uno del total de 24 expertos y se les rogaba la devolución de la evaluación realizada anterior al 10 de Enero del 2006, por las fases previstas para la investigación (ver Anexo 4). En concreto, se solicitaba una clasificación de las campañas de cada canal de comunicación (televisión, radio y prensa escrita) según el grado de persuasión, entendiendo por esto la influencia que ejercían a nivel afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta.

De acuerdo con los requerimientos necesarios en el escalamiento de estímulos, para las campañas de televisión, por ser 6 anuncios, se efectuó un total de 15 combinaciones. Estas 15 combinaciones conformaban los 15 ítems en los que se comparaban todas las campañas televisivas seleccionadas entre sí. De esta manera, los expertos elegirían (una vez que veían los anuncios) de cada par el anuncio más persuasivo en función de la definición anteriormente dada. Para el caso de los anuncios de radio, y debido a que se trataba de 4 anuncios, resultaron 6 ítems en los que se comparaban todas las campañas de radio seleccionadas entre sí, de manera que los expertos elegían de cada par el anuncio más persuasivo. Con la misma intención y debido al mayor número de campañas en prensa escrita, para esta publicidad se solicitó un ordenamiento en tres pasos de los 12 anuncios seleccionados, de manera que los expertos fueran ordenando de mayor a menor las campañas más persuasivas de acuerdo con la definición proporcionada en las instrucciones (véase Anexo 4). Un total de 19

expertos remitieron el material publicitario evaluado y fueron el conjunto final y definitivo de expertos considerado para la investigación.

Las técnicas de escalamiento empleadas en la evaluación de los estímulos por parte de los expertos fue un procedimiento de pares comparados de Thurstone, para la publicidad de televisión y de radio, y de rangos para la publicidad impresa (Pérez, Padilla, González y Rojas, 1996; Thurstone 1972a, b, c). Una vez que se contaba con la evaluación de los expertos, se ingresaron los datos y se realizaron los análisis oportunos. Estos análisis permitieron conocer cuál era la campaña publicitaria considerada más persuasiva y menos persuasiva para cada canal de comunicación (televisión, radio y prensa escrita), de manera que éstas serían las campañas que finalmente formarían parte de la investigación que es descrita en la siguiente fase. Es importante señalar que, para el caso de los anuncios en prensa escrita y debido al mayor repertorio de campañas seleccionadas para este formato (un total de doce frente a las seis de televisión y las cuatro de radio), también se tuvo en cuenta la clasificada como medianamente persuasiva.

De esta manera, las campañas definitivas en la investigación fueron las siguientes:

- Campaña *“Póntelo-Pónselo”* y *“A todos nos afecta el SIDA”* como las campañas más y menos persuasiva, respectivamente, de televisión según la evaluación realizada por los expertos a través de la técnica de escalamiento de estímulos de pares comparados.

- Campaña *“Lo estás haciendo muy bien”* y *“El rap del condón”* como las campañas más y menos persuasiva, respectivamente, de radio según la evaluación realizada por los expertos a través, de nuevo, de la técnica de escalamiento de estímulos de pares comparados.

- Campaña *“Prevenir el SIDA está en tus manos”* y *“Por ti y por todos, úsalo”* como las más y menos persuasiva, respectivamente, en prensa escrita según la evaluación realizada por los expertos a través del escalamiento de estímulos secuencial por pasos. La campaña clasificada como medianamente persuasiva en este caso fue *“Por ti, por mí”*.

Una vez conocidas las categorías realizadas por los expertos se seleccionaban las mismas y se desecharon las demás en el proceso de este estudio. Dichas categorías fueron empleadas en el desarrollo de la investigación tal y como se describe en la siguiente fase.

Tercera fase: Contacto con los centros de enseñanza, selección de la muestra y proyección de las campañas a los adolescentes.

Una vez que se contaba con el material publicitario evaluado por el grupo de expertos, el paso siguiente fue el contacto con los centros de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) para pedir la colaboración en la investigación de una muestra de adolescentes escolarizados. Se solicitó la colaboración en un total de diez centros públicos de educación secundaria, con los que se contactó a través del departamento de orientación de cada uno de ellos. Del total de centros aceptaron colaborar finalmente siete. Una vez que se contaba con la aceptación para la colaboración en el estudio se accedía a los grupos de adolescentes en el horario lectivo para proyectar las categorías finalmente elegidas de la publicidad preventiva de televisión, de radio o de prensa escrita, dentro de las aulas de los centros.

A continuación, se les administraba el cuestionario descrito para evaluar el impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta de los anuncios. La pasación fue entre grupos, según la asignación de las variables independientes utilizadas en el estudio a los grupos. De cualquier manera, se realizó una distribución lo más equitativa posible en dicha asignación (teniendo en cuenta la conformación ya dada de los grupos de adolescentes en las aulas). Así, un total de 306 adolescentes recibieron los anuncios de prensa escrita (102 para cada uno de los anuncios considerados según el grado de persuasión); 298 recibieron los anuncios de televisión (148 y 150 para los anuncios clasificados como más y menos persuasivos, respectivamente) y 298 recibieron los anuncios de radio (151 y 147 para los anuncios clasificados como más y menos persuasivos, respectivamente). Todos los participantes fueron requeridos para la colaboración bajo condiciones equivalentes de presentación del mensaje y tiempo proporcionado para completar la tarea, ante la importancia que estas variables adquieren en el contexto de la persuasión publicitaria (Briñol et al., 2001).

Anteriormente a la pasación de los vídeos y a la administración de los cuestionarios, los participantes fueron informados brevemente acerca de la actividad. En concreto se les decía que se trataba de una investigación sobre SIDA, así como que su participación en el estudio era voluntaria y que el manejo de los datos era absolutamente confidencial. La duración del trabajo con cada grupo fue aproximadamente de una hora. Tras la pasación de los instrumentos para la recogida de datos, se ingresaba la información obtenida en la base de datos mediante el programa estadístico SPSS. Se realizaron los análisis pertinentes, siguiendo las indicaciones de diversos manuales sobre la utilización de dicho paquete estadístico (Arce y Real, 2001; Camacho, 1998). Finalmente, se redactó el informe final de los resultados y la discusión de los mismos de acuerdo con los planteamientos, objetivos e hipótesis de partida.

5.- RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados encontrados de acuerdo con las hipótesis planteadas en el estudio 1. Sin embargo, y debido a las fases previas de la investigación y al juicio requerido de los expertos, se describen brevemente los resultados obtenidos tras las técnicas de escalamiento empleadas.

Resultados del juicio de expertos: Escalamiento de estímulos.

Los valores de escala obtenidos para cada uno de los estímulos (anuncios publicitarios) en televisión tras la evaluación realizada por los 19 expertos se presentan en la Tabla 1.1.

Se realizó un control del ajuste del modelo a los datos. Para ello, se recurrió al procedimiento basado en X^2 propuesto por Mosteller (1951). Los valores estadísticos obtenidos para $X^2 = 12,59$, con 10 grados de libertad y $p = 0,25$, permiten afirmar que hay un ajuste del modelo a los datos.

Los resultados extraídos del escalamiento, una vez que se verifica el ajuste, muestran el anuncio de “A todos nos afecta el Sida” como el menos persuasivo entre los anuncios de televisión, frente al anuncio de “Póntelo, Pónselo”, anuncio considerado como más persuasivo de los anuncios seleccionados para este canal de comunicación.

Tabla 1.1

Valores de escala de los estímulos en televisión según el procedimiento de pares comparados de Thurstone.

Anuncios publicitarios de televisión	Valores de escala	Valores de escala transformados (origen arbitrario en cero)
“A todos nos afecta el Sida”	- 0,37	0
“Yo ♥ Tú”	- 0,24	0,12
“Vamos a Parar el Sida”	- 0,16	0,21
“Si da no da”	0,12	0,49
“El condón pónelo en la cabeza”	0,13	0,50
“Pónelo, Pónselo”	0,51	0,88

Para el caso de los estímulos de radio, los valores de escala obtenidos tras la evaluación de los 19 expertos se presentan en la Tabla 1.2. Se realizó, nuevamente, un control del ajuste del modelo a los datos, recurriendo al procedimiento basado en X^2 propuesto por Mosteller (1951). Los valores estadísticos de $X^2 = 1,07$, con 3 grados de libertad y $p = 0,78$ permiten afirmar que hay un ajuste del modelo a los datos.

Los resultados extraídos del escalamiento, una vez verificado el ajuste, muestran el anuncio de “El rap del condón” como el menos persuasivo entre los anuncios de radio, frente al anuncio de “Lo estás haciendo muy bien”, que fue considerado como el anuncio más persuasivo de los anuncios seleccionados para este canal de comunicación.

Tabla 1.2

Valores de escala de los estímulos de radio según el procedimiento de pares comparados de Thurstone.

Anuncios publicitarios en radio	Valores de escala	Valores de escala transformados (origen arbitrario en cero)
“El rap del condón”	- 0,57	0,00
“Yo para ser feliz quiero un condón”	- 0,02	0,56
“Y no me importa nada”	0,23	0,81
“Lo estás haciendo muy bien”	0,35	0,93

Por último, para el caso de los estímulos de prensa escrita, se aplicó un escalamiento de rangos que resultó en una media de órdenes de acuerdo con la evaluación realizada por los expertos. En la Tabla 1.3 se recoge la puntuación media y

la desviación típica de los anuncios en prensa escrita, ordenados del anuncio considerado como más persuasivo al anuncio considerado como menos persuasivo.

Tabla 1.3.

Media de órdenes de los estímulos en prensa escrita según el procedimiento de rangos.

Anuncios publicitarios en prensa escrita	Orden	Media	D.T.
“Prevenir el Sida está en tus manos”	1	3,89	2,28
“Dos opciones para practicar sexo seguro”	2	5,42	4,07
“Protégete. El Sida puede cruzarse en tu camino”	3	5,53	3,39
“Por ti. Por mi”	4	5,68	2,32
“Úsalo. Por amor propio no te confíes, porque Sida!”	5	5,79	2,57
“Goma para borrar embarazos no deseados, SIDA,... úsalo!”	6	5,95	2,76
“Presérvate del SIDA”	7	6,37	3,22
“El SIDA existe... la forma de evitarlo también”	8	7,11	3,48
“A todos nos puede llegar el virus del Sida. Rompe la cadena, protégete”	9	7,26	3,46
“Con el SIDA no te la juegues. Protégete”	10	7,74	4,31
“El condón pónelo en la cabeza”	11	8,58	3,15
“Por ti y por todos, úsalo”	12	8,68	3,46

D.T.: Desviación Típica.

De acuerdo con los resultados que se reflejan en la Tabla 1.3, se seleccionó la campaña “Prevenir el Sida está en tus manos” como la más persuasiva según la evaluación realizada por los expertos. La campaña “Por ti y por todos, úsalo” fue la posicionada en último lugar según grado de persuasión, por lo que fue elegida como la menos persuasiva en prensa escrita. Por último, y por las razones ya comentadas anteriormente, se seleccionó la campaña “Por ti. Por mi” como la medianamente persuasiva ante el mayor número de estímulos (anuncios publicitarios) considerados para el canal de prensa escrita (frente a radio y televisión). De entre las campañas que se encontraban en una posición intermedia según el grado de persuasión, la campaña “Por ti. Por mi” fue elegida debido a una similitud en las medias frente a las demás y sin embargo por tener una desviación típica menor, que informaba de menor variabilidad entre las respuestas de los expertos. Es importante interpretar con cautela los datos recogidos para el ordenamiento que resultó en los anuncios de prensa escrita, debido a distintos factores que se abordarán en el apartado de discusión.

Resultados descriptivos de la muestra.

Previamente a detallar los resultados en cuanto a las hipótesis, a modo descriptivo en la Tabla 2 se recogen las características sociodemográficas de la muestra empleada en el estudio, así como otras variables de tipo conductual relevantes para la investigación (véase Tabla 2). Es importante resaltar algunos datos descriptivos de la muestra que indican un alto porcentaje de adolescentes que han mantenido relaciones sexuales con penetración (40,5%), siendo ligeramente superior este porcentaje en el grupo de mujeres (41,6%) que en el grupo de varones (40,2%). La media de edad de los adolescentes que han mantenido relaciones sexuales con penetración es de 16,61, para el caso de los varones de 16,43 y para las mujeres de 16,77. En cuanto al lugar de residencia (rural / urbano) se observa un porcentaje de experiencia sexual semejante entre los adolescentes que viven en un núcleo urbano, siendo este porcentaje de 41,4% frente a 40,9% para el caso de los adolescentes de núcleos rurales o que viven en pueblos. Igualmente, entre el núcleo urbano, los porcentajes de adolescentes varones frente a mujeres que tienen experiencia sexual son muy similares, 42% y 41% respectivamente. Sin embargo, atendiendo a los adolescentes que viven en núcleos rurales, existe un mayor porcentaje de mujeres que sí han mantenido relaciones sexuales con penetración (42%) frente a los varones que las han mantenido (39%).

Junto a lo anterior, se recogen datos acerca de la frecuencia de uso del preservativo como dato importante en cuanto a la adopción de conductas sexuales de riesgo. Los resultados recogidos al respecto reflejan que, entre los que han mantenido relaciones sexuales con penetración, un 66,5 % “siempre” usan el preservativo, frente a un 19,6% que lo usan “aproximadamente más de la mitad de las veces”, un 8,8% “aproximadamente menos de la mitad de las veces” y un 5,1% que manifiestan que no lo usan “nunca”. Es interesante atender a las diferencias encontradas por sexo acerca de la frecuencia de uso del preservativo, siendo los varones los que expresan usar “siempre” el preservativo en sus relaciones sexuales con un 71,3% frente a las mujeres, con un 62,5%.

Acercas de la media de edad en relación a la frecuencia de uso del preservativo, se recogen unas medias similares, oscilando entre 16,48 y 16,97 a lo largo de las cuatro opciones de respuesta que se presentan para la pregunta de frecuencia de uso (Tabla 2). Sin embargo, atendiendo a las diferencias por sexo, es importante señalar que las mujeres que expresan no usar “nunca” el preservativo en sus relaciones sexuales son las

Tabla 2. Datos descriptivos de la muestra de adolescentes en cuanto a características sociodemográficas y conductuales.

Descriptivos sociodemográficos		Descriptivos conductuales y sociodemográficos											
Sexo	N	% Experiencia sexual		% Frecuencia de Uso del preservativo									
	V	Si	No	Más de la mitad de las veces	Menos de la mitad de las veces	Nunca							
	M	40,5%	58,4%	66,5	19,6	8,8	5,1						
Sexo	% Por sexo		% Por sexo										
	Varones	Mujeres	Más de la mitad de las veces	Menos de la mitad de las veces			Nunca						
	V	M	V	M	V	M	V						
Sexo	420	488	46,3	53,7	71,3	62,5	15,0	23,4	7,5	9,9	6,3	4,2	
	Media de edad en frecuencia de uso del preservativo												
	Si	No	Si	No	Más de la mitad de las veces	Menos de la mitad de las veces			Nunca				
Edad	D.T.		sexual										
	15,94	1,32	16,61	15,47	16,60	16,97			16,48			16,56	
	Media de edad por sexo en frecuencia de uso del preservativo												
Edad	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres						
	15,85	16,03	Si	No	Si	No	S	+M	N	S	+M	-M	N
	16,43	15,43	16,77	15,50	16,42	17,00	16,00	16,77	16,96	16,79	16,79	17,25	
Edad	% por lugar de residencia en experiencia sexual		% por lugar de residencia en experiencia sexual		% por lugar de residencia en frecuencia de uso del preservativo								
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural							
	41,4	58,6	40,9	59,1	66,7	17,6	10,3	5,5	66,3	21,4	7,5	4,8	
Residencia	% en experiencia sexual por lugar de residencia y sexo		% en experiencia sexual por lugar de residencia y sexo		% en frecuencia de uso del preservativo por lugar de residencia y sexo								
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres							
	U	R	U	R	U	R	U	R	U	R	U	R	
Residencia	54,7	45,1	43,3	56,5	S	+M	-M	N	S	+M	-M	N	
	42	58	39	61	41	59	42	58	76,1	12,5	5,7	6,9	
	42	58	39	61	41	59	42	58	76,1	12,5	5,7	6,9	
NOTA: Aquellos casos en los que la suma de las opciones de respuesta para la medida de una variable no resulte el 100% se debe a la existencia de casos perdidos. N: número de sujetos; %: porcentaje; V: Varones; M: Mujeres; D.T.: Desviación Típica; U: Urbano; R: Rural; En cuanto a la frecuencia de uso del preservativo: S: Siempre; +M: Aproximadamente más de la mitad de las veces; -M: Aproximadamente menos de la mitad de las veces; N: Nunca.													

que presentan una media de edad mayor (17,25). En cuanto al lugar de residencia se presentan también porcentajes similares entre ambos niveles de la variable y la frecuencia de uso del preservativo en sus relaciones sexuales. Más interesante es atender a las diferencias por sexo, de manera que los adolescentes varones que pertenecen a núcleos urbanos manifiestan usar “siempre” el preservativo en sus relaciones sexuales con un 76,1%, frente a las mujeres que pertenecen a núcleos urbanos, siendo un 55,8% las que informan usar “siempre” el preservativo. Estos datos serán comentados en el apartado de discusión, así como las implicaciones que tienen en el marco de la prevención de VIH/SIDA.

Por último, y antes de describir los resultados en relación a las hipótesis del estudio se resalta que, a pesar de intentar asumir grupos similares y que no estuvieran descompensados en cuanto a las variables de control, los análisis estadísticos de contraste de proporciones revelaron diferencias significativas entre estas variables. En concreto, para el caso de la distribución de los participantes en la variable sexo, 420 eran varones y 488 eran mujeres, indicando esto un 46,3% y 56,7% respectivamente. Los análisis estadísticos realizados con la chi-cuadrado mostraron un valor de $X^2 = 5,10$ y un valor de $p = 0,024$. De igual manera, para la distribución de los participantes en la variable edad y por la comparación que se hace en el estudio entre los dos grupos de edad señalados, el contraste de proporciones también reflejó diferencias estadísticamente significativas. En concreto, en el grupo de edad de entre 14-16 años se concentraban la mayor parte de los adolescentes, un total de 620 adolescentes (68,36%), frente al grupo de edad de entre 17-19 años (31,64%) rango en el que había 287 adolescentes. El valor de chi-cuadrado que se obtuvo fue de $X^2 = 634,99$ y un valor de $p = 0,000$ mostrando claras diferencias significativas. Por último, para la variable lugar de residencia, 440 adolescentes vivían en un núcleo urbano (48,2%) frente a 464 que pertenecían a un núcleo rural (50,8%). A pesar de la similitud en porcentajes, los análisis de contraste de proporciones también se mostraron significativos, con un valor de $X^2 = 447,97$ y un valor de $p = 0,000$. Estos datos serán retomados en relación a las limitaciones de la investigación.

Se recogen a continuación los resultados en cuanto a las variables sociodemográficas y conductuales de interés para la investigación (hipótesis 1, 2 y 3).

Hipótesis 1: Existirán diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función del sexo.

En cuanto a la variable manipulada por selección “sexo”, se realizó una comparación de medias a través de las tres medidas de la variable dependiente de impacto de la publicidad preventiva, que se recoge en las Tablas 3.1, 3.2 y 3.3. En las tres medidas de la variables dependiente se encontraron diferencias significativas (con valor de $p < 0,001$), siendo en todos los casos, tal como se observa en las puntuaciones totales recogidas, mayores las puntuaciones obtenidas por las mujeres frente a los varones. De nuevo y por la construcción de la escala, entendiéndose por mayores puntuaciones mayor impacto logrado, estos resultados permiten concluir datos importantes en relación a la eficacia lograda por las medidas preventivas y las diferencias entre varones y mujeres y se retomarán en la discusión por ser datos de sumo interés.

Tabla 3.1

Comparación de medias por sexo para la Escala de Impacto Afectivo.

Sexo	N	Variable Dependiente	Totales	D.T.	t	Sig.
“varones”	420	Impacto	20,39	5,38	- 5,10***	0,000
“mujeres”	488	Afectivo	22,15	4,94		

N: número de sujetos; D.T.: Desviación típica; t: estadístico t de student; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabla 3.2

Comparación de medias por sexo para la Escala de Impacto Cognitivo.

Sexo	N	Variable Dependiente	Totales	D.T.	t	Sig.
“varones”	418	Impacto	30,17	5,52	- 3,87***	0,000
“mujeres”	487	Cognitivo	31,55	5,21		

N: número de sujetos; D.T.: Desviación típica; t: estadístico t de student; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabla 3.3

Comparación de medias por sexo para la Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta.

Sexo	N	Variable Dependiente	Totales	D.T.	t	Sig.
“varones”	419	Impacto	16,79	2,95	-4,57***	0,000
“mujeres”	488	Intención de Conducta	17,67	2,79		

N: número de sujetos; D.T.: Desviación típica; t: estadístico t de student; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

NOTA: Las diferencias en N observadas en las tres escalas de medida de impacto publicitario (afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta) por sexo se deben a la existencia de casos perdidos para algunos ítems y por ello la imposibilidad de calcular la puntuación total para ese caso.

Hipótesis 2: Existirán diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función de la edad.

La edad de los participantes, como ya se ha indicado previamente es una variable de especial interés en este tipo de estudios. En relación a ésta y para una mayor precisión de acuerdo con las etapas de la adolescencia, se realizó una comparación de medias reagrupando las distintas edades de los adolescentes en dos categorías: categoría 1 (que agrupaba los adolescentes comprendidos entre los 14 y 16 años) y categoría 2 (que agrupaba los adolescentes comprendidos entre los 17 y 19 años). Esto se realizó con la intención de obtener una comparación de medias de las puntuaciones obtenidas en impacto afectivo, cognitivo e impacto sobre la intención de conducta entre los adolescentes de menor y mayor edad. Para esto se llevó a cabo una prueba *t* de student, cuyos resultados se recogen en las Tablas 4.1, 4.2 y 4.3. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de edad únicamente para el caso de las puntuaciones totales obtenidas en la escala de impacto sobre la intención de conducta, con un valor de $t = 2,24$ y un valor de $p = 0,026$, siendo el grupo de menor edad (14-16 años) el que mostró puntuaciones más elevadas (véase tabla 4.3).

Tabla 4.1

Comparación de medias por grupos de edad para la Escala de Impacto Afectivo.

Grupos de edad	N	Variable Dependiente	Totales	D.T.	<i>t</i>	Sig.
14-16 años	620	Impacto	21,22	5,22	-1,14	0,253
17-19 años	287	Afectivo	21,64	5,18		

N: Número de sujetos; D.T.: Desviación típica; *t*: estadístico *t* de student; Sig.: Significación.

Tabla 4.2

Comparación de medias por grupos de edad para la Escala de Impacto Cognitivo.

Grupos de edad	N	Variable Dependiente	Totales	D.T.	<i>t</i>	Sig.
14-16 años	617	Impacto	30,92	5,36	0,03	0,977
17-19 años	287	Cognitivo	30,91	5,50		

N: Número de sujetos; D.T.: Desviación típica; *t*: estadístico *t* de student; Sig.: Significación.

Tabla 4.3

Comparación de medias por grupos de edad para la Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta.

Grupos de edad	N	Variable Dependiente	Totales	D.T.	t	Sig.
14-16 años	619	Impacto	17,42	2,69	2,24*	0,026
17-19 años	287	Intención de Conducta	16,96	3,26		

N: Número de sujetos; D.T.: Desviación típica; t: estadístico t de student; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

NOTA: Las diferencias en N observadas en las tres escalas de medida de impacto publicitario (afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta) por grupos de edad se deben a la existencia de casos perdidos para algunos ítems y por ello la imposibilidad de calcular la puntuación total en ese caso para ese grupo de edad.

Hipótesis 3: Existirán diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta de los anuncios publicitarios en los adolescentes en función de la frecuencia de uso del preservativo.

En cuanto a la adopción de conductas de salud en la prevención de VIH/SIDA (como es el caso del uso del preservativo), se llevaron a cabo los análisis que se describen a continuación.

En las Tablas 5.1, 5.2 y 5.3. se recogen los resultados obtenidos del análisis univariado de la varianza (*ANOVA de un factor*) para cada una de las variables medidas: impacto afectivo, impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta, de acuerdo con la frecuencia de uso del preservativo. Las opciones de respuesta de esta variable independiente oscilan entre “siempre”, “aproximadamente más de la mitad de las veces”, “aproximadamente menos de la mitad de las veces” y “nunca”. Los resultados reflejan diferencias estadísticamente significativas únicamente para el caso de la escala de impacto sobre la intención de conducta, con un valor de $F(3, 348) = 11,88$ y un valor de $p < 0,001$. Las comparaciones con la prueba *post hoc* de Bonferroni mostraron diferencias significativas en todos los casos entre la mayor frecuencia de uso del preservativo (“siempre” y “aproximadamente más de la mitad de las veces”) y la menor frecuencia de uso (“aproximadamente menos de la mitad de las veces” y “nunca”). Las puntuaciones totales obtenidas en impacto de las campañas sobre la intención de conducta para aquellos adolescentes que aseguraban utilizar el preservativo “siempre” (17,78) eran mayores que entre aquellos que aseguraban utilizarlo “aproximadamente más de la mitad de las veces”, “aproximadamente menos de la mitad de las veces” o “nunca” (16,87, 15,23 y 14,89, respectivamente). Estos resultados ofrecen información muy interesante en relación al impacto logrado por las campañas

entre los adolescentes y su relación con la adopción previa de conductas sexuales seguras.

Tabla 5.1

ANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente "Frecuencia de uso del preservativo" de los participantes para los totales de la Escala de Impacto Afectivo.

Frecuencia de uso	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
Siempre		21,67	5,11	234					
+Mitad	Impacto	21,22	5,60	69	<i>Traza de Pillai</i>	0,43	0,731	0,00	0,14
-Mitad	Afectivo	21,90	5,86	31					
Nunca		20,44	5,93	18					

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

+Mitad: Aproximadamente más de la mitad de las veces; - Mitad: Aproximadamente menos de la mitad de las veces.

Tabla 5.2

ANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente "Frecuencia de uso del preservativo" de los participantes para los totales de la Escala de Impacto Cognitivo.

Frecuencia de uso	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
Siempre		31,60	5,31	234					
+Mitad	Impacto	31,01	5,11	69	<i>Traza de Pillai</i>	0,81	0,491	0,01	0,22
-Mitad	Cognitivo	30,39	5,21	31					
Nunca		30,33	7,10	18					

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

+Mitad: Aproximadamente más de la mitad de las veces; - Mitad: Aproximadamente menos de la mitad de las veces.

Tabla 5.3

ANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente "Frecuencia de uso del preservativo" de los participantes para los totales de la Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta.

Frecuencia de uso	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
Siempre		17,78	2,62	234					
+Mitad	Impacto	16,87	2,76	69	<i>Traza de Pillai</i>	11,88***	0,000	0,10	1,00
-Mitad	Intención de	15,23	3,42	31					
Nunca	Conducta	14,89	5,39	18					

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

+Mitad: Aproximadamente más de la mitad de las veces; - Mitad: Aproximadamente menos de la mitad de las veces.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$.

Se recogen a continuación los resultados encontrados en cuanto a las hipótesis 4 y 5, acerca de la influencia diferencial de los distintos canales de comunicación empleados para las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA y uso del preservativo, así como a la influencia diferencial según el grado de persuasión de los anuncios tras la clasificación realizada por los expertos.

Hipótesis 4: Existirán diferencias significativas en el impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta en los adolescentes en función del canal de comunicación de los anuncios publicitarios.

Los análisis iniciales llevados a cabo para contrastar esta hipótesis consistieron en análisis multivariado de varianza (*MANOVA*) para posteriormente, de acuerdo con los resultados obtenidos, realizar un análisis de varianza por variable dependiente medida (*ANOVA de un factor*).

Los análisis multivariados para la variable independiente canal de comunicación (*prensa escrita, radio y televisión*) y las puntuaciones en las tres variables dependientes (*impacto afectivo, cognitivo e impacto sobre la intención de conducta*), no mostraron diferencias significativas. Estos resultados del modelo conjunto se recogen en la Tabla 6.1. Si bien en dicha Tabla se refleja el estadístico de la *traza de Pillai*, un análisis de los demás estadísticos obtenidos indicaba que con el valor de *Raíz mayor de Roy*, sí se encontraron diferencias significativas, con un valor de $F(2, 902) = 2,70$ y un valor de $p = 0,044$. Lo anterior invita a realizar un análisis univariado de la varianza para cada medida de la variable dependiente por separado, con la intención de llevar a cabo un mayor análisis en cuanto a la interacción del canal de comunicación de los anuncios con las medidas de las tres variables dependientes.

TABLA 6.1

MANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente "Canal de comunicación de los anuncios publicitarios" para los totales de la Escala de Impacto Afectivo, Impacto Cognitivo e Impacto sobre la Intención de Conducta.

Variable Independiente	Variable Dependiente	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
Prensa escrita	Impacto Afectivo						
Televisión	Impacto Cognitivo	905	<i>Traza de Pillai</i>	1,49	0,177	0,01	0,56
Radio	Impacto Intención de Conducta						

N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

NOTA: A pesar de que no se encontraron diferencias significativas para el caso del canal de comunicación empleado con el valor de *Traza de Pillai*, para el modelo conjunto, con otros estadísticos que no aparecen reflejados en la tabla se recogieron diferencias significativas con $p < 0,05$.

Así, los resultados sobre el análisis univariado de la varianza aparecen en las Tablas 6.2, 6.3 y 6.4. En ellas se recogen los efectos diferenciales de la variable independiente canal de comunicación de los anuncios publicitarios sobre las variables de impacto afectivo, cognitivo e impacto sobre la intención de conducta (calculando un análisis de varianza por separado para cada una de las medidas). Los resultados que se encontraron no mostraron diferencias significativas entre los canales de comunicación de los anuncios (prensa escrita, televisión y radio) para las variables medidas de impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta. Sin embargo, sí aparecen diferencias marginales para el caso de la variable de impacto afectivo, con un valor de $F(2, 906) = 2,95$ y $p = 0,053$. Los totales que aparecen recogidos en las tablas contienen las puntuaciones de cada uno de los canales de comunicación y su relación con el impacto logrado. Se puede observar que las puntuaciones totales de impacto afectivo obtenidas en los anuncios emitidos por televisión (véase Tabla 6.2) son las más elevadas (21,77 frente a 21,46 para prensa escrita y 20,76 para radio). Las comparaciones con la prueba *post hoc* de Bonferroni mostraron que las diferencias entre los tres canales de comunicación eran significativas, de forma marginal, para el caso de los anuncios en televisión y radio, siendo el valor de $p = 0,055$.

De acuerdo con las características de la escala, a mayor puntuación obtenida mayor impacto logrado y considerando que el rango de puntuaciones para esta escala oscila entre 0-24, en el apartado de discusión se retomarán algunas consideraciones acerca de los anuncios de televisión en comparación con los canales de radio y de prensa escrita.

Tabla 6.2

ANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente "Canal de Comunicación de los anuncios publicitarios" para los totales de la Escala de Impacto Afectivo.

Canal de Comunicación	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
Prensa escrita	Impacto Afectivo	21,46	4,92	313	<i>Traza de Pillai</i>	2,95*	0,053	0,01	0,57
Televisión		21,77	5,18	298					
Radio		20,76	5,52	298					

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabla 6.3

ANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente "Canal de Comunicación de los anuncios publicitarios" para los totales de la Escala de Impacto Cognitivo.

Canal de Comunicación	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
Prensa escrita	Impacto Cognitivo	30,99	5,42	311	<i>Traza de Pillai</i>	0,05	0,948	0,00	0,06
Televisión		30,88	5,18	298					
Radio		30,86	5,60	297					

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

Tabla 6.4

ANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente "Canal de Comunicación de los anuncios publicitarios" para los totales de la Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta.

Canal de Comunicación	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
Prensa escrita	Intención de Conducta	17,20	2,93	313	<i>Traza de Pillai</i>	1,00	0,368	0,00	0,23
Televisión		17,45	2,92	297					
Radio		17,14	2,84	298					

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

Hipótesis 5: Existirá un mayor impacto afectivo, cognitivo y/o sobre la intención de conducta en los adolescentes de los anuncios publicitarios clasificados por los expertos como más persuasivos.

De la misma manera que en la anterior hipótesis, la hipótesis 5 se puso a prueba a través de un análisis multivariado de la varianza (*MANOVA*) considerando las tres medidas de impacto afectivo, impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta. En este caso, como factor fijo o variable independiente se considera el grado de persuasión de los anuncios publicitarios (para cada canal de comunicación) según las clasificaciones realizadas por los expertos. Posteriormente a los análisis multivariados y con intención de hacer un análisis específico de las variables dependientes se recogen los análisis de varianza (*ANOVA de un factor*) para cada una de las medidas por separado. Los datos se presentan en el orden de prensa escrita, televisión y radio.

En cuanto a los anuncios de prensa escrita, los resultados recogidos en la Tabla 7.1 reflejan diferencias significativas de acuerdo con la variable independiente considerada para esta hipótesis (grado de persuasión de los anuncios según la clasificación de los expertos), con un valor de $F(6, 600) = 4,30$ y un valor de $p < 0,001$.

Tabla 7.1

MANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente “Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de prensa escrita” para los totales de la Escala de Impacto Afectivo, Impacto Cognitivo e Impacto sobre la Intención de Conducta.

Variable Independiente	Variable Dependiente	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1. Prevenir el Sida está en tus manos	Impacto Afectivo						
2. Por ti, por mi	Impacto Cognitivo	304	<i>Traza de Pillai</i>	4,30***	0,000	0,04	0,98
3. Por ti, por todos, úsalo	Impacto Intención de Conducta						

N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

A continuación, se realizan análisis más específicos univariados para cada medida de la variable dependiente por separado, de manera que se pueda contrastar si se mantienen los datos recogidos para el modelo conjunto.

En las Tablas 7.2, 7.3 y 7.4 se recogen las diferencias en puntuaciones totales de impacto afectivo, impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta, obtenidas para las campañas de prensa escrita clasificadas por los expertos como más persuasiva, menos persuasiva y medianamente persuasiva. En cuanto a impacto afectivo (véase Tabla 7.2), las diferencias encontradas entre las puntuaciones se mostraron significativas con un valor de $F(2, 303) = 10,01$ y un valor de $p < 0,001$. Los resultados de las pruebas *post hoc* con *Bonferroni* mostraron que las diferencias significativas se hallaban entre la campaña “Prevenir el Sida está en tus manos” y las otras dos campañas de prensa escrita, “Por ti, por mí” y “Por ti, por todos úsalo”, con un valor de $p < 0,001$ en ambos casos. Los resultados que aparecen en la Tabla 7.2 recogen puntuaciones más altas para la campaña “Por ti, por mí” (22,49) clasificada por los expertos como medianamente persuasiva, seguidas por las puntuaciones en el anuncio “Por ti y por todos úsalo” (22,17) y el anuncio “Prevenir el Sida está en tus manos” (19,76). Es importante resaltar que fue esta última campaña de prensa la clasificada por los expertos como la más persuasiva entre las seleccionadas para su evaluación, a pesar de que entre los adolescentes no obtenía las mayores puntuaciones en impacto. Estos datos serán retomados en el apartado de discusión. Para el caso de las puntuaciones en impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta no se encontraron diferencias significativas tal y como se puede apreciar en las Tablas 7.3 y 7.4.

Tabla 7.2

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de prensa escrita" con los niveles de alto, medio y bajo para los totales de la Escala de Impacto Afectivo.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1		19,76	5,11	102					
2	Impacto	22,49	4,56	102	<i>Traza de Pillai</i>	10,01***	0,000	0,01	0,98
3	Afectivo	22,17	4,56	102					

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de prensa **1**: Campaña más persuasiva ("Prevenir el Sida está en tus manos"), **2**: Campaña medianamente persuasiva ("Por ti, por mi"), **3**: Campaña menos persuasiva ("Por ti y por todos, úsalo").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabla 7.3

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de prensa escrita" con los niveles de alto, medio y bajo para los totales de la Escala de Impacto Cognitivo.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1		31,31	5,37	100					
2	Impacto	31,31	4,77	102	<i>Traza de Pillai</i>	1,10	0,336	0,01	0,24
3	Cognitivo	30,33	6,10	102					

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de prensa **1**: Campaña más persuasiva ("Prevenir el Sida está en tus manos"), **2**: Campaña medianamente persuasiva ("Por ti, por mi"), **3**: Campaña menos persuasiva ("Por ti y por todos, úsalo").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

Tabla 7.4

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de prensa escrita" con los niveles de alto, medio y bajo para los totales de la Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1	Impacto	17,32	2,66	102					
2	Intención de	17,34	2,91	102	<i>Traza de Pillai</i>	0,73	0,482	0,01	0,17
3	Conducta	16,90	3,24	102					

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de prensa **1**: Campaña más persuasiva ("Prevenir el Sida está en tus manos"), **2**: Campaña medianamente persuasiva ("Por ti, por mi"), **3**: Campaña menos persuasiva ("Por ti y por todos, úsalo").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

El modelo conjunto del análisis multivariado de la varianza (*MANOVA*) para los anuncios de televisión y las diferencias en impacto afectivo, impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta se recoge en la Tabla 8.1. Se encontraron diferencias significativas con un valor de $F(3, 293) = 4,33$ con un valor de $p = 0,005$. Una vez hallados estos valores y con la intención de comprobar si se mantenía el modelo conjunto recogido en la Tabla 8.1 se realizaron análisis univariados, con los que se evalúan cada una de las variables dependientes por separado.

Tabla 8.1

MANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente “Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de televisión” para los totales de la Escala de Impacto Afectivo, Impacto Cognitivo e Impacto sobre la intención de conducta.

Variable Independiente	Variable Dependiente	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1. Póntelo, pónselo	Impacto Afectivo	297	Traza de Pillai	4,33**	0,005	0,04	0,87
	Impacto Cognitivo						
2. A todos nos afecta el Sida	Impacto Intención de Conducta						

N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Una vez que ha sido expuesto el modelo conjunto, en las Tablas 8.2, 8.3 y 8.4 se recogen las diferencias en puntuaciones de impacto afectivo, impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta, obtenidas para las campañas de televisión clasificadas por los expertos como más y menos persuasivas. En cuanto a impacto afectivo, las diferencias encontradas entre las puntuaciones obtenidas por los adolescentes no se mostraron significativas. Sin embargo, para el caso de las medidas de impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta se encontraron diferencias significativas con valores de $F(1, 296) = 4,60$, $p < 0,05$, y $F(1, 295) = 7,20$, $p < 0,01$, respectivamente (véanse Tablas 8.3 y 8.4). Si se atiende a las puntuaciones totales encontradas para cada uno de los anuncios publicitarios de televisión (y de acuerdo con la construcción de la escala que indica que a mayor puntuación mayor impacto logrado), se observa que en ambos casos el anuncio “Póntelo-Pónselo” es en el que se obtenían puntuaciones totales más altas entre los adolescentes (31,52 para la escala de impacto cognitivo y 17,91 para la escala de impacto sobre la intención de conducta) frente al anuncio “A todos nos afecta el Sida” (30,24 para la escala de impacto cognitivo y 17,01 para la escala de impacto sobre la intención de conducta). Es precisamente el anuncio “Póntelo-Pónselo” el que fue clasificado, dentro de los anuncios de televisión, como el más persuasivo por el grupo de expertos. Estos resultados tienen un gran interés en el marco de la prevención y en cuanto a las medidas preventivas que se están desarrollando y serán retomados en la discusión.

Tabla 8.2

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de televisión" con los niveles de alto y bajo para los totales de la Escala de Impacto Afectivo.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1	Impacto	21,51	5,22	148	<i>Traza</i>	0,71	0,400	0,00	0,14
2	Afectivo	22,02	5,15	150	<i>de Pillai</i>				

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de televisión 1: Campaña más persuasiva ("Póntelo, pónselo"), 2: Campaña menos persuasiva ("A todos nos afecta el Sida").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

Tabla 8.3

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de televisión" con los niveles de alto y bajo para los totales de la Escala de Impacto Cognitivo.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1	Impacto	31,52	4,80	148	<i>Traza</i>	4,60*	0,033	0,02	0,57
2	Cognitivo	30,24	5,48	150	<i>de Pillai</i>				

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de televisión 1: Campaña más persuasiva ("Póntelo, pónselo"), 2: Campaña menos persuasiva ("A todos nos afecta el Sida").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabla 8.4

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de televisión" con los niveles de alto y bajo para los totales de la Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1	Impacto	17,91	2,57	148	<i>Traza</i>	7,20**	0,008	0,02	0,76
2	Intención de Conducta	17,01	3,17	149	<i>de Pillai</i>				

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de televisión 1: Campaña más persuasiva ("Póntelo, pónselo"), 2: Campaña menos persuasiva ("A todos nos afecta el Sida").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Por último, en cuanto al modelo conjunto según el grado de persuasión de los anuncios de radio (como variable independiente), en la Tabla 9.1 se recogen los análisis multivariados considerando las tres medidas de impacto. Los resultados encontrados no muestran diferencias estadísticamente significativas, con un valor de $F(3, 293) = 0,77$ y un valor de $p = 0,510$. Sin embargo, se someterán estos datos a un análisis univariado de la varianza, para conocer si se sostienen para cada una de las variables dependientes por separado en el caso específico de estas campañas de radio (Tablas 9.2, 9.3 y 9.4).

Tabla 9.1

MANOVA de un factor con los niveles de la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de radio" para los totales de la Escala de Impacto Afectivo, Impacto Cognitivo e Impacto sobre la Intención de Conducta.

Variable Independiente	Variable Dependiente	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1. Lo estás haciendo muy bien	Impacto Afectivo	297	Traza de Pillai	0,77	0,510	0,01	0,22
	Impacto Cognitivo						
2. El rap del condón	Impacto Intención de Conducta						

N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

Tabla 9.2

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de radio" con los niveles de alto y bajo para los totales de la Escala de Impacto Afectivo.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1	Impacto	21,11	5,08	151	Traza de Pillai	1,26	0,263	0,00	0,20
2	Afectivo	20,39	5,95	147					

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de radio 1: Campaña más persuasiva ("Lo estás haciendo muy bien"), 2: Campaña menos persuasiva ("El rap del condón").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

Tabla 9.3.

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de radio" con los niveles de alto y bajo para los totales de la escala de Impacto Cognitivo.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1	Impacto	31,22	5,01	150	Traza de Pillai	1,21	0,271	0,00	0,20
2	Cognitivo	30,50	6,15	147					

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de radio 1: Campaña más persuasiva ("Lo estás haciendo muy bien"), 2: Campaña menos persuasiva ("El rap del condón").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

Tabla 9.4

ANOVA de un factor para la variable independiente "Grado de persuasión de los anuncios publicitarios de radio" con los niveles de alto y bajo para los totales de la escala de Impacto sobre la Intención de Conducta.

Grado de Persuasión	Variable dependiente	TOTAL	D.T.	N	Estadístico	F	Sig.	Tamaño del Efecto	Potencia Observada
1	Impacto	17,35	2,63	151	Traza de Pillai	1,74	0,189	0,01	0,26
2	Intención de Conducta	16,92	3,03	147					

Según la clasificación de los expertos de los estímulos de radio 1: Campaña más persuasiva ("Lo estás haciendo muy bien"), 2: Campaña menos persuasiva ("El rap del condón").

D.T.: Desviación típica; N: Número de sujetos; F: Estadístico; Sig.: Significación.

En las Tablas 9.2, 9.3 y 9.4 se observa que no existen diferencias significativas (tal y como ya anunciaban los análisis multivariados de la varianza) de acuerdo con el grado de persuasión de las campañas de radio en las medidas de impacto en los adolescentes. A pesar de ello, fue el anuncio “Lo estás haciendo muy bien” el que obtuvo puntuaciones más elevadas en las tres medidas de evaluación del impacto de la publicidad. Este anuncio fue el clasificado por los expertos como el más persuasivo de la selección de anuncios de radio realizada.

La utilidad de los datos recogidos en el apartado de resultados y su interpretación, en base a los estudios teóricos y empíricos previos relacionados, será retomada en el apartado que sigue de discusión.

6.- DISCUSIÓN

Las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA y uso del preservativo son medidas preventivas que adquieren gran relevancia en la lucha contra la extensión de la epidemia. Por ello, los resultados recogidos en el apartado anterior, que ponen en relación el impacto logrado por las campañas publicitarias de acuerdo con el canal de comunicación de los anuncios, su grado de persuasión (según la clasificación realizada por los expertos), así como atendiendo a variables sociodemográficas y conductuales, pretenden ser de utilidad en el panorama de la prevención de VIH/SIDA.

Adolescentes y aspectos relativos a las relaciones sexuales.

Previamente a los resultados en relación a las hipótesis planteadas, es conveniente hacer una breve mención a algunos de los datos descriptivos de la muestra de adolescentes participantes en el estudio, así como su relación con estudios previos. Entre estos datos, están el porcentaje y la edad media de edad de los que expresan haber mantenido alguna vez relaciones sexuales con penetración. El 40,5% de los adolescentes habían mantenido alguna vez relaciones sexuales con penetración, siendo la media de edad de 16,61 frente a aquellos que no han mantenido relaciones sexuales con penetración, con una media de edad de 15,47. En concreto, por sexo, la media de edad de los varones que sí tenían experiencia sexual era de 16,43 años, frente a las mujeres, con una media de edad de 16,77. Algunos estudios realizados en relación a estas medidas, han encontrado que alrededor de los 17 años para los varones y de los

18 años para las mujeres los adolescentes mantienen relaciones sexuales (Comas, 2004). Otros estudios en cuanto a la edad de inicio han encontrado que ésta se da con una media de edad de 17,89 años (Lameiras et al., 2005). Esto pone de manifiesto un inicio más temprano en las relaciones sexuales, tanto para los varones como para las mujeres, en la muestra de adolescentes empleada en el presente estudio, con las implicaciones que tiene en cuanto a la infección por VIH/SIDA.

Acerca de la frecuencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales y las diferencias por sexo, llama la atención que entre el grupo de mujeres que expresa que “nunca” usan el preservativo en sus relaciones sexuales, la media de edad es superior a la de los varones (17,25 años para las mujeres frente a 16 para los varones). Este dato tiene un gran interés porque proporciona evidencias, en este caso sociodemográficas relacionando edad y sexo en cuanto a la conducta sexual desprotegida. Algunas explicaciones que pueden estar a la base de estas diferencias por edad entre varones y mujeres, es el hecho de que este grupo de mujeres estén vinculadas a relaciones afectivas y sexuales consideradas estables y decidan optar por otros métodos anticonceptivos que, sin embargo, no previenen la infección por VIH. Las repercusiones de entender las relaciones afectivas y la monogamia seriada como seguras se ven además afectadas por diversos factores entre los que destacan la familiaridad de la pareja o el “enamoramamiento” hacia esa persona (Bimbela et al., 1998). Estos factores no han de ser olvidados en aquellas intervenciones que se realicen en pro de frenar el aumento de infecciones entre los adolescentes. Los datos descritos y la mayor frecuencia de uso del preservativo por parte de los varones frente a las mujeres (un 71,3% de varones afirman usarlo “siempre” frente a un 62,5% de mujeres) anuncian una conducta sexual desprotegida que se da en mayores ocasiones en las mujeres, tal y como ha sido recogido en otros estudios previos con adolescentes (Lameiras, Rodríguez, Calado y González, 2003).

El sexo en relación al impacto logrado por la publicidad preventiva.

Es en este punto en el que el interés por determinadas variables de la audiencia de las campañas conduce a la evaluación tanto de aspectos de tipo sociodemográfico, como otros de tipo conductual. Las hipótesis 1, 2 y 3 del presente estudio se interesan por las variables de sexo y edad (como variables sociodemográficas de interés) y frecuencia de uso del preservativo en las relaciones sexuales (como variable conductual

relevante), para determinar su relación en cuanto al impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta logrado por las campañas. En cuanto al sexo, los resultados van en la dirección de la hipótesis 1 al encontrarse diferencias estadísticamente significativas para las tres medidas de la variable dependiente de impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta. En concreto, se obtuvieron puntuaciones en todos los casos superiores para las mujeres frente a los varones y, por ello, se entiende un mayor impacto persuasivo.

Estos datos no pueden pasar desapercibidos si se atiende al significado que adquiere el que en el grupo de mujeres se logre un mayor impacto. Es decir, este mayor impacto supone no sólo un afecto más positivo y favorable a los anuncios, sino además una mayor elaboración de pensamientos sobre medidas preventivas, conciencia de gravedad, susceptibilidad de riesgo y autoeficacia; se entiende también predisposición para adoptar conductas de salud y de prevención de riesgos en el marco de la enfermedad de VIH/SIDA (que son las medidas que recogen las tres subescalas del cuestionario de evaluación de las campañas). Tampoco pueden pasar desapercibidos estos datos si se ponen en conexión con el aumento de infecciones entre las mujeres frente a los varones, principalmente en las infecciones por vía heterosexual (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; ONUSIDA, 2006).

De acuerdo con los datos resultantes en la investigación, entre el grupo de mujeres adolescentes se dan las condiciones óptimas en los tres ejes (afecto, cognición y conducta) que han sido destacadas para una influencia de la publicidad preventiva (Beerli y Martin, 1999). Sin embargo, en los datos epidemiológicos se concluye un aumento considerable entre las mujeres afectadas por el VIH/SIDA, principalmente en estas edades. Entonces, se ha de estudiar la existencia de otras variables que pueden estar mediando para que, a pesar de la confirmación de datos como los aquí expuestos, las campañas de concienciación en relación al uso del preservativo y la prevención de VIH/SIDA no sean suficientes para que haya un freno en la extensión de la epidemia entre las mujeres adolescentes. Continuar con las tareas de evaluación para conocer los efectos de otras variables es una labor incuestionable que ha de ser asumida en investigación. En cuanto a esto, la importancia de la medida de los roles de género y la influencia que tiene la adopción de actitudes típicamente tradicionales o feministas en las relaciones afectivo-sexuales adquiere un gran valor y se anticipan como variables de evaluación enormemente relevantes (Campbell, 1995; Lameiras, 1998; Millar et al., 2000).

La edad en relación al impacto logrado por la publicidad preventiva.

Siguiendo con la evaluación de otras variables sociodemográficas de interés, la edad alcanza también un valor significativo en relación con la influencia de las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA. Es interesante analizar el impacto logrado por las campañas publicitarias en dos grupos de edad creados para evaluar tal efecto, a saber, adolescentes de menor edad (grupo de entre 14 y 16 años) y adolescentes de mayor edad (grupo de entre 17 y 19 años), de acuerdo con las etapas propias de la adolescencia (Castillo, 1999). De esta manera, se recogieron puntuaciones estadísticamente significativas únicamente para el caso de las medidas en impacto sobre la intención de conducta, dándose mayores puntuaciones entre los adolescentes de menor edad. En este grupo de adolescentes la predisposición conductual a mantener relaciones sexuales seguras es mayor que en el grupo de entre 17-19 años, entre los que se da más posibilidad de haber mantenido relaciones sexuales con penetración y por lo tanto mayor riesgo de infección por VIH. No sería arriesgado decir que la variable edad y la mayor experiencia sexual asociada, está jugando un papel importante, y en este caso no muy beneficioso, en la influencia mediática de las campañas publicitarias. Este aspecto ha de ser tenido en cuenta en las directrices de creación de nuevas campañas, así como conocer las distintas medidas de prevención e intervención que se deben llevar a cabo atendiendo al tipo de adolescentes objetivo.

De cualquier manera, es necesario resaltar en este punto y como una limitación que puede estar influyendo en los resultados encontrados entre los grupos de edad, las diferencias en el número de adolescentes que resultaron para cada uno de los dos grupos originados. Así, para el grupo de entre 14 y 16 años el total de adolescentes era de 619, frente al grupo de adolescentes de entre 17 y 19 años, que era de 287 adolescentes. A pesar de mantener la homogeneidad en las variables sociodemográficas de interés para el estudio (sexo y edad), la disposición de los adolescentes en las aulas y el tratarse de grupos naturales, no permitió que en algunos casos se equipararan estas variables, por lo que se han de tomar algunos datos de forma tentativa.

Adopción de conductas de salud: frecuencia de uso del preservativo en relación con el impacto logrado por la publicidad preventiva.

Acerca de la frecuencia de uso del preservativo como variable conductual y su relación con la adopción de medidas de salud para la infección por VIH/SIDA, los resultados encontrados también se muestran relevantes. Así, tal y como predecía la hipótesis se encontraron diferencias significativas en el impacto logrado por las campañas, y únicamente en el caso del impacto sobre la intención de conducta, en función de la frecuencia de uso del preservativo. Entre los adolescentes que manifestaban usar “siempre” el preservativo en sus relaciones sexuales se encontró un mayor impacto conductual de las campañas, de acuerdo con las puntuaciones totales obtenidas en la escala de impacto sobre la intención de conducta. Estos resultados muestran una mayor eficacia de las medidas preventivas precisamente entre los adolescentes que están adoptando conductas de salud, en los que ocurriría un refuerzo de los hábitos que ya se están produciendo. Datos similares han sido recogidos en estudios previos (Agha, 2003). Algunas explicaciones que han sido concedidas acerca de las actitudes más positivas hacia el uso del preservativo entre los adolescentes que ya previamente lo han usado, son la mayor autoeficacia percibida en su uso (Meekers y Klein, 2001; Trigg, 2001). Se daba, además, menor impacto logrado (menores puntuaciones) entre los adolescentes que manifiestan no usar “nunca” preservativo en sus relaciones sexuales. Si las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA y uso del preservativo tienen como objetivo la adopción de conductas de salud, más aún en la población que asume conductas sexuales de riesgo (como sería el caso del grupo de adolescentes que manifiestan no usar el preservativo), los resultados encontrados no son muy alentadores. Ante estos datos es muy importante reforzar las medidas preventivas, así como considerar la influencia que tienen distintas variables, bien sociodemográficas (tales como el sexo o la edad), bien conductuales (tales como la frecuencia de uso del preservativo) o bien otras de tipo psicológico.

Canales de comunicación en persuasión publicitaria: campañas VIH/SIDA.

En cuanto a las hipótesis planteadas en la investigación sobre los canales de comunicación, los resultados reflejan, de forma parcial, datos favorables en relación a las mismas. En concreto, no existían diferencias en el impacto logrado (tanto en el

plano afectivo, como en el cognitivo y conductual) en los adolescentes según el canal de comunicación empleado. Únicamente se observaron diferencias significativas marginales en el impacto afectivo logrado por las campañas de televisión, alcanzando un mayor impacto frente a las de radio y de prensa escrita. Según algunos estudios sobre los canales de comunicación y su importancia en el proceso persuasivo, se concluye la importancia de utilizar una combinación de formatos o canales para lograr un mayor impacto en los mensajes publicitarios (Briñol et al., 2001). No obstante, las ventajas que ofrecen las estrategias audiovisuales empleadas en los anuncios en televisión es que permiten una mayor aceptación de los mensajes, frente a aquellos formatos de presentación con menor complejidad, como es el caso de los anuncios de prensa (Briñol et al., 2001). Esto es aún más importante si se tiene en cuenta que la televisión es un medio de comunicación de gran difusión.

La evaluación sobre el impacto logrado por los canales de comunicación clásicos en el presente estudio, pretende ser una primera aproximación a futuras líneas de trabajo, que han de ampliar la evaluación del impacto con otros canales y alternativas de emisión de los mensajes preventivos. Además, se plantea la necesidad de que, junto con la evaluación de estos canales de comunicación, se consideren otros aspectos relativos a las demás variables relevantes en toda comunicación. Entre ellas, se ha visto cómo las variables personales, bien de tipo sociodemográfico bien de tipo conductual, juegan un papel importante. Se requiere también considerar las características del emisor, el contexto y las peculiaridades del mensaje en sí como variables de gran interés en el proceso de persuasión publicitaria (Alcock, Chen, Min y Hodson, 2003; La Tour y Tranner, 2003; Seoane, 2002).

Lo anterior se enriquecería acompañado de una metodología de evaluación previa de las actitudes de los receptores de las campañas, junto con un seguimiento de los efectos logrados en cuanto a impacto, tal y como se ha realizado en otros estudios (Snyder et al., 2004). Esto, permitiría, por un lado, afirmar con mayor validez los efectos en cambio de actitudes y por otro lado, relacionar el impacto de la publicidad preventiva con cambios actitudinales de más larga duración y no sólo relativos a efectos inmediatos o a corto plazo.

Grado de persuasión de las campañas evaluadas por los expertos: impacto en la muestra de adolescentes e implicaciones.

Por último, en relación con la clasificación realizada por los expertos en cuanto al grado de persuasión de los anuncios, los resultados encontrados son congruentes (de forma parcial) con las hipótesis de partida. Se esperaba un mayor impacto persuasivo de los anuncios considerados con mayor grado de persuasión (campaña “Prevenir el Sida está en tus manos” para prensa escrita, “Póntelo-Pónselo” para televisión y “Lo estás haciendo muy bien” para radio) y esto ocurrió principalmente en el caso de los anuncios de televisión. De esta manera, la campaña “Póntelo-Pónselo” presentó puntuaciones mayores en cuanto a impacto cognitivo e impacto sobre la intención de conducta frente a la campaña “A todos nos afecta el Sida”, que fue la campaña seleccionada con menor grado de persuasión por los expertos. Estos datos son importantes, debido a que resaltan cómo aquellos anuncios que han sido clasificados como más influyentes, realmente ejercen mayor impacto cognitivo y sobre la intención de conducta, resultados muy importantes para la prevención de VIH/SIDA.

Para el caso de los anuncios de radio no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. A pesar de ello, fue la campaña de radio “Lo estás haciendo muy bien” (considerada con mayor grado de persuasión por los expertos), la que presentaba puntuaciones totales más elevadas en todas las medidas de impacto evaluadas en los adolescentes (afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta).

Llaman la atención los resultados relativos a las campañas de prensa escrita en los que la campaña “Por ti y por mí” y “Por ti y por todos, úsalo” clasificadas por los expertos como medianamente persuasiva y menos persuasiva, respectivamente, presentaban las puntuaciones totales más elevadas en impacto afectivo entre los adolescentes (22,49 para la campaña “Por ti, por mí” y 22,17 para la campaña “Por ti y por todos úsalo”). En este caso, la campaña clasificada por los expertos como más persuasiva (“Prevenir el Sida está en tus manos”) era la que tenía las puntuaciones totales más bajas y por lo tanto la que indicaba un menor impacto en la muestra de estudiantes. El trabajo directo con los adolescentes que supuso la recolección de los datos, permitió obtener información de tipo cualitativo que puede ser de mucha utilidad. De esta manera, y en cuanto a estas campañas de prensa escrita (“Por ti, por mí” y “Por ti y por todos, úsalo”, recogidas en el Anexo 4), fueron destacadas preferiblemente las cualidades acerca del color y del diseño como influyentes en el impacto que tuvieran.

Es importante tener cautela acerca de los grados de persuasión resultantes de las campañas publicitarias de prensa escrita, debido a que, muy posiblemente, las características de estas campañas ocasionaran dificultades para escalar los estímulos de una forma clara. Esto pudo hacer que la evaluación hecha por los expertos concluyera en un continuo en el que los distintos anuncios de prensa escrita mantenían distancias muy cortas entre sí, siendo además las desviaciones típicas (indicativas de variabilidad entre jueces) elevadas. Debido a que el escalamiento de los estímulos de televisión y de radio resultaron en un ajuste satisfactorio al modelo de Thurstone (Thurstone, 1972a, b, c) y que se mantuvo el mismo grupo de jueces para los estímulos de prensa escrita y bajo las mismas instrucciones, es factible pensar en una dificultad de escalamiento de estos estímulos en prensa. Las características de los canales de comunicación audiovisual frente a los impresos y la implicación de procesos como la aceptación y comprensión de la información pueden estar jugando un papel importante en esta dificultad encontrada (Briñol et al., 2001).

En definitiva, los resultados ponen de manifiesto una relación entre el mayor grado de persuasión de determinados anuncios (según expertos en materia de prevención de VIH/SIDA y persuasión publicitaria) y el mayor impacto logrado en la muestra de adolescentes, que son, en último término, el público objetivo en la mayoría de las intervenciones que se realizan. Estos datos son de gran utilidad, ya que se entiende que las actividades de elaboración de campañas publicitarias de prevención están de alguna manera en conexión con los resultados logrados en la audiencia objetivo, al menos tal y como se observa en los datos que aquí se recogen. Sin embargo, el carácter parcial de los resultados encontrados anuncia la necesidad de un mayor estudio de otros factores, tanto de la publicidad como de su audiencia, que están adoptando un papel activo en la mediación publicitaria.

Conclusiones.

La utilidad general de los datos aquí reflejados pretende aportar directrices en relación a la elaboración de campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA. Esto se debe hacer desde un marco plural en el que se considere una diversidad de aspectos que están influyendo en el impacto persuasivo logrado por los mensajes preventivos. Este marco plural recoge, desde la consideración de distintos canales de comunicación de la publicidad preventiva, hasta las diversas variables de la audiencia que la

convierten en una población activa y con un papel mediador en la eficacia de las medidas que se desarrollen. La consideración de los expertos en prevención de VIH/SIDA y en persuasión publicitaria pretende conectar el trabajo de elaboración de campañas preventivas y la opinión de profesionales implicados en la temática con una muestra de población de adolescentes.

Entre algunas de las variables de personalidad que se han consolidado como relevantes en la prevención de VIH/SIDA, así como en el impacto logrado por la publicidad, destacan la impulsividad, el autocontrol y la búsqueda de sensaciones, que conforman además características psicológicas propias de los adolescentes (Bimbela et al. 1998; Campbell, 1995; Lameiras, 1998; Millar et al., 2000; Sheer, 1995). Además, es importante no perder de vista aspectos como las diferencias por sexo, que se han visto relacionadas con todas las medidas de impacto recogidas (afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta). La necesidad de un mayor abordaje en profundidad de estas variables supone centrarse no sólo en diferencias meramente sexuales o de tipo biológico. Se requiere, además de lo anterior, que se sumen variables de tipo psicológico, entre las que los roles de género adquieren una gran importancia y además se ha visto que guardan una relación con el impacto persuasivo que se logre con determinados mensajes.

Por ello, en el siguiente estudio se hará un abordaje específico de estas variables con la pretensión de seguir aportando luz al ámbito de la persuasión lograda por la publicidad preventiva de VIH/SIDA.

SEGUNDO ESTUDIO

**EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA PUBLICIDAD
PREVENTIVA DE VIH/SIDA EN ADOLESCENTES EN FUNCIÓN
DE VARIABLES PSICOLÓGICAS**

1.- INTRODUCCIÓN

La consideración de la audiencia de los medios de comunicación no puede ser entendida desde un punto de vista pasivo, sino que se le ha de otorgar un papel activo y que puede tener particularidades que influyan en el impacto y la eficacia que alcancen las campañas. En el contexto del Marketing Social, y en concreto acerca de los mensajes preventivos y de salud, la audiencia objetivo aporta también características al proceso de comunicación que se produce. Las variables de tipo sociodemográfico relativas al sexo, edad, lugar de residencia, entre otras, adquieren relevancia, pero no son las únicas. Otras variables de tipo psicológico y que definen la personalidad del individuo forman parte del proceso persuasivo e influyen en la facilidad con la que éste se produce.

Los mensajes dentro del Marketing Social tendrán como fin último lograr un beneficio de las personas mediante la facilitación de pautas de conducta saludables, así como educando en la prevención de riesgos. Es importante no olvidar el papel socializador que adquieren los medios de comunicación de masas, de manera que se convierten en una importante fuente de información. Pues bien, estos mensajes preventivos y de salud pueden englobar una multitud de temáticas desde la salud bucal, la prevención de drogas y el consumo de alcohol hasta la seguridad en las carreteras y otros relativos a pautas de salud cardiovascular o aspectos relacionados con la salud sexual, entre otros. Respecto a estas últimas, la epidemia del SIDA y el creciente número de infecciones por VIH a nivel mundial han motivado que las campañas adquieran un papel prioritario. Debido a las características de los medios de comunicación, que les permiten la capacidad de abarcar a grandes núcleos de población, el papel preventivo de estas campañas es incuestionable. Es por ello que tiene una enorme importancia considerar el papel activo que tiene la audiencia receptora de estas campañas, más aún cuando se trata de los adolescentes que comprenden un grupo vinculado a importantes conductas de riesgo en relación a la infección por VIH.

Entre las variables psicológicas de interés en relación a la prevención y su papel mediador en cuanto a la persuasión publicitaria, en el grupo de adolescentes se ha resaltado de forma especial el autocontrol, los roles de género y la búsqueda de sensaciones. De acuerdo con las investigaciones previas y los aportes teóricos, estas variables pueden influir en el impacto persuasivo de las campañas en general y en

concreto, de los mensajes preventivos de VIH/SIDA. Las relaciones del autocontrol y las conductas impulsivas con la adopción de conductas de riesgo y la receptividad a los mensajes de salud están fundamentadas en diversos estudios, ya señalados en la revisión teórica. De igual manera ocurre para la variable búsqueda de sensaciones y especialmente en el ámbito sexual, que condiciona de algún modo la influencia de las campañas preventivas. Por último, las relaciones del género, los roles y las actitudes tradicionales o feministas también tienen un papel relevante en la recepción de los mensajes preventivos. Lo anterior, sumado al aumento de infecciones por VIH/SIDA que se ha recogido en la población de mujeres y de forma importante entre las adolescentes, obliga a cuestionar variables más allá de las diferencias por sexo en relación a lo biológico, para indagar en los efectos de otras dimensiones sobre ideología y estereotipos de género.

Consideradas estas variables psicológicas y descritas como de interés en cuanto al impacto de la publicidad preventiva, se propone el estudio de las mismas y algunas de sus dimensiones bajo la óptica de una correcta evaluación del efecto alcanzado por las campañas. Para ello, se seleccionó una muestra de adolescentes escolarizados de enseñanza secundaria obligatoria para estudiar el impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta logrado por un conjunto de campañas de prevención de VIH/SIDA. Además, de acuerdo con el estudio teórico, se incluyó la evaluación de las variables de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa de una gratificación inmediata (en relación al autocontrol) y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y búsqueda de sensaciones sexuales) y su influencia en las medidas de impacto mencionadas. Se utilizaron los instrumentos considerados oportunos para estas variables, de acuerdo con la población de adolescentes y el ámbito escolar en el que se daría la evaluación.

El desarrollo metodológico del estudio conservó, en la medida de lo posible, los requerimientos necesarios, de manera que se aportaran datos de utilidad de una temática tan importante como el impacto de la publicidad preventiva de VIH/SIDA. El objetivo último está en obtener información en cuanto al diseño y mejora de las campañas de prevención que se están llevando a cabo, de acuerdo con las características de personalidad de la audiencia. Además, se pretende que el trabajo con la población de adolescentes tenga una validez *per se*, siempre que supone una exposición al tema del SIDA, un llamamiento a la vulnerabilidad global, así como una manifestación explícita de las posibilidades para la prevención. Se entiende que el marco escolar es idóneo para

poner en práctica estas medidas, programas preventivos y demás labores de concienciación acerca de una epidemia de estas dimensiones.

A continuación, se describe el planteamiento general de la investigación mediante los objetivos que se abarcan en la misma.

2.- OBJETIVOS

Se proponen los siguientes objetivos para este estudio:

2.1. Objetivo general.

El objetivo general es evaluar el impacto a corto plazo¹ de campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA y uso del preservativo a nivel afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta en una muestra de adolescentes en función de variables psicológicas. Estas variables psicológicas, con base en la teoría, comprenden los estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y la búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) y son evaluadas en los adolescentes a través de los instrumentos adecuados para los propósitos de la investigación. Además, se pretenden conocer las diferencias en estas variables de tipo psicológico de acuerdo con otras de tipo sociodemográfico (sexo y grupos de edad) y relativas a conductas de riesgo (frecuencia de uso del preservativo).

2.2. Objetivos específicos.

El estudio tiene los siguientes objetivos específicos:

Objetivo 1: Evaluar si existen diferencias significativas en las medidas de aspectos relativos al género (estereotipos e ideología de género), retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) en función del sexo.

¹ A lo largo del estudio, con el término de impacto logrado por los anuncios publicitarios se referirá a impacto a corto plazo, ya que debido a las características del diseño de la investigación se recogía la información de forma inmediata tras la visualización de la publicidad por parte de los adolescentes.

Objetivo 2: Evaluar si existen diferencias significativas en las medidas de aspectos relativos al género (estereotipos e ideología de género), retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) en función de la edad.

Objetivo 3: Evaluar si existen relaciones significativas en las medidas de aspectos relativos al género (estereotipos e ideología de género), retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) y la frecuencia de uso del preservativo.

Objetivo 4: Evaluar si las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) predicen el impacto afectivo de los anuncios logrado en los adolescentes.

Objetivo 5: Evaluar si las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) predicen el impacto cognitivo de los anuncios logrado en los adolescentes.

Objetivo 6: Evaluar si las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) predicen el impacto sobre la intención de conducta de los anuncios logrado en los adolescentes.

3.- HIPÓTESIS

Las hipótesis del estudio, de acuerdo con los objetivos descritos, son:

Hipótesis 1: Existirán diferencias significativas en las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) en función del sexo.

Hipótesis 2: Existirán diferencias significativas en las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) en función de la edad.

Hipótesis 3: Existirán relaciones significativas entre las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) y la frecuencia de uso del preservativo.

Hipótesis 4: Las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) tendrán un valor predictivo en el impacto afectivo de los anuncios logrado en los adolescentes.

Hipótesis 5: Las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) tendrán un valor predictivo en el impacto cognitivo de los anuncios logrado en los adolescentes.

Hipótesis 6: Las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) tendrán un valor predictivo en el impacto sobre la intención de conducta de los anuncios logrado en los adolescentes.

4.- MÉTODO

4.1. Sujetos.

Participaron en el estudio un conjunto de 913 adolescentes. Del total, 420 eran varones y 488 mujeres². Las edades consideradas en el estudio fueron las comprendidas entre 14 y 19 años, considerando los trabajos existentes sobre el desarrollo psicológico,

² Los cinco sujetos restantes hasta completar el total de 913 adolescentes no rellenaron el campo correspondiente a “sexo” solicitado en el cuestionario por lo que no contabilizan en los análisis en relación a esta variable.

biológico y social en la adolescencia (Castillo, 1999). Se trataba de adolescentes escolarizados de enseñanza secundaria obligatoria (ESO) seleccionados mediante un muestreo incidental. Los datos sociodemográficos acerca de la muestra correspondientes a la edad indican una media para los varones de 15,85 y una desviación típica de 1,28. En el caso de las mujeres, se obtuvo una media de edad de 16,03 con una desviación típica de 1,35. Acerca del lugar de residencia de los adolescentes, el 48,2% pertenecían a un ámbito urbano y el 50,8% a un ámbito rural. Otros datos acerca de variables de tipo conductual para esta misma muestra han sido descritos en el estudio anterior (véase Tabla 2 del estudio 1).

4.2. Instrumentos y materiales.

Para la evaluación de las variables que se incluyen en el estudio, se utilizaron los siguientes *instrumentos de evaluación*:

- *Cuestionario para la Evaluación del Impacto a Corto Plazo de las Campañas Publicitarias Españolas sobre Prevención de VIH/SIDA en Población Adolescente (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a).*

Este cuestionario evalúa, a través de tres subescalas, el impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta de la publicidad preventiva. Además, el cuestionario incluye variables conductuales relevantes para la investigación, entre las que la frecuencia de uso del preservativo, como conducta de riesgo en relación a la infección por VIH, será considerada en los análisis del presente estudio. Las características de composición del instrumento han sido descritas de forma detallada en el estudio 1. Las propiedades psicométricas en cuanto a estructura factorial, datos de fiabilidad y consistencia interna del instrumento resultaron satisfactorias (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a).

- *Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente (CACIA) (Capafons y Silva, 1986).*

El CACIA consta de cinco escalas de auto-calificación para medir el autocontrol en niños y adolescentes de entre 11 y 19 años. En concreto, de las cinco escalas que componen el cuestionario, por el interés del tema de investigación y su relación con la impulsividad y la falta de control, se utilizó la Escala “Retraso de la Recompensa (RR)”.

Esta escala está conformada por 19 ítems que recogen comportamientos relacionados con el control de las respuestas impulsivas, es decir, se evalúa si el sujeto hace en primer lugar aquello que debe, es más urgente o importante, posponiéndolo a lo que le apetece. Las personas con puntuaciones elevadas en esta escala reflejarían comportamientos de organización y estructuración de sus tareas, buenos hábitos de trabajo, mostrando que no se dejan llevar fácilmente por sus apetencias más impulsivas (Capafons y Silva, 1986).

Los estudios psicométricos realizados con el CACIA han mostrado una adecuada estructura factorial. Además, en cuanto a la fiabilidad y en concreto para la escala utilizada de “Retraso de la Recompensa” (RR) el *alfa de Cronbach* fue de $\alpha = 0.71$. Los resultados de los análisis del test-retest también son satisfactorios. Por último, los estudios de validez han evidenciado la utilidad del test y sus subescalas (Capafons y Silva, 1986).

- *Bem Sex Role Inventory, BSRI* (Bem 1974, 1983; García-Mina, 1997, 2004).

Se utilizó la versión adaptada y reducida del “Bem Sex Role Inventory”, BSRI (García-Mina 1997, 2004) compuesta por 22 ítems que contienen una serie de características y adjetivos que definen a las personas. Se evalúan aspectos relacionados con los estereotipos de género y, en concreto, aportan una clasificación acerca de la masculinidad y feminidad de los sujetos. Los 11 ítems impares del test evalúan aspectos instrumentales o relativos a la masculinidad y los 11 ítems pares evalúan aspectos expresivos o relativos a la feminidad. La escala de respuesta es de 7 puntos, indicando la puntuación de 1 que esa característica nunca define a la persona y 7 que siempre lo hace. Las puntuaciones elevadas en la subescala de ítems instrumentales indican una alta puntuación en masculinidad y estereotipos clásicamente relacionados con los varones; las puntuaciones elevadas en los ítems expresivos indican puntuaciones altas en feminidad y en estereotipos clásicamente relacionados con las mujeres.

Las propiedades psicométricas del inventario son adecuadas y concluyen importantes resultados en cuanto al género y los estereotipos asociados al mismo. Es importante mencionar que también es posible obtener puntuaciones de “androginia” e “indiferenciadas” según el perfil de las repuestas del sujeto, que no se han planteado para el presente estudio.

- *Escala de Ideología del Role Sexual, IRS versión reducida* (Moya et al., 1991; Moya et al., 2006)

La versión reducida de la “Escala de Ideología del Rol Sexual” (IRS) está compuesta por 12 ítems que hacen referencia a la medición de actitudes tradicionales frente a feministas en relación a la ideología de género. Los ítems recogen aspectos acerca de las relaciones entre varones y mujeres y distintas áreas relativas a la ideología del rol sexual (roles laborales de varones y mujeres, responsabilidades parentales y en la esfera doméstica, relaciones personales entre varones y mujeres, reparto de tareas, normas que regulan el comportamiento cotidiano, sexualidad y maternidad). La escala de respuesta del instrumento es de 11 puntos, oscilando las opciones de respuesta entre 1 (Totalmente de acuerdo) y 100 (Totalmente en desacuerdo). A mayores puntuaciones obtenidas en la escala se entienden actitudes menos tradicionales y más feministas en relación a la ideología de género. Los análisis de consistencia interna de la escala muestran una adecuada fiabilidad de la misma siendo el *alfa de Cronbach* de $\alpha = 0.95$. La correlación obtenida en distintos estudios entre las puntuaciones totales en la escala breve y la escala ampliada son elevadas, estando alrededor de 0.90 (Expósito et al., 1998; Moya et al., 2000; Moya y Expósito, 2000). Este resultado permite confiar en que ambas versiones aportan medidas relevantes del constructo de Ideología de género. Existen también adecuadas evidencias convergentes y discriminantes de la escala en diversas investigaciones (Moya et al., 2006).

- *Arnett Inventory of Sensation Seeking, AISS* (Arnett, 1994).

Este instrumento está compuesto por 20 ítems a los que se responde con una escala tipo likert de 4 puntos. Las opciones de respuesta van desde “A” (Me describe muy bien) a “D” (No me describe en absoluto). Esta escala facilita dos puntuaciones parciales, que corresponden a las dos subescalas que componen el instrumento. Una de las puntuaciones se refiere a los ítems de intensidad, que aglutina los ítems pares de la escala, con un total de 10. Los ítems impares miden búsqueda de la novedad, constructo que también es evaluado por medio de 10 ítems. Debido a la construcción de la escala y el sentido de las opciones de respuesta, una mayor puntuación obtenida en ambas dimensiones indica una menor búsqueda de sensaciones tanto en las dimensiones de Novedad como de Intensidad.

Para el estudio se ha utilizado la versión española, que ha sido traducida y analizada por Ferrando y Chico (2001), presentando resultados similares a los de la escala original y propiedades psicométricas satisfactorias para su uso.

- *Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (Kalichman y Rompa, 1995; Teva, Bermúdez y Buela-Casal, 2007).*

Se utilizó la adaptación del instrumento que ha sido realizada por Teva et al. (2007). Esta escala está compuesta por 11 ítems que comprenden afirmaciones acerca de distintos aspectos en relación a la búsqueda de sensaciones sexuales nuevas. El formato de respuesta es una escala tipo Likert con cuatro opciones de respuesta que oscilan de 1 a 4, siendo 1 aquellos casos en los que la persona considera que “en absoluto” ese ítem le describe y 4 aquellos casos en los que la persona considera que le describe “muchísimo”. Las puntuaciones de 2 y 3 se utilizan para graduar las respuestas, siendo la puntuación de 2 utilizada para los casos en los que le describe “ligeramente” y 3 para los casos en los que le describe “bastante”.

Los datos acerca de las propiedades psicométricas del instrumento muestran un nivel de consistencia interna de *alfa de Cronbach* de $\alpha = 0,76$, similar al que fue encontrado en la versión original (Kalichman y Rompa, 1995). Otros datos sobre validez de la adaptación castellana recogen correlaciones significativas positivas entre las puntuaciones en búsqueda de sensaciones sexuales y las dimensiones del cuestionario de “Búsqueda de Sensaciones” de Zuckerman, así como con el factor de extraversión del “Cuestionario de Personalidad EPI forma B” (Eysenck y Eysenck, 1964). Además, se encontraron correlaciones significativas positivas entre las puntuaciones en búsqueda de sensaciones sexuales, por un lado, con las dimensiones de Erotofilia y Sexo no convencional del cuestionario “*Sexual Opinion Survey*” (Gilbert y Gamache, 1984). Por otro lado, se encontraron correlaciones negativas significativas entre las puntuaciones en búsqueda de sensaciones sexuales y la dimensión de erotofobia de este mismo cuestionario. Las propiedades psicométricas descritas acerca del instrumento son satisfactorias, por lo que se resalta la idoneidad de su uso, más aún cuando con anterioridad se ha destacado la importancia del constructo de búsqueda de sensaciones en relación a las conductas de riesgo en la adolescencia.

Los **materiales** empleados en el estudio son:

Se utilizó una selección de campañas publicitarias para evaluar el impacto logrado en los adolescentes. Por la continuidad de este estudio respecto al anterior, las campañas publicitarias consideradas fueron las definidas en el primer estudio, una vez que se realizó la evaluación y selección por parte de los expertos en VIH/SIDA y en Publicidad. Esto es, se utilizaron dos campañas emitidas en televisión (“*Póntelo-Pónselo*” y “*A todos nos afecta el SIDA*”), dos campañas emitidas en radio (“*Lo estás haciendo muy bien*” y “*El rap del condón*”) y tres campañas de prensa escrita (“*Prevenir el SIDA está en tus manos*”, “*Por ti, por mí*” y “*Por ti y por todos, úsalo*”). Se pretende evaluar el impacto logrado por las campañas publicitarias de acuerdo con las variables psicológicas relativas al género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones mencionadas.

4.3. Diseño.

El presente estudio es de tipo “*ex post facto*” de acuerdo con la clasificación propuesta por Montero y León (2005).

4.4. Variables.

Las variables predictoras empleadas en la investigación fueron las siguientes:

1. Retraso de la Recompensa, medida a través de la subescala del “Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente” (Capafons y Silva, 1986).

2. Estereotipos e Ideología de género, medidas a través del “Bem Sex Role Inventory”, BSRI (Bem 1974, 1983; García-Mina, 1997, 2004) y la “Escala de Ideología del Role Sexual”, IRS, versión reducida (Moya et al., 2006), respectivamente.

3. Búsqueda de Sensaciones y Búsqueda de Sensaciones Sexuales, evaluadas por medio del “Arnett Inventory of Sensation Seeking” AISS (Arnett, 1994; Ferrando y Chico, 2001) y la “Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales” (Kalichman y Rompa, 1995; Teva et al., 2007), respectivamente.

Las variables dependientes o criterio empleadas en la investigación comprenden tres medidas de impacto publicitario, mediante el cuestionario para la evaluación de las campañas (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a). En concreto estas son:

1. Impacto Afectivo: Entendiéndose el efecto persuasivo logrado por los anuncios mediante la consecución de un afecto positivo y favorable para conseguir mayor aceptación y asimilación de la publicidad preventiva.

2. Impacto Cognitivo: Referido al efecto logrado por los anuncios a través de la elaboración de pensamientos a favor de la prevención de VIH/SIDA.

3. Impacto sobre la Intención de Conducta: Recoge el efecto persuasivo logrado por los anuncios mediante la predisposición conductual para adoptar medidas de salud y de prevención de riesgos en el marco de la enfermedad de VIH/SIDA.

4.5. Procedimiento.

Se contactó con un total de diez centros públicos de educación secundaria, a través de un muestreo incidental. El contacto se realizó por medio del departamento de orientación de los centros, de manera que se solicitaba una entrevista para posteriormente visitar *in situ* el centro y poder informar de las características de la investigación y la colaboración que se requería. Del total de centros aceptaron colaborar siete. Confirmada la colaboración se establecía un cronograma del momento en el que se realizaría la pasación de los cuestionarios, previa visualización de las campañas publicitarias.

Los vídeos se proyectaron dentro de las aulas de los centros de educación secundaria (en horario lectivo) y posteriormente se administraban los instrumentos de evaluación (cuestionario de evaluación de las campañas, así como medidas de retraso de la recompensa, estereotipos e ideología de género y búsqueda de sensaciones). Previamente, los participantes eran informados de forma breve acerca de las características del estudio. Se informaba que el estudio pertenecía a una investigación sobre el SIDA cuya participación en la misma era voluntaria y en todo caso el manejo de los datos absolutamente confidencial.

Se siguió un procedimiento tal que, todos los participantes completaron los instrumentos requeridos para así conocer las puntuaciones en las variables predictoras consideradas en el estudio. Las condiciones para la colaboración en la investigación,

tanto para la proyección del material publicitario como en cuanto a la recogida de las variables relevantes en la investigación, fueron similares para todos los grupos. La duración del trabajo con cada grupo de adolescentes fue aproximadamente de una hora. Posteriormente, se construyó la base de datos y se iniciaron los análisis estadísticos correspondientes para la elaboración de resultados y discusión en relación a los objetivos e hipótesis de partida.

5.- RESULTADOS

Previamente a la descripción de los resultados obtenidos en el estudio en función de los objetivos e hipótesis del mismo, se realizan una serie de análisis preliminares. De esta manera, este apartado de resultados presenta la siguiente estructura:

En primer lugar, se recogen las medias y desviaciones típicas de cada una de las subescalas de los instrumentos utilizados, así como su consistencia interna. Lo anterior se realiza con la pretensión de confirmar los resultados obtenidos en estudios previos acerca de la idoneidad de las propiedades psicométricas de estos instrumentos. Además, estos datos pretenden tener una utilidad descriptiva en relación a las medidas de las variables psicológicas en la muestra de adolescentes. En segundo lugar, se analizan las diferencias en las variables psicológicas de género (estereotipos e ideología de género), retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (general y búsqueda de sensaciones sexuales) por sexo, para dar respuesta a la hipótesis 1 del estudio. Las diferencias en estas mismas puntuaciones también son analizadas por edad, de manera que se aborde la hipótesis 2 del estudio. Posteriormente, y en tercer lugar, se presentan los resultados relativos a las relaciones entre la frecuencia de uso del preservativo y las variables psicológicas propuestas, para abordar la hipótesis 3. Finalmente, se describen los análisis de regresión que aporten información acerca del valor predictivo de las variables psicológicas del estudio en el impacto de las campañas, como variable criterio, dando respuesta así a las hipótesis 4, 5 y 6.

Los resultados recogidos en la Tabla 1 reflejan las propiedades psicométricas de los instrumentos empleados en la investigación. En cuanto a la consistencia interna y fiabilidad de los instrumentos de evaluación el *alfa de Cronbach* osciló entre $\alpha = 0,69$ y $0,80$, con excepción de las subescalas de Intensidad y Novedad del AISS, que presentaron un *alfa de Cronbach* de $\alpha = 0,37$ y $\alpha = 0,43$, respectivamente.

En relación a las puntuaciones medias obtenidas por escalas y subescalas, se pueden resaltar los siguientes datos. Para el caso del cuestionario de evaluación de las campañas (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a), las puntuaciones medias obtenidas en las escalas de impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta son elevadas (3,56, 3,09 y 3,45 respectivamente). Es importante recordar que la escala de respuesta de este instrumento oscila entre 0-4 puntos y que, de acuerdo con la construcción de la escala, a mayor puntuación mayor impacto logrado. Estos datos ya han sido abordados en mayor profundidad en el estudio 1.

Por los intereses, objetivos e hipótesis de este estudio se revisarán de forma más exhaustiva las puntuaciones relativas a las medidas de las variables psicológicas. Respecto a la subescala de Retraso de la Recompensa (RR) del “Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente” (CACIA) de Capafons y Silva (1986) se obtuvo una puntuación media de 0,51. Es importante recordar que se trata de ítems dicotómicos (0-1) y que según la construcción de la escala se indica que a mayor puntuación menor impulsividad o mayor autocontrol en la demora de las conductas impulsivas orientadas hacia el placer inmediato. La puntuación de 0,51 obtenida en el grupo de adolescentes los describe en la mitad de la dimensión, datos que se retomarán en la discusión.

Para el caso del “Bem Sex Role Inventory”, BSRI (Bem 1974, 1983; García-Mina, 1997, 2004), también se exponen los resultados atendiendo a las dos subescalas que contiene. La subescala Instrumental o de Masculinidad presenta unas puntuaciones medias de 4,82. La escala de respuesta estaba compuesta por 7 puntos, de manera que a mayor puntuación indicaba más tendencia a posicionarse en estereotipos masculinos. La puntuación obtenida en el caso de la Subescala Expresiva o de Femenidad recogía una puntuación de 5,57. De nuevo a mayor puntuación en la escala se entendía una mayor identificación con los estereotipos clásicamente asociados a la “feminidad”. La puntuación de 5,57 (en la escala de 1 a 7) indica puntuaciones más cercanas a la identificación de la muestra de adolescentes con estos estereotipos.

Para la búsqueda de sensaciones general, el “Arnett Inventory of Sensation Seeking”, AISS (Arnett, 1994) contenía dos subescalas que recogían las dimensiones de Novedad e Intensidad. La Subescala de Novedad tiene una puntuación media de 2,27, muy similar a la subescala de Intensidad, con una puntuación de 2,44. Considerando que estas subescalas tienen un rango de respuesta de 4 puntos, de manera que una puntuación mayor indica una menor búsqueda de sensaciones nuevas, los datos reflejan una muestra de adolescentes que se aproximan más al rechazo de vincularse a

sensaciones y experiencias nuevas e intensas, siendo esto más acentuado en el caso de la subescala de Intensidad.

Para las “Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales” de Kalichman y Rompa (1995) (adaptación española de Teva et al., 2007) y la “Ideología del Role Sexual” (versión reducida) de Moya et al. (2006), se obtuvieron las puntuaciones totales del instrumento, al no estar compuestas de subescalas como en los casos anteriores. Para la búsqueda de sensaciones sexuales la puntuación media obtenida es de 2,25 indicando ligeramente una mayor tendencia a puntuar en búsqueda de sensaciones sexuales nuevas en la muestra de adolescentes (dada la escala de respuesta de 4 puntos del instrumento que recoge que, a mayor puntuación mayor búsqueda de sensaciones sexuales). Por último, la “Escala de Ideología del Role Sexual”, refleja una puntuación media total de 70,96. Este resultado, según la construcción de la escala, indica una puntuación más cercana a una ideología de género menos tradicional o feminista de los adolescentes.

Estos datos relativos a los instrumentos y a sus escalas ayudan a describir a la muestra total de adolescentes que participaron en el estudio. Sin embargo, por el interés de los mismos, se obtuvieron también las diferencias observadas en estas puntuaciones según determinadas variables relevantes para la investigación. De esta manera, en la Tabla 2, se atiende a las diferencias en puntuaciones medias de las variables psicológicas, pero en este caso clasificadas por sexo (hipótesis 1). De igual modo, en la Tabla 3 se recogen las diferencias por grupos de edad (hipótesis 2).

Hipótesis 1: Existirán diferencias significativas en las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (general y sexual) en función de sexo.

Las puntuaciones medias obtenidas en cada una de las subescalas fueron sometidas a una comparación de medias para conocer las diferencias entre varones y mujeres. Tal y como se recoge en la Tabla 2, se encontraron diferencias significativas para la mayor parte de las dimensiones de los instrumentos, con excepción de la subescala de Novedad del AISS (Arnett, 1994). En el caso del Cuestionario de Evaluación del Impacto de las Campañas (Bretón-López y Buela-Casal, 2006a), todas las subescalas mostraron diferencias estadísticamente significativas por sexo (valor de $p < 0,001$). Estas puntuaciones medias eran mayores en todos los casos para las mujeres, indicando, mayor impacto logrado de las campañas publicitarias, tanto afectivo, como

Tabla 1
Media, desviación típica y consistencia interna de las subescalas empleadas en el estudio.

Instrumentos	Subescalas	N ²	Media	D.T.	α
Cuestionario de Evaluación del Impacto de las Campañas (Bretón-López y Buela-Casal, 2006).	Escala de Impacto Afectivo	909	3,56	0,87	0,79
	Escala de Impacto Cognitivo	906	3,09	0,54	0,69
	Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta	908	3,45	0,58	0,77
Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente, CACIA (Capafons y Silva, 1986).	Escala Retraso de la Recompensa (RR)	913	0,51	0,20	0,73
Bem Sex Role Inventory, BSRI (Bem 1974, 1983; García-Mina, 1997, 2004)	Escala Instrumental o de Masculinidad	885	4,82	0,81	0,72
	Escala Expresiva o de Femenidad	887	5,57	0,76	0,77
Arnett Inventory of Sensation Seeking, AISS (Arnett, 1994)	Escala de Novedad	882	2,27	0,39	0,37
	Escala de Intensidad	883	2,44	0,44	0,43
Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (Kalichman y Rompa, 1995) ¹		899	2,25	0,57	0,80
Escala de Ideología del Role Sexual, IRS (versión reducida, Moya et al., 2006) ¹		903	70,96	20,97	0,79

¹ Estos instrumentos no están compuestos por subescalas por lo que se recogen las propiedades psicométricas del instrumento.

² Las diferencias en número de sujetos con respecto al total de la muestra empleada en el estudio (913), se debe a la existencia de casos perdidos.

N: Número de sujetos; D. T.: Desviación Típica; α : Coeficiente *Alfa* de Cronbach.

cognitivo y sobre la intención de conducta. Estos resultados ya se recogieron en el estudio 1.

La dimensión de retraso de la recompensa, evaluada mediante el CACIA, también refleja diferencias estadísticamente significativas entre varones y mujeres, con un valor de $p < 0,001$. En este caso, de acuerdo con la construcción de la escala y las puntuaciones medias observadas, las mujeres alcanzaron puntuaciones más tendentes a la reflexión y a la demora de las conductas impulsivas, frente a los varones, que puntuaron con una tendencia más cercana a la búsqueda de la gratificación inmediata en sus acciones. Las dimensiones de Masculinidad y Femenidad del “Bem Sex Role Inventory”, BSRI, recogieron también puntuaciones estadísticamente significativas con valores de $p < 0,001$, para ambos casos. La subescala instrumental, que evaluaba masculinidad, recogía mayores puntuaciones medias en el caso de los varones, frente a la subescala de feminidad, que recogía puntuaciones mayores entre las mujeres. Estos resultados indican una mayor identificación de los varones con los estereotipos tradicionalmente masculinos y una mayor identificación de las mujeres con los estereotipos tradicionalmente femeninos. En relación al género, y en concreto a la ideología de género, las medidas del IRS concluyen una puntuación estadísticamente significativa y diferencial entre varones y mujeres, siendo mayores las puntuaciones entre las mujeres que entre los varones (75,29 frente a 65,94 con un valor de $p = 0,000$). Según la construcción de la escala esto indica una posición menos tradicional de las mujeres y que sin embargo parece no entrar en contradicción con una identificación con estereotipos clásicos femeninos de esta misma muestra de mujeres, tal y como recogía el BSRI.

Por último, en cuanto a la búsqueda de sensaciones, y en concreto para la búsqueda de sensaciones sexuales, las diferencias de medias resultaron ser estadísticamente significativas ($p = 0,000$) con puntuaciones más elevadas para los varones. En las dimensiones de búsqueda de sensaciones relativas a la novedad e intensidad evaluadas con el AISS (Arnett, 1994) únicamente se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la dimensión de intensidad, en la que de nuevo los varones mostraron una mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones intensas (recuérdese que de acuerdo con la construcción de la escala: a menores puntuaciones mayor búsqueda de sensaciones).

Estos resultados pueden tener importantes implicaciones en el ámbito de la prevención y las necesidades de abordaje diferencial entre varones y mujeres. Por ello,

han de ser tenidos en cuenta como datos que aportan información de las características de una muestra de población importante en cuanto al riesgo de infección por VIH/SIDA como son los adolescentes.

Hipótesis 2: Existirán diferencias significativas en las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (general y sexual) en función de la edad.

El interés de los resultados recogidos en la Tabla 2 motiva a seguir conociendo otras características de tipo sociodemográfico que pueden guardar relación con las variables que se sospechan relacionadas con la prevención. Por ello, en la Tabla 3 se aportan datos acerca de las diferencias de medias encontradas en cada una de las variables psicológicas para los grupos de edad de 14-16 años y de 17-19 años.

Los resultados, desde un punto de vista estadístico, mostraron homogeneidad en las puntuaciones medias de los dos grupos de edad para las dimensiones evaluadas, con excepción del impacto sobre la intención de conducta de las campañas publicitarias (Bretón-López y Buéla-Casal, 2006a) y la ideología de género del IRS (Moya et al., 2006). En ambos casos se obtuvo una puntuación media mayor para el caso del grupo de edad de entre 14 y 16 años (3,48 en impacto sobre la intención de conducta y 72,01 en ideología de género) frente al grupo de edad de entre 17 y 19 años (3,39 en impacto sobre la intención de conducta y 68,83 en ideología de género), siendo las diferencias estadísticamente significativas con un valor de $p < 0,05$. Este dato indica, tal y como se recogía previamente en el estudio 1, un mayor impacto logrado por las campañas en el grupo de edad de entre 14 y 16 años, con las implicaciones que tiene a nivel preventivo así como por ser precisamente este grupo de edad entre los que, en base a la teoría y estudios previos, aún no se han iniciado las relaciones sexuales. La “Escala de Ideología del Role Sexual” también recogió medias mayores en este grupo de edad. Esto indicaba una actitud menos tradicional entre estos adolescentes en cuanto a la ideología de género. Diferentes aspectos sobre la vulnerabilidad de las actitudes y las creencias en la etapa adolescente serán considerados para explicar estos resultados en el apartado de discusión.

Tabla 2

Media, desviación típica y comparación de medias por sexo, de las subescalas empleadas en el estudio.

Instrumentos	Subescalas			Varones			Mujeres			t	Sig.
	N ²	Media	D.T.	N ²	Media	D.T.	N ²	Media	D.T.		
Cuestionario de Evaluación del Impacto de las Campañas (Bretón-López y Buela-Casal, 2006)	420	3,40	0,90	488	3,69	0,82	488	3,69	0,82	-5,10***	0,000
Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente, CACIA (Capafons y Silva, 1986)	418	3,02	0,55	487	3,16	0,52	488	3,53	0,56	-3,87***	0,000
Bem Sex Role Inventory, BSRI (Bem 1974, 1983; García-Mina, 1997, 2004)	419	3,36	0,59	488	3,53	0,56	488	3,53	0,56	-4,57***	0,000
Arnett Inventory of Sensation Seeking, AISS (Arnett, 1994)	420	0,47	0,19	488	0,55	0,19	488	0,55	0,19	-6,41***	0,000
Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (Kalichman y Rompa, 1995) ¹	407	4,91	0,82	474	4,73	0,80	474	4,73	0,80	3,22***	0,000
Escala de Ideología del Role Sexual, IRS (versión reducida, Moya et al., 2006) ¹	406	5,39	0,78	478	5,73	0,70	478	5,73	0,70	-6,82***	0,000
Escala de Novedad	406	2,25	0,40	473	2,29	0,38	473	2,29	0,38	-1,52	0,129
Escala de Intensidad	406	2,28	0,43	474	2,59	0,31	474	2,59	0,31	-11,10***	0,000
Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (Kalichman y Rompa, 1995) ¹	411	2,51	0,56	484	2,03	0,49	484	2,03	0,49	13,36***	0,000
Escala de Ideología del Role Sexual, IRS (versión reducida, Moya et al., 2006) ¹	413	65,94	22,54	485	75,29	18,56	485	75,29	18,56	-6,72***	0,000

¹ Estos instrumentos no están compuestos por subescalas por lo que se recogen las propiedades psicométricas del instrumento.

² Las diferencias por sexo en número de sujetos con respecto al total de 420 participantes varones y 488 mujeres, se debe a la existencia de casos perdidos.

N: Número de sujetos; D.T.: Desviación Típica; t: Estadístico t de student.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Tabla 3
Media, desviación típica y comparación de medias por grupos de edad, de las subescalas empleadas en el estudio.

Instrumentos	Subescalas	Grupo de edad 14-16 años				Grupo de edad 17-19 años				t	Sig.
		N ²	Media	D.T.	N ²	Media	D.T.	N ²	Media		
Cuestionario de Evaluación del Impacto de las Campañas (Bretón-López y Bucla-Casal, 2006)	Escala de Impacto Afectivo	620	3,54	0,87	287	3,61	0,86			-1,14	0,253
	Escala de Impacto Cognitivo	617	3,09	0,54	287	3,09	0,55			0,03	0,977
	Escala de Impacto sobre la Intención de Conducta	619	3,48	0,54	287	3,39	0,65			2,09*	0,038
Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente, CACIA (Capafons y Silva, 1986)	Escala Retraso de la Recompensa (RR)	620	0,52	0,20	287	0,50	0,19			1,16	0,248
	Escala Instrumental o de Masculinidad	602	4,82	0,83	278	4,80	0,78			0,32	0,747
Bem Sex Role Inventory, BSRI (Bem 1974, 1983; García-Mina, 1997, 2004)	Escala Expresiva o de Femenidad	606	5,56	0,75	277	5,60	0,79			-0,79	0,433
	Escala de Novedad	602	2,28	0,40	276	2,26	0,37			0,76	0,439
Arnett Inventory of Sensation Seeking, AISS (Arnett, 1994)	Escala de Intensidad	600	2,44	0,45	279	2,46	0,42			-0,86	0,393
	Escala de Búsqueda de Sensaciones Sexuales (Kalichman y Rompa, 1995) ¹	612	2,25	0,59	282	2,26	0,54			-0,18	0,858
Escala de Ideología del Role Sexual, IRS (versión reducida, Moya et al., 2006) ¹		613	72,01	19,94	284	68,83	23,02			2,11*	0,035

¹ Estos instrumentos no están compuestos por subescalas por lo que se recogen las propiedades psicométricas del instrumento.

² Las diferencias por grupos de edad en número de sujetos con respecto al total de 620 participantes de entre 14-16 años y 287 participantes de entre 17-19 años, se debe a la existencia de casos perdidos.

N: Número de sujetos; D.T.: Desviación Típica; t: Estadístico t de student.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Hipótesis 3: Existirán relaciones significativas entre las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (general y sexual) y la frecuencia de uso del preservativo.

En cuanto a la frecuencia de uso del preservativo y su relación con las variables psicológicas medidas, se realizaron análisis de correlación que se recogen en la Tabla 4. Tal y como puede observarse, se encontraron correlaciones significativas entre la frecuencia de uso del preservativo y las variables de ideología de género, estereotipos de feminidad, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones sexuales. Las correlaciones fueron significativas con niveles de $p < 0,01$ y $p < 0,05$.

De acuerdo con la construcción de las escalas que evalúan las variables mencionadas, se puede afirmar que, para el caso de la variable de ideología de género, las mayores puntuaciones en esta escala (que indicaban una actitud menos tradicional de los roles de género) correlacionaban significativamente con la mayor frecuencia de uso del preservativo, con un valor de $p < 0,01$. En relación a los estereotipos de feminidad, puntuaciones más elevadas (y por ello una mayor identificación con estereotipos clásicos femeninos) correlacionaban también significativamente con mayor frecuencia de uso del preservativo ($p < 0,05$).

La variable de retraso de la recompensa y control de los impulsos evaluada por medio de la subescala del CACIA (Capafons y Silva, 1986), correlacionaba de forma significativa con la mayor frecuencia de uso del preservativo. Es importante recordar que en esta subescala una mayor puntuación era indicativa de una menor tendencia a conductas impulsivas. El signo de la correlación en la Tabla 4 refleja que a mayores puntuaciones en la subescala mayor frecuencia de uso del preservativo ($p < 0,05$).

Por último, en relación a la búsqueda de sensaciones, únicamente se encontró correlación con las puntuaciones obtenidas en la subescala de búsqueda de sensaciones sexuales. Por el signo negativo de las correlaciones, a mayor puntuación en esta subescala (indicativo de una mayor tendencia a la búsqueda de sensaciones sexuales) menor frecuencia de uso del preservativo, con un valor de $p < 0,01$. Para el resto de puntuaciones referentes a la subescala de masculinidad, así como a las subescalas de novedad e intensidad del AISS no se encontraron correlaciones significativas con la frecuencia de uso del preservativo, tal y como se recoge en la Tabla 4.

Tabla 4

Correlaciones entre las variables psicológicas y la frecuencia de uso del preservativo en los adolescentes.

Variables psicológicas	Frecuencia de uso del preservativo	
	<i>p</i>	Sig.
Ideología de género	0,17**	0,002
Masculinidad	-0,09	0,107
Feminidad	0,12*	0,024
Retraso de la Recompensa	0,11*	0,041
Novedad	-0,02	0,731
Intensidad	-0,05	0,392
Búsqueda de Sensaciones Sexuales	-0,17**	0,002

¹ La frecuencia de uso del preservativo presentaba las opciones de: “Siempre”, “Aproximadamente más de la mitad de las veces”, “Aproximadamente menos de la mitad de la veces” y “Nunca”. **Las correlaciones positivas indicaron que a mayor puntuación en la subescala mayor frecuencia de uso. Las correlaciones negativas hacían referencia a que a mayor puntuación en la subescala menor frecuencia de uso.**

NOTA: Es importante tener en cuenta la construcción de las escalas descritas en el apartado de método para conocer el significado de las correlaciones.

p: correlación de *Pearson*; **Sig.**: Significación.

* *p* < 0,05 ** *p* < 0,01 *** *p* < 0,001

A continuación, acerca del impacto logrado por las campañas y la influencia de las variables psicológicas predictoras incluidas en el estudio, se exponen los resultados del análisis de regresión múltiple. Los análisis de regresión se realizaron para cada una de las variables medidas de impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta. Además, se incluyeron todas las variables en el modelo de forma simultánea para analizar el valor predictivo de estas variables en las medidas de impacto.

Hipótesis 4: Las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) tendrán un valor predictivo en el impacto afectivo de los anuncios logrado en los adolescentes.

En la Tabla 5 se recoge un resumen del análisis de regresión para impacto afectivo de acuerdo con las variables predictoras consideradas, así como los pesos encontrados para la relación entre estas variables predictoras y la variable criterio. El modelo indica la inclusión de las variables de retraso de la recompensa, ideología de género, estereotipos de género (masculinidad-feminidad) y búsqueda de sensaciones

(experiencias nuevas-experiencias intensas y sensaciones sexuales). En el análisis de regresión simultáneo se encontró un modelo significativo, con un valor del estadístico de $F(7, 830) = 4,23, p < 0,001$, con una $R = 0,19$ y un coeficiente de determinación corregido de $R^2c = 0,03$, por lo que se explica el 3% de la varianza total del criterio. Este valor indica que las variables introducidas en el modelo tienen implicación en el impacto afectivo logrado por las campañas. Sin embargo, estas dimensiones explican una parte muy reducida, lo que hace pensar en la necesidad de considerar otras variables.

Para un análisis de cada uno de los predictores con la variable criterio de impacto afectivo logrado por las campañas es importante atender a las correlaciones parciales. Se encontraron relaciones significativas entre las medidas de retraso de la recompensa y las medidas de estereotipos de género, tanto en masculinidad como en feminidad (con valores de $p < 0,05$ para retraso de la recompensa y masculinidad y valores de $p < 0,001$ para feminidad). De acuerdo con el valor y signo de los coeficientes de correlación, se entiende que a mayores puntuaciones en la subescala que evalúa retraso de la recompensa (indicando por tanto, de acuerdo con la construcción de la escala, una menor impulsividad en las acciones de búsqueda de la gratificación inmediata) mayor impacto afectivo logrado por las campañas. Para el caso de la medición de los estereotipos de género, las puntuaciones mayores en masculinidad estaban relacionadas con un menor impacto de las campañas y las puntuaciones mayores en feminidad estaban relacionadas con un mayor impacto logrado por las mismas. Estos resultados vuelven a aportar datos de utilidad en cuanto a las medidas preventivas que se desarrollan para combatir el VIH/SIDA y guardan relación con otros resultados comentados con anterioridad en cuanto a las diferencias encontradas por sexo.

Hipótesis 5: Las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) tendrán un valor predictivo en el impacto cognitivo de los anuncios logrado en los adolescentes.

Los resultados encontrados para el caso de la escala de impacto cognitivo y su relación con las variables predictoras incluidas en el análisis de regresión se recoge en la Tabla 6.

Tabla 5. Análisis de regresión múltiple simultáneo, considerando como predictoras las variables de retraso de la recompensa del CACIA, ideología de género del IRS, masculinidad y feminidad del BSRI, búsqueda de sensaciones novedosas e intensas del AISS y búsqueda de sensaciones sexuales y como criterio el Impacto Afectivo logrado por las campañas.

Modelo	R	R ² c	Beta	t	Sig.	Correlación parcial	Correlación semiparcial
	0,19	0,03					
Retraso de la Recompensa			0,09	2,45*	0,015	0,09	0,08
Ideología de género			-0,01	-0,23	0,817	-0,01	-0,01
Masculinidad			-0,08	-2,17*	0,030	-0,08	-0,07
Feminidad			0,16	4,32***	0,000	0,15	0,15
Novedad			0,01	0,23	0,822	0,01	0,01
Intensidad			-0,03	-0,81	0,418	-0,03	-0,03
Sensaciones Sexuales			0,00	-0,10	0,923	0,00	0,00

Criterio: Impacto Afectivo. **R** : coeficiente de determinación. **R² c**: coeficiente de determinación corregido. **Beta**: Coeficientes estandarizados. **t**: estadístico t de student. **Sig.**: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

El resumen del análisis de regresión lineal recoge un valor significativo de $F(7, 827) = 6,24$, $p < 0,001$, para el que $R = 0,22$ y $R^2c = 0,04$. De nuevo, el coeficiente de determinación corregido de $R^2c = 0,04$ indica la influencia predictora (en un 4%) de las variables incluidas en el modelo sobre el impacto cognitivo de las campañas. Sin embargo, se trata de un efecto reducido, de manera que obliga a indagar, de nuevo, en la relación de otros factores que estén ejerciendo mayor influencia.

La significación de cada una de las variables predictoras en relación al impacto cognitivo se recoge también en la Tabla 6. Los resultados son similares a los observados en impacto afectivo, de manera que únicamente para las variables de retraso de la recompensa y estereotipos de feminidad se muestran relaciones estadísticamente significativas con las medidas de impacto cognitivo, con valores de $p < 0,05$ y $p < 0,001$, respectivamente. Los signos y los valores de los coeficientes de correlación indican el sentido de las relaciones entre las variables. De esta manera, a mayor puntuación en la escala de retraso de la recompensa y por ello, una menor puntuación en conducta impulsiva para la búsqueda de la gratificación inmediata, se lograba un mayor impacto cognitivo. Para la subescala de feminidad, mayores puntuaciones en estereotipos tradicionales femeninos correlacionaban con puntuaciones mayores en impacto cognitivo logrado por las campañas.

Los resultados anteriores se pondrán en relación con los ya encontrados en la escala de impacto afectivo, así como bajo el marco teórico y los estudios realizados previamente, de manera que se proporcionen explicaciones que puedan estar a la base de estos datos. El objetivo último estará en seguir indagando los ejes relevantes del impacto de las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA y algunas de las variables psicológicas que se predice que pueden estar relacionadas con este impacto logrado.

Hipótesis 6: Las variables psicológicas de estereotipos e ideología de género, retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones (novedad, intensidad y sensaciones sexuales) tendrán un valor predictivo en el impacto sobre la intención de conducta de los anuncios logrado en los adolescentes.

Por último y en relación al impacto sobre la intención de conducta alcanzado por las campañas y el valor predictivo de las variables consideradas en el estudio, se recogen los resultados del análisis de regresión lineal en la Tabla 7. Se muestra un

Tabla 6
Análisis de regresión múltiple simultáneo, considerando como predictoras las variables de retraso de la recompensa del CACIA, ideología de género del IRS, masculinidad y feminidad del BSRI, búsqueda de sensaciones novedosas e intensas del AISS y búsqueda de sensaciones sexuales y como criterio el Impacto Cognitivo logrado por las campañas.

Modelo	R	R ² c	Beta	t	Sig.	Correlación	
						parcial	semiparcial
Retraso de la Recompensa	0,22	0,04	0,07	1,88*	0,051	0,07	0,06
Ideología de género			0,01	0,37	0,715	0,01	0,01
Masculinidad			0,03	0,69	0,490	0,02	0,02
Feminidad			0,19	5,19**	0,000	0,18	0,18
Novedad			0,04	1,19	0,233	0,04	0,04
Intensidad			-0,03	-0,75	0,451	-0,03	-0,03
Sensaciones Sexuales			-0,01	-0,14	0,888	-0,01	-0,01

Criterio: Impacto Cognitivo. **R** : coeficiente de determinación corregido. **Beta:** Coeficientes estandarizados. **t:** estadístico t de student; **Sig.:** Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

resumen de dicho análisis, en el que resultaron significativas las variables incluidas en el estudio en cuanto al impacto sobre la intención de conducta, con un valor de $F(7, 830) = 8,34$, siendo $p < 0,001$ y los valores de $R = 0,26$ y de $R^2c = 0,06$. El 6% de la varianza explicada por estas variables, al igual que en el caso del impacto afectivo e impacto cognitivo, indica la importancia de considerar variables adicionales y su valor predictivo.

El análisis de las relaciones entre las variables psicológicas y el impacto sobre la intención de conducta aparece también recogido en la Tabla 7. Se encontraron correlaciones significativas para el caso de las variables, una vez más, de retraso de la recompensa y estereotipos tradicionales femeninos. Además, para esta medida de impacto sobre la intención de conducta, la ideología de género también aparece como predictor. Los valores del nivel de significación fueron de $p < 0,05$ (para la variable de retraso de la recompensa) y $p < 0,001$ (para las variables de estereotipos tradicionales femeninos e ideología de género). El valor y signo de los coeficientes explica que mayores puntuaciones en la subescala que medía retraso de la recompensa estaban relacionadas con un mayor impacto sobre la intención de conducta generada por las campañas. Para el caso de la subescala que medía estereotipos de género femeninos, una mayor puntuación se relacionaba de forma significativa con el mayor impacto logrado. Por último, en relación a la ideología de género, puntuaciones más elevadas y que indicaban actitudes menos tradicionales, se relacionaban con un mayor impacto alcanzado por los anuncios publicitarios empleados en la investigación.

Los datos en relación con estereotipos de género y de ideología de género tienen mucho interés por cuanto proporcionan dos importantes dimensiones y que tienen implicaciones para las medidas recogidas sobre el impacto alcanzado por las campañas. Estos datos y los relativos a las diferencias por sexo se retomarán en la discusión. De igual manera, la variable retraso de la recompensa se muestra como relevante en relación al impacto logrado en todas las medidas de impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta y se discutirá posteriormente. Para finalizar, es importante no olvidar el poder predictivo de estas variables, los coeficientes de correlación encontrados y la necesidad de incluir otras variables en futuras investigaciones que permitan aclarar más el panorama de la prevención, el impacto de las campañas y los factores que intervienen.

Tabla 7
Análisis de regresión múltiple simultáneo, considerando como predictoras las variables de retraso de la recompensa del CACIA, ideología de género del IRS, masculinidad y feminidad del BSRI, búsqueda de sensaciones novedosas e intensas del AISS y búsqueda de sensaciones sexuales y como criterio el Impacto sobre la Intención de Conducta logrado por las campañas.

Modelo	R	R ² c	Beta	t	Sig.	Correlación	
						parcial	semiparcial
Retraso de la Recompensa	0,26	0,06	0,08	2,29*	0,022	0,08	0,08
Ideología de género			0,14	4,18***	0,000	0,14	0,14
Masculinidad			0,01	0,17	0,864	0,01	0,01
Feminidad			0,16	4,36***	0,000	0,15	0,15
Novedad			0,05	1,38	0,169	0,05	0,05
Intensidad			-0,01	-0,07	0,945	-0,01	-0,01
Sensaciones Sexuales			0,05	1,18	0,239	0,04	0,04

Criterio: Impacto sobre la Intención de Conducta. **R** : coeficiente de determinación **R² c**: coeficiente de determinación corregido. **Beta**: Coeficientes estandarizados; **t**: estadístico t de student; **Sig.**: Significación.

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

6.- DISCUSIÓN

La relevancia y el poder predictivo de algunas variables consideradas en el estudio se ha puesto de manifiesto en los datos anteriores. Previamente se calcularon las medias, desviaciones típicas y consistencia interna de los instrumentos empleados. Esto último se realizó, por un lado, para confirmar la idoneidad de los mismos y por otro lado, para servir a modo descriptivo de la muestra empleada. En cuanto a las propiedades de consistencia interna de los instrumentos, los resultados mostraron coeficientes alfa de Cronbach similares a los que se habían encontrado para estas subescalas en estudios previos (Bretón-López y Buéla-Casal, 2006a; Capafons y Silva, 1986; Expósito et al. 1998; Moya et al., 2006; Teva et al., 2007). Además de lo anterior, se calcularon las diferencias en dichas puntuaciones totales atendiendo a características de tipo sociodemográfico como el sexo y los grupos de edad. Seguidamente, se determinaron las relaciones entre las variables psicológicas de retraso de la recompensa, aspectos relativos al género y búsqueda de sensaciones con la frecuencia de uso del preservativo como medida de prevención para la infección por VIH. Por último, se analizó el poder predictivo de las variables psicológicas anteriores en la evaluación de las campañas publicitarias y en el impacto que lograban. Para una mejor discusión de los datos recogidos en el apartado de resultados se subdividen a continuación por variables predictoras evaluadas, finalizando el apartado con una explicación conjunta de los efectos encontrados.

Retraso de la recompensa y control de los impulsos.

En relación a las puntuaciones medias obtenidas por la muestra de adolescentes en la variable de retraso de la recompensa y control de los impulsos, de acuerdo con la construcción del instrumento utilizado, las puntuaciones obtenidas no recogían una tendencia clara hacia conductas impulsivas. Más bien, las puntuaciones estaban en el término medio del continuo que iba desde la impulsividad y acciones orientadas a tareas placenteras, hasta una reorganización de las tareas y demora de las conductas guiadas por las apetencias impulsivas. Tal y como se ha visto en la revisión teórica acerca de esta variable en los adolescentes, esta característica ha sido definitoria de esta población (Denscombe, 1993; Slovic, 1987; Turner, 1999). Sin embargo, los resultados que aquí se muestran para las puntuaciones totales obtenidas con los 913 adolescentes del estudio

no permiten afirmar esto de forma contundente. Es interesante atender cómo, sin embargo, si se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo. Así, se recogió una mayor conducta impulsiva en los varones que en las mujeres, confirmando resultados ya recogidos en estudios previos (Vera et al., 2004). Estos resultados tienen una enorme utilidad en materia preventiva por la relación manifiesta entre esta variable de control de los impulsos y las conductas de riesgo, así como por la relación que puede tener con el aumento de infecciones por VIH ocurridas en la población de mujeres (Denscombe, 1993; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; Slovic, 1987; Turner, 1999). La negociación con la pareja, la comunicación y el entrenamiento en técnicas asertivas pueden favorecer la adopción de conductas preventivas en estas situaciones de desigualdad y bajo la influencia negativa y diferencial de la impulsividad por sexo (Bimbela y Maroto, 2003; Jemmott et al., 2005; Troth y Peterson, 2000). Otros aspectos relativos al control de la sexualidad por parte de la mujer también han de ser considerados (García-Sánchez et al., 2002).

En relación a la edad, no se encontraron diferencias en conductas impulsivas entre los adolescentes del grupo de menor edad y el de mayor edad. El interés por indagar estos datos está en la vinculación que tiene la edad, en la etapa adolescente, con el inicio de las relaciones sexuales, que ocurre en torno a los 16 años (Comas, 2004; Lameiras et al., 2005).

La impulsividad y su relación con la adopción de conductas de riesgo de diversa índole (conductas disruptivas, trastornos alimentarios, consumo de sustancias y actividad sexual no protegida, entre otras) tienen una importante fundamentación en los estudios empíricos que se han llevado a cabo (Burggraf, 2001; Klein, 2004; Robbins y Bryan, 2004; Vera et al., 2004; Winfree y Bernat, 1998). De ahí el interés por indagar las relaciones que tiene esta variable con la frecuencia de uso del preservativo como medida de conducta de riesgo para la infección por VIH. Los resultados obtenidos permiten concluir una vinculación de las conductas impulsivas y la adopción de conductas de riesgo, siendo mayores éstas entre los adolescentes que mostraban mayores puntuaciones en impulsividad, ya que eran estos los que informaban de una menor frecuencia de uso del preservativo.

Por último y en cuanto al poder predictivo de la variable de retraso de la recompensa y control de los impulsos en el impacto logrado por las campañas, esta variable estuvo relacionada tanto con el impacto afectivo, como con el impacto cognitivo y sobre la intención de conducta generada por las campañas. Los resultados

además indicaron que en los tres casos, las personas que manifestaban tendencias menos impulsivas y por ello una mayor facilidad en demorar las apetencias, intereses y deseos, eran las que evaluaban las campañas como más impactantes. Estos datos refuerzan los ya obtenidos en estudios pioneros como los de Hartke (1981) y otros posteriores como los de Schoenbachler y Whittler (1996) y Green et al. (2002), que resaltan la importancia de la regulación emocional y el autocontrol de los impulsos para un mayor procesamiento, aceptación y actitudes más favorables hacia los mensajes preventivos y de salud.

Búsqueda de Sensaciones.

Acerca de la búsqueda de sensaciones se han constatado importantes relaciones con la pérdida del autocontrol (Conventry y Norman, 1997). Esta variable, caracterizada por la búsqueda de la novedad y la asunción de riesgo tanto físico como social asociado a distintas experiencias (Zuckerman, 1979), aparece como una característica que tiene una representación importante entre la población de adolescentes (Schoenbachler et al., 1996). Sin embargo, en cuanto a la evaluación de esta dimensión con el AISS (Arnett, 1994), los resultados encontrados en este estudio no muestran puntuaciones tendentes a la búsqueda de sensaciones novedosas e intensas por parte de los adolescentes, al menos no de forma muy destacada. No obstante, hay que tener en cuenta la fiabilidad encontrada para las dos subescalas que componen el AISS (0,37 para la subescala de novedad y 0,43 para la subescala de intensidad), que resultó ser similar a otros estudios previos (véase Ferrando y Chico, 2001) por lo que los resultados han de ser considerados de forma tentativa.

Debido a la temática del estudio, se decidió incluir un instrumento que evaluara la búsqueda de sensaciones relativa a experiencias sexuales nuevas. Resulta interesante discutir las diferencias que se encontraron en estas dimensiones en cuanto al sexo. Tanto para el caso de la búsqueda de sensaciones evaluada con el AISS, y en concreto para la subescala de intensidad, como para la búsqueda de sensaciones sexuales, los varones mostraron tendencias más altas, no encontrándose diferencias significativas en estas variables por grupos de edad.

Lo anterior entra en estrecha relación con las mayores puntuaciones en conductas impulsivas también registradas entre los varones y la vinculación de ambas variables (retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones) con conductas de

prevención de diversa índole (Jackson, 1984; Moore y Rosenthal, 1992, 1993). Entre estas conductas de prevención, de nuevo, las relativas al consumo de cocaína, alcohol, conducción de riesgo y la adopción de conductas sexuales no seguras tienen un papel importante (Green et al., 2002; Jeffrey, 1990; Martin et al., 2002; Worrell y Danner, 1989). En este estudio se ha considerado la frecuencia de uso del preservativo como conducta de prevención de gran importancia en relación con la infección por VIH. Los resultados recogidos para búsqueda de sensaciones sexuales mostraron, además, correlaciones significativas entre una mayor búsqueda de sensaciones sexuales y un menor uso del preservativo, como única medida eficaz en la prevención de la infección por VIH. Muchos de los resultados ineficaces de las intervenciones realizadas pueden tener su base en la no consideración del papel activo de estas variables psicológicas, tal y como se ha puesto de manifiesto en este estudio.

Entre las medidas preventivas, las campañas publicitarias tienen gran relevancia por su alcance y papel socializador (Kornblit y Petracci, 2000; Modeste et al., 1994). De ahí el interés por conocer el valor predictivo de las variables psicológicas incluidas en el estudio sobre el impacto alcanzado por la publicidad. Desde la teoría, la variable de búsqueda de sensaciones ha sido destacada como una variable de personalidad relevante y con un papel mediador en los mensajes relativos a la prevención de riesgos y promoción de la salud, así como en el cambio de conducta y las actitudes generadas hacia la publicidad preventiva (Green et al., 2002; Palmgreen et al., 2001; Schoenbachler et al., 1996; Schoenbachler y Whittler, 1996). Sin embargo, a lo largo de estos estudios los resultados han sido contradictorios. En la presente investigación la búsqueda de sensaciones no predijo el impacto logrado por las campañas publicitarias, en contra de lo que se suponía. Algunas explicaciones que se han dado y que pueden ser de utilidad para lo encontrado en este estudio es la necesidad de considerar, por un lado, la mayor estimulación que reclaman las personas con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones (Morgan et al., 2003) junto con las características de los anuncios o lo que se ha denominado como el “Valor de Sensación del Mensaje” (Palmgreen et al., 1991). Así, no todas las personas con altas puntuaciones en búsqueda de sensaciones tendrán unas actitudes determinadas hacia las campañas de salud y preventivas, sino que lo harán en función de las características de esos anuncios y según suplan o no el nivel de estimulación que para esas personas sea óptimo. Por ello, futuros estudios han de estar encaminados a indagar acerca de las relaciones entre

las características audiovisuales, formales y de contenido de la publicidad y la respuesta sensorial, afectiva y de arousal que eliciten en la audiencia.

Aspectos relativos al Género.

Por último, se hará referencia a los aspectos relativos al género evaluados en el estudio, en concreto, a la ideología y a los estereotipos de género como variables relevantes en la prevención y con un papel predictivo en el éxito de las intervenciones que se realicen. Antes que nada, es importante de nuevo atender a las características de la muestra que resultaron para los rasgos relativos a masculinidad y feminidad evaluados con el BSRI (Bem, 1974; García-Mina, 1997, 2004) así como a la ideología de género evaluada con el IRS (Moya et al., 2006). La muestra global de adolescentes obtuvo puntuaciones más cercanas a los estereotipos femeninos que masculinos, así como unas puntuaciones más cercanas a la ideología de género no tradicional o machista, es decir, aquella que se identifica más con una visión feminista de los roles de género y las relaciones entre varones y mujeres.

Sin embargo, los resultados anteriores son más interesantes si se analizan por sexo. Es entonces cuando las características de estereotipos de feminidad resultaron ser más altas en las mujeres que en los varones y de forma significativa. Si se recuerdan, algunas de estas características consisten en la consideración de las mujeres como más débiles, que han de ser protegidas, más pasivas, temerosas, menos autoritarias y con falta de control (Ford et al., 1998; Lynn et al., 2002; Mwangi, 1996). Esto puede tener implicaciones en el nivel de las conductas preventivas, la asertividad y la comunicación eficaz con la pareja en materia de relaciones sexuales seguras y expresión del deseo y pueden estar jugando un papel relevante en el control de la sexualidad por parte de estas mujeres. En cuanto a los estereotipos masculinos, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas por sexo, de manera que los varones se sintieron más identificados con papeles más activos y prominentes, más independientes, fuertes, dominantes y con una mayor iniciativa y control (Ford et al., 1998; Lynn et al., 2002; Mwangi, 1996). Esta información complementa a la anterior y tiene también relevancia en el marco de la prevención de VIH/SIDA, más aún si se relacionan estos contenidos con lo descritos previamente acerca de las puntuaciones más altas en conductas impulsivas y búsqueda de sensaciones entre los varones.

En cuanto a las diferencias por grupos de edad, para la variable de ideología de género sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de 14-16 años y el grupo de 17-19 años. En concreto, eran los adolescentes del grupo de edad de 14 a 16 años los que puntuaban con actitudes menos tradicionales o machistas en cuanto a ideología de género. De acuerdo con los resultados, es posible que estas variables de ideología de género sigan una evolución, siendo más flexible en el grupo de menor edad y marcando una tendencia más tradicional en el grupo de mayor edad. La importancia del punto de inflexión existente entre estas dos edades en relación al inicio de las relaciones sexuales, alrededor de los 16 años, da aún más valor a estas ideologías relativas al género y a la influencia que puedan ejercer en materia de relaciones sexuales (Comas, 2004; Lameiras et al., 2005).

La frecuencia de uso del preservativo también fue estudiada en relación con los estereotipos e ideología de género de los adolescentes. Las evidencias de correlaciones significativas entre ideología de género menos tradicional y mayor uso del preservativo vuelven a complementar los datos anteriores. De nuevo, están en el punto de mira los estereotipos de género tradicionales y la ideología y roles de género clásicos, como variables a tener en cuenta ya que pueden estar influyendo en la adopción de conductas de riesgo. Así se ha puesto de manifiesto en estudios como el de Lever (1995) por lo que los resultados aquí recogidos avalan los previos referidos en la investigación científica.

Por último, en relación al impacto logrado por las campañas publicitarias, distintos trabajos han estudiado los efectos de aspectos relativos al género en el procesamiento, aceptación, recuerdo y actitudes generadas hacia los mensajes preventivos y de salud (Andsager et al., 2002; Garst y Bodenhausen, 1997; Morrison y Shaffer, 2003). Los resultados recogidos sobre el valor predictivo de las variables de estereotipos e ideología de género en el impacto afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta mostraron resultados parcialmente significativos. Es decir, en cuanto a los estereotipos de masculinidad y feminidad, ambos tuvieron un valor predictivo en el impacto afectivo logrado por las campañas. En el caso de los estereotipos de masculinidad, los estereotipos más tradicionales masculinos estaban relacionados con un menor impacto afectivo de las campañas. En el caso de los estereotipos de feminidad, los estereotipos más tradicionales femeninos estaban relacionados con un mayor impacto afectivo logrado por las campañas. La influencia significativa de esta dimensión se dio también en el impacto cognitivo e impacto sobre la intención de

conducta de las campañas (en el mismo sentido que se ha descrito para impacto afectivo). El interés de estos datos está en la menor eficacia de la intervención por medio de las campañas y en la menor disposición a adoptar conductas preventivas por parte de los adolescentes que tenían unos estereotipos masculinos más tradicionales. De igual manera, en cuanto a la ideología de género, se mostró como una variable predictora del impacto sobre la intención de conducta de las campañas, de manera que una ideología menos tradicional predecía un mayor impacto logrado.

Desde las teorías que han explicado la eficacia diferencial de los mensajes, y en concreto los mensajes de salud y la publicidad preventiva, se ha aludido a un procesamiento diferencial según el sexo y otros aspectos relativos al género. Además, se han dado explicaciones sobre umbrales más bajos de procesamiento, elaboración de mensajes y saliencia diferencial del contenido de los mismos para varones y mujeres (Hupfer, 2002; Meyers-levy, 1988; Putrevu, 2001; Wolin, 2003). Algunas de estas explicaciones pueden estar a la base de los resultados referidos en el estudio.

Conclusiones.

El conjunto de datos resumidos en cuanto al género permite establecer un entramado de relaciones que pretende ser útil para la prevención y las intervenciones que se lleven a cabo, con la consideración de las variables de retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones como variables también relevantes. Se concluye así que la ideología tradicional y los estereotipos de género actúan como una variable de interés para la asunción de prácticas de riesgo. Además, los aspectos relativos al género son una variable mediadora de las intervenciones preventivas, que en este caso se llevaron a cabo por medio de la exposición a anuncios publicitarios de prevención de VIH/SIDA. A lo anterior, se suma que las manifestaciones de ideologías de género y estereotipos clásicos más comunes se dan de forma preferente en los varones (de acuerdo con las puntuaciones que se recogieron en los instrumentos que evaluaban estas dimensiones). La mayor puntuación en retraso de la recompensa y búsqueda de sensaciones recogida en los varones frente a las mujeres, acaba de ofrecer un panorama que puede aportar claridad y algunas explicaciones en cuanto al aumento de infecciones que está ocurriendo entre la población de mujeres.

Aunque las intervenciones preventivas alcanzan entre las mujeres unos resultados importantes, tal y como ya se recogió en el estudio anterior sobre el mayor

impacto logrado por las campañas en las adolescentes, existen situaciones que están haciendo de mediadoras en la puesta en práctica de esas pautas preventivas. Algunas de las variables psicológicas aquí enunciadas pueden estar haciendo de mediadoras en la ejecución de las conductas de salud. Desde otros estudios se ha considerado la necesidad de incluir variables de diversa índole tales como la mayor asertividad sexual, la negociación, la comunicación con la pareja y el control de los métodos anticonceptivos y de salud sexual por parte de las mujeres (Bimbela y Maroto, 2003; Jemmott et al., 2005; Troth y Peterson, 2000). Términos como el “empoderamiento” de las mujeres y el control de métodos de anticoncepción y prevención del VIH/SIDA han tenido mucha acogida en la bibliografía científica en los últimos tiempos (Lameiras, Nuñez, Rodríguez, Bretón-López y Agudelo, 2007; Woodson y Koo, 1999; Xu et al., 1998). Las razones están en proporcionar soluciones que puedan, de alguna manera, mediar ante el incesante aumento de diagnósticos de SIDA, principalmente por vía heterosexual, que están experimentando la población de mujeres jóvenes y adultas (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a).

Desde un punto de vista integral y de acuerdo con los resultados descritos y los recogidos en otros estudios similares se ha de otorgar un papel activo a la audiencia diana de las intervenciones preventivas (Snyder y Rouse, 1995). Diferentes aspectos relativos a la personalidad de los individuos están adoptando el papel de mediadores, de manera que no se convierten en meros receptores de la información, sino que interactúan con ella. Esta interacción les hace filtrar el contenido de los mensajes e información, adquiriendo un poder relativo de acuerdo con las creencias y rasgos de las personas. La etapa adolescente comprende un periodo crítico y supone la necesidad apremiante de una intervención en este sentido. Lo anterior, más aún, cuando se convierte en una población vulnerada por el inicio de las relaciones sexuales, así como por la influencia de diversos factores normativos, entre los que el grupo de iguales tienen una gran importancia (Basen-Engquist y Parcel, 1992).

Todos estos aspectos animan a seguir de forma rigurosa con la investigación, cuyo fin sea potenciar una mejora y mayor eficacia en las medidas preventivas. En el caso que nos ocupa la contribución ha de estar en una distribución de los mensajes publicitarios de un modo más adecuado al público al que van destinados. Esto se ha de hacer teniendo en cuenta las características y predisposiciones de personalidad de la audiencia de los mensajes, así como la expansión que se está produciendo de la infección por VIH y las particularidades de la epidemia del SIDA.

7.- CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN FINAL DE LA INVESTIGACIÓN

De acuerdo con datos epidemiológicos, la pandemia de VIH/SIDA ha sido ya resaltada con anterioridad como una enfermedad de carácter infeccioso, cuyas repercusiones a nivel económico y humano están afectando de forma importante a toda la humanidad (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a; ONUSIDA, 2006). Las acciones preventivas de carácter primario que se pongan en marcha han de ser objetivo fundamental en la lucha contra el avance de las nuevas infecciones que están ocurriendo. Un conocimiento, además, de las particularidades que adopta la evolución de casos a nivel mundial es esencial para que las intervenciones sean más exitosas. En concreto, la evolución que han seguido los casos de SIDA y las infecciones por VIH en España han mostrado cómo el grupo de jóvenes de entre 25-34 años es entre los que se recoge un mayor índice de casos de SIDA (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006a). Por las particularidades del periodo de incubación del virus del SIDA, estos datos informan acerca de la importancia de la etapa adolescente como una edad en la que ocurren gran parte de las infecciones, siendo la vía sexual un importante mecanismo de transmisión (Bimbela y Cruz, 1996; Grupo Español Multicéntrico para el Estudio de Seroconvertidores, 2000). El conocimiento de estas características de tipo epidemiológico será un importante marco de referencia para las intervenciones preventivas que se pongan en práctica.

Datos de relevancia científica en relación a la publicidad preventiva y futuros trabajos.

Entre las medidas para abordar la epidemia ya se ha resaltado el papel que tienen las campañas publicitarias de concienciación de VIH/SIDA. Con la pretensión de aproximarse al efecto que están alcanzando estas campañas publicitarias, en la presente investigación se evaluó el impacto persuasivo que han logrado, siempre entendiendo éste desde los ejes afectivo, cognitivo y sobre la intención de conducta que se saben relacionados con la eficacia publicitaria en la audiencia (Beerli y Martin, 1999; Schoenbachler et al., 1996). Debido a los diferentes componentes implicados en la comunicación, conocer el impacto publicitario de las campañas supone la necesidad de abordar el papel protagonista que asumen estos componentes en el fenómeno persuasivo. En este proceso, elementos como el emisor, la audiencia receptora de los

mensajes, el contenido de los mensajes en sí y el contexto o el canal de comunicación específico empleado merecen un estudio de la influencia que tienen en la persuasión publicitaria. En la investigación, se consideró el canal de comunicación como un elemento clave y se estudiaron los efectos diferenciales en impacto a través de anuncios publicitarios de VIH/SIDA emitidos en televisión, radio y prensa escrita en una muestra de adolescentes. Los resultados que se recogieron no reflejaron un impacto afectivo diferencial entre estos canales de comunicación, siendo en el caso de los anuncios en televisión a través de los que se lograba ligeramente un mayor impacto. A pesar de ello, esta primera aproximación requiere de un estudio en mayor profundidad de estos efectos, de manera que no se pierdan de vista los demás componentes que ocurren en el fenómeno de la comunicación, tales como los emisores y receptores del mensaje, el contexto o el mensaje en sí.

Las particularidades de los anuncios de acuerdo con el canal de comunicación empleado (televisión, radio y prensa escrita) también se pusieron de manifiesto ante los resultados del escalamiento empleado para dichos estímulos, a través de la metodología del juicio de expertos. Los resultados con las técnicas de Thurstone (1972a, b, c) junto con la técnica de rangos (Pérez et al., 1996), supusieron un menor consenso entre el mismo grupo de expertos para escalar los estímulos en papel. De esta manera, los resultados del escalamiento de los estímulos de prensa escrita mostraron mayor variabilidad (a través de las desviaciones típicas) entre los expertos colaboradores en la investigación. La importancia de atender al contenido y a las características particulares de los diferentes mensajes empleados y canales de comunicación se pone de manifiesto, también, a través de estos datos.

Sin duda, la complejidad del entramado que supone la comunicación publicitaria y la mediación de distintos factores en la persuasión, hace necesario atender a una variedad de factores para su estudio. Entre ellos están el tipo de argumentos, características como la credibilidad o atractivo de la fuente y otros relativos a los efectos visuales, los colores, las imágenes o el sonido, que también juegan un papel muy relevante (Furnham y Thomson, 1999; Morgan et al., 2003). Algunos estudios realizados como el de Donohew et al. (1994) en relación a determinadas características de las mencionadas han concluido como el formato más sorpresivo, la saturación en el sonido y las imágenes intensas, han resultado ser muy influyentes para llamar la atención de la audiencia.

Futuras líneas de trabajo deberían ir encaminadas a potenciar y explotar las posibilidades que se pueden lograr a través de los medios de comunicación. Son necesarios nuevos formatos de publicidad, a través de narrativas y contextos juveniles, que permitan, por ejemplo, una mayor identificación con los protagonistas y logren incidir en distintos aspectos que se requieren en la persuasión y en el cambio de actitudes (Seoane, 2002). Desde diversos grupos de trabajo se está innovando con otros estilos de comunicación dentro de la publicidad preventiva, con el objetivo último de concienciar a la población de adolescentes y jóvenes acerca de la necesidad de adoptar conductas preventivas en relación al VIH/SIDA. Entre estos proyectos no ha de obviarse, además, algunos resultados sobre el beneficio de incidir, a través de los mensajes preventivos, en la instauración de conductas nuevas frente a la cesación de una conducta previa insana (Snyder et al., 2004). En definitiva, los datos obtenidos y las bases teóricas precedentes pretenden tener una relevancia científica de utilidad en materia de salud pública.

Datos de relevancia científica en relación a las características de la audiencia y futuros trabajos.

El interés de la investigación desarrollada no sólo ha estado en evaluar las características de la publicidad preventiva de VIH/SIDA (según canal de comunicación y grado de persuasión considerado por el grupo de expertos) y su relación con el impacto logrado. Además, las pretensiones estaban en conocer las características de una audiencia que se sabe tiene un papel activo en la recepción de los mensajes de prevención. Entre las características y en base a la teoría, variables como el sexo y la edad de los adolescentes, así como otras de tipo conductual relativas a la frecuencia de uso del preservativo fueron consideradas. Junto a las anteriores, variables de tipo psicológico tales como aspectos relativos al género, control de los impulsos y búsqueda de la gratificación inmediata o la búsqueda de sensaciones (general y sexual) se incluyeron también en la investigación. Los resultados permiten concluir una influencia importante de algunas de estas variables, entre las que destaca la variable sexo y su relación con las medidas de impacto. De esta manera, en todas las medidas el grupo de mujeres evaluó como más impactantes las campañas, siendo además las adolescentes en las que se recogieron puntuaciones menos tradicionales en cuanto a ideología de género,

puntuaciones mayores en control de los impulsos y menor búsqueda de la gratificación inmediata, así como puntuaciones menores en búsqueda de sensaciones.

De acuerdo con los datos recogidos en relación al género, se confirmó tal y como ya había sido recogido en otros estudios, que la influencia e impacto de los medios de comunicación guardaba relación con los estereotipos e ideología de género que manifestaba la audiencia (Garst y Bodenhausen, 1997). Algunas repercusiones de estos datos, que no han de quedar únicamente en la teoría, sino que han de ser empleados con importante utilidad práctica, son las siguientes. Las campañas publicitarias deberían enfatizar una responsabilidad compartida en cuanto a relaciones sexuales seguras, más allá de dirigirse únicamente hacia los varones o las mujeres, reforzando una mayor igualdad entre sexos y una ideología compatible. Es muy importante reconocer cómo los roles de género y el estatus de las relaciones afectan a las conductas sexuales y cómo, conociendo esto, las dinámicas de poder pueden ayudar a crear mejores campañas de prevención de enfermedades de transmisión sexual y SIDA (Lever, 1995).

Sin embargo, lo referente a la ideología y estereotipos de género de la audiencia no ha de quedar únicamente en la influencia que puedan ejercer a la hora de la recepción de los anuncios, sino que se requiere también de un estudio acerca de los roles de género y las diferencias sexuales que pueden estar apareciendo en los anuncios y en las campañas que son transmitidas (Lynn et al., 2002). De esta manera, el análisis de contenido de las campañas de prevención de VIH/SIDA (para conocer las relaciones de las representaciones de género en los anuncios) y de determinadas estructuras socioculturales, así como la relación que guardan con la influencia persuasiva, ha de ser abordado también en investigaciones futuras (Tan et al., 2002; Uray y Burnaz, 2003).

Con la intención de seguir conociendo la influencia persuasiva de los mensajes asociada a la población específica a la que vayan dirigidos, también se encontraron resultados importantes en las medidas de control de los impulsos y demora de la gratificación inmediata. No ocurrió así con la variable de búsqueda de sensaciones como variable predictora en cuanto al impacto de la publicidad preventiva. Aspectos como el arousal emocional, el impacto sensorial y fisiológico y la novedad originada por el mensaje han sido destacados para lograr un mayor impacto entre la audiencia que se deja llevar por apetencias hedónicas o sensaciones nuevas e intensas. La existencia de instrumentos como el “*Perceived Message Sensation Value (PMSV) Scale*” permite evaluar aspectos relativos al Valor de Sensación del Mensaje ya mencionado con

anterioridad. De esta manera, se podrán conocer las necesidades específicas de arousal contenido en las campañas de acuerdo con el público objetivo de las mismas. Lo anterior más aún cuando estas variables de control de los impulsos, gratificación inmediata y búsqueda de sensaciones han sido relacionadas en múltiples trabajos con las conductas sexuales de riesgo (Claudia, 1995; Dinn et al., 2004; Dinsmore y Stormshak, 2003; Frankenberger, 2004; Green et al., 2002; Klein, 2004; Martin et al., 2002; Martin et al., 2005; Mckellar et al, 2000; Morgan et al., 2003; Robbins y Bryan, 2004; Rutherford et al., 2004; Trobst et al., 2002; Vera et al., 2004; Wills et al., 2003; Wood et al., 2002).

No obstante, y de acuerdo con los datos contenidos en los estudios que componen la investigación, se considera la necesidad de medir otras variables que también puedan estar ejerciendo una importante influencia en cuanto a las medidas preventivas y asunción de riesgos. Entre estas variables juegan un papel relevante la autoeficacia, la motivación, la autoestima, las actitudes sociales o religiosas y otras variables de tipo contextual como son problemas familiares, separación parental, sobreprotección, abuso de sustancias o variables de rendimiento escolar (Agha, 2003; Conner, Stein y Longshore, 2005; Green et al., 2002; Martin et al., 2005; Storvoll y Wichstrom, 2002; Turner, 1999).

Limitaciones.

Por último, resaltar algunas mejoras y limitaciones que se consideran convenientes en la investigación. Entre estas, destaca la necesidad de bien un grupo control, bien un estudio pre-post con medidas de línea base o bien un estudio longitudinal que permita conocer en mayor profundidad la influencia de las campañas y la acción preventiva para la que han sido elaboradas. Las características de la investigación y las medidas inmediatas que se llevaban a cabo una vez que se proyectaban los anuncios publicitarios hacen que se tenga que hablar, además, en todo momento de un impacto persuasivo a corto plazo. Estas medidas de impacto a corto plazo, sin embargo, han sido una de las principales medidas de la eficacia publicitaria, generando un gran desacuerdo y reclamando la necesidad de estudios de los efectos de la publicidad a largo plazo (Wright-Isak, Faber y Horner, 1997). Además, una evaluación continuada permitiría conocer más acerca del impacto de los medios de comunicación en los patrones de conducta humana (Garst y Bodenhausen, 1997).

Por otro lado, la consideración de grupos naturales para la investigación y la aplicación de las variables manipuladas a los grupos no de forma azarosa, sino más bien de acuerdo con la estructura que venía dada en las aulas de los centros escolares, conlleva las limitaciones inherentes de todo diseño cuasiexperimental (para el caso del primer estudio) que han de ser tenidas en cuenta. Esto es lo que ocurrió para algunas variables de tipo sociodemográfico como sexo, edad o lugar de residencia, de manera que, a pesar de intentar hacer los grupos lo más equiparables que fuera posible, es importante tener en consideración las proporciones que adoptaba la muestra para estas variables y tomar con cautela algunos de los resultados y datos recogidos, a la espera de un diseño que pueda mejorar o dar más fidelidad a los mismos.

Otros datos como las potencias observadas en los análisis de la varianza, así como el valor de predicción de las variables consideradas en los análisis de regresión, confirman de nuevo la necesidad de, aún considerando relevantes las variables incluidas en la investigación, sumar la influencia de otras que también tengan un papel importante en cuanto a la adopción de medidas preventivas y *por ende* en la eficacia diferencial del impacto de las campañas de prevención.

Por último, acerca de las limitaciones de la investigación, se ha de señalar que, aunque en este trabajo se ha abordado un análisis de la publicidad desde diferentes teorías y modelos, sin duda supone una primera aproximación que ha de continuar y que exige más profundidad. Esta continuación ha de ir en una línea que, más allá de lo general, pase a centrarse en aspectos más específicos para dar máxima utilidad a algunos de los modelos recogidos. Así se ha puesto de manifiesto en distintos trabajos centrados en el estudio de la influencia de la publicidad comparativa o en el estudio de la influencia de personajes famosos para anunciar un producto determinado (Del Barrio, 2002; Del Barrio y Luque, 2002; Rodríguez, Del Barrio y Castañeda, 2003; Rodríguez y Luque, 2002).

Conclusiones finales.

Las distintas intervenciones preventivas (intervenciones individuales, escolares y comunitarias, intervenciones a través de los medios de comunicación,...) han de tener en cuenta que no basta con incidir en el uso del preservativo como mensaje relevante para prevenir la infección por VIH/SIDA. La complejidad del entramado alrededor de las conductas de riesgo en los adolescentes engloba una diversidad de factores más que

están a la base. Entre estos factores, adquiere una gran importancia características de diversa índole de los receptores de dichas intervenciones. Además, una evaluación comparativa de la eficacia de intervenciones preventivas de distinto tipo también sería de utilidad para aportar mayor claridad en cuanto a las medidas que son necesarias poner en marcha (Snyder et al., 2004).

Finalmente, destacar el beneficio que supone abordar una temática como la infección por VIH y la epidemia del SIDA desde un enfoque multi-disciplinar. Bajo este enfoque, una diversidad de esfuerzos ha de sumarse para lograr disminuir el número de infecciones, potenciar los cuidados de las personas afectadas por VIH y dar atención especializada a aquellas que están enfermas de SIDA. Lo anterior sin olvidar que, junto a la prevención, la solidaridad y la conciencia social acerca de esta epidemia y sus afectados son grandes estrategias para seguir luchando contra su expansión a través del mundo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Aboulkhair, M.N., Unfer, V. y Costabile, L. (1995). An Italian survey on how information campaigns about AIDS have changed contraception in young couples. *Clinical Experiments in Obstetrics and Gynecology*, 1, 32-35.
- Ackermann, L. y De Klerk, G.W. (2002). Social factors that make south african women vulnerable to HIV infection. *Health Care for Women International*, 23, 163-172.
- AERA, APA y NCME (1999). *Standard for educational and psychological tests*. Washington DC: American Psychological Association, American Educational Research Association, National Council on Measurement in Education.
- Agha, S. (2003). The Impact of a mass media campaign on personal risk perception, perceived self-personal risk perception, perceived self-efficacy and other behavioural predictors. *AIDS Care*, 15, 749-762.
- Agostinelli, G. y Grube, J.W. (2002). Alcohol counter-advertising and the media. *Health and Medical Complete*, 26, 15-21.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behaviour. *Organizational Behaviour and Human Decision Processes*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. (2002). Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control and the TPB. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 665-683.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1973). Attitudinal and normative variables as predictors of specific behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 27, 41-57.
- Akers, R.L. (1985). *Deviant Behavior: A Social Learning Approach*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Albarracín, D., Johnson, B.T., Fishbein, M. y Muellerleile, P.A. (2001). Theories of Reasoned Action and Planned Behavior as Models of Condom Use: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 127, 142-161.
- Albarracín, D. y Tarcan, G. (2003). Affect as Information in Persuasion: A Model of Affect Identification and Discounting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 453-469.
- Albarracín, D. y Wyer, R.S. (2001). Elaborative and nonelaborative processing of a behavior-related communication. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 691-705.

- Alcamí, J. (2000). Inmunopatología del SIDA. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczer y J.M. Miró (dirs.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 19-51). Barcelona: Masson.
- Alcock, L., Chen, P., Min, H. y Hodson, S. (2003). New European Union directive to curb unfair and misleading commercial practices. *Journal of Brand Management*, 11, 125-128.
- Alden, D.L. y Crowley, A.E. (1995). Sex guilt and receptivity to condom advertising. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 1.446-1.463.
- Alekseeva, E. (2000). Social marketing campaigns as an instrument of influence on the attitude and behaviour of youth in the area of sexual health. *Journal of Microbiology, Epidemiology and Immunobiology*, 4, 112-115.
- Alsaker, F.D. (1995). Timing of puberty and reactions to pubertal changes. En M. Rutter (Ed.), *Psychosocial Disturbances in Young People. Challenges for Prevention* (pp. 37-82). Cambridge: Cambridge University Press.
- Anderko, L. y Uscian, M. (2000). The effectiveness of a community-level HIV/STD prevention program in a three-country rural area. *Family and Community Health*, 23, 46-48.
- Aluja, A. y García, L.F. (2005). Sensation Seeking, Sexual Curiosity and Testosterone in Inmates. *Neuropsychology*, 51, 28-33.
- Andreasen, A.R. (2002). Social Marketing in the Social Change Marketplace. *Journal of Public Policy and Marketing*, 21, 3-13.
- Andreasen, A.R. (2003). The life trajectory of social marketing. Some implications. *Marketing Theory*, 3, 293-303.
- Andsager, J.L., Austin, E.W. y Pinkleton, B.E. (2002). Gender as a variable in interpretation of alcohol-related messages. *Communication Research*, 29, 246-273.
- Apetrei, C., Kaur, A., Lerche, N.W., Metzger, M., Pandrea, I., Hardcastle, J., et al., (2005). Molecular Epidemiology of Simian Immunodeficiency Virus SIVsm in U.S. Primate Centers Unravels the Origin of SIVmac and SIVstm. *Journal of Virology*, 79, 8.991-9.005.
- Arce, C. y Real, E. (2001). *Introducción al análisis estadístico con SPSS para windows*. Barcelona: PPU.

- Areni, Ch.S. (2003). The effects of structural and gramatical variables on persuasion: An elaboration likelihood model perspective. *Psychology and Marketing*, 20, 349-375.
- Ariën, K.K., Abraha, A., Quiñones-Mateu, M.E., Kestens, L., Vanham, G. y Arts, E.J. (2005). The Replicative Fitness of Primary Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1) Group M, HIV-1 Group O and HIV-2 Isolates. *Journal of Virology*, 79, 8.979-8.990.
- Armitage, C.J. y Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40, 471-499.
- Arnett, J. (1992). The soundtrack of recklessness: Musical preferences and reckless behaviour among adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 7, 313-331.
- Arnett, J. (1994). Sensation seeking: a new conceptualization and new scale. *Personality and Individual Differences*, 16, 289-296.
- Baggaley, J.P. (1988). Perceived effectiveness of international AIDS campaigns. *Health Education Research*, 3, 7-17.
- Bajos, N., Warszawski, J., Gremy, I. y Ducot, B. (2001). AIDS and contraception. Unanticipated effects of AIDS prevention campaigns. *European Journal of Public Health*, 11, 257-259.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1980). Gauging the relationship between self-efficacy judgement and action. *Cognitive Therapy Research*, 4, 263-268.
- Bandura, A. (1990). Perceived self-efficacy in the exercise of control over AIDS infection. *Evaluation and Program Planning*, 13, 9-17.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behaviour and human decision process*, 50, 248-287.
- Bandura, A. (1997a). Self-efficacy. *Harvard Mental Health Letter*, 13, 4-6.
- Bandura, A. (1997b). *Self-efficacy: The essence of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive Theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Bandura, A. y Adams, N. (1977). Analysis of Self-Efficacy Theory to Behavioral Change. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- Bandura, A., Blanchard, E.B. y Ritter, B. (1969). Relative efficacy of desensitization changes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 173-199.

- Basen-Engquist, K. y Parcel, G.S. (1992). Attitudes, norms, and self-efficacy: A model of adolescents' HIV-related sexual risk behavior. *Health Education Quarterly*, 19, 263-277.
- Bayés, R. (1995). *SIDA y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bayés, R., Pastells, S. y Tuldrá, A. (1996). Percepción de riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 39, 24-31.
- Beattie, G. y Shovelton, H. (2005). Why the spontaneous images created by the hands during talk can help make TV advertisements more effective. *British Journal of Psychology*, 96, 21-37.
- Becker, M.H. (1974a). The health belief model and illness behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Becker, M.H. (1974b). The health belief model and personal health behaviour. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Beere, C.A., King, D.W., Beere, D.B. y King, L.A. (1984). The Sex-Role Egalitarianism Scale: A measure of attitudes toward equality between the sexes. *Sex Roles*, 19, 563-576.
- Beerli, A. y Martín, J.D. (1999). *Técnicas de medición de la eficacia publicitaria*. Barcelona: Ariel.
- Bem, S.L. (1974). The measurement of psychological androgyny. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 165-172.
- Bem, S.L. (1983). Gender Schema theory and its implications for child development: Raising gender-schematic children in a gender-schematic society. *Signs*, 8, 598-616.
- Benoit, W.L. y Smythe, M.J. (2003). Rhetorical theory as message reception: A cognitive response approach to Rhetorical Theory and Criticism. *Communication Studies*, 54, 96-114.
- Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y Buéla-Casal, G. (1999). Análisis de la evolución del SIDA en España. *Suma Psicológica*, 6, 175-194.
- Bermúdez, M.P. y Teva, I. (2004). Situación actual del SIDA en España: análisis de las diferencias entre Comunidades Autónomas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 553-570.

- Bermúdez, M.P. y Teva-Álvarez, I. (2003). Situación actual del VIH/SIDA en Europa: análisis de las diferencias entre países. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 89-106.
- Bermúdez, M.P., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2005). Teenage as a Risk Factor for HIV Infection. En A.P. Liberman (Ed.), *Progress in AIDS Research* (pp. 253-286). Nueva York: Nova Science Publishers.
- Bevins, R.A. (2001). Novelty Seeking and Reward: Implications for the Study of High-Risk Behaviors. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 189-193.
- Bimbela, J.L. y Cruz, M.T. (1996). *Sida y Jóvenes. La prevención por vía sexual*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bimbela, J.L., Cruz, M.T. y Gorrotxategi, M. (1998). "Si me quiere, nada malo puede pasar". El género en la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA. *Intervención Psicosocial*, 7, 207-216.
- Bimbela, J.L. y Jiménez, J.M. (1999). VIH/SIDA y jóvenes en Andalucía. Factores asociados a la prevención de la transmisión sexual. En J.L. Bimbela (Ed.), *Juventud y SIDA: Análisis de conocimientos, actitudes y prácticas en Andalucía* (pp. 267-292). Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Bimbela, J.L. y Maroto, G. (2003). *Mi chico no quiere usar condón. Estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Blanco, J. L., García-Viejo, M.A., Tor, J., Muga, R. y Mallolas, J. (2000). Mecanismos de transmisión del VIH y su prevención. VIH y Personal sanitario. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar y J.M. Miró (dirs.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 73-88). Barcelona: Masson.
- Blue, C.L., Wilbur, J. y Marston-Scott, M. (2001). Exercise among blue-collar workers: Application of the theory of planned behaviour. *Research in Nursing and Health*, 24, 481-493.
- Boceta, J. (1999). Prevención de contagio sexual de VIH en adolescentes. Campaña educativa extraescolar en un barrio de prostitución. *Publicación Oficial de SEISIDA*, 10, 116-117.
- Boekeloo, B.O., Schamus, L.A., Simmens, S.J., Cheng, T.L., O'Connor, K. y D'Angelo, L.J. (1993). A STD/HIV Prevention Trial Among Adolescents in Managed Care. *Pediatrics*, 103, 107-115.

- Boer, H. y Mashamba, M.T. (2005). Psychosocial correlates of HIV Protection Motivation Among Black Adolescents in Venda, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 17, 590-602.
- Bohner, G. y Apostolidou, W. (2001). Mood and Persuasion: Independent Effects of Affects Before and After Message Processing. *The Journal of Social Psychology*, 134, 707-709.
- Bos, A.E., Kok, G. y Dijkster, A.J. (2001). Public Reactions to People with HIV/AIDS in the Netherlands. *AIDS Education and Prevention*, 13, 219-228.
- Bosmans, A. y Baumgartner, H. (2005). Goal-Relevant Emotional Information: When Extraneous Affect Leads to Persuasion and When It Does Not. *Journal of Consumer Research*, 32, 424-434.
- Botvin, G.J. (1986). Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. *Journal of School Health*, 56, 369-374.
- Burgos, M. (1996). Argentina: Social crisis and AIDS preventive campaigns. *International Medical Journal*, 3, 35-37.
- Burgos, A.M., Antonio, M., Díaz, A., Soto, S., Dupuy, A. y Revsin, N. (1996, Julio). *Argentina: Social crisis and AIDS preventive campaigns*. Comunicación presentada en la 10th International Conference of AIDS, Vancouver, Canadá.
- Bresnahan, M.J., Inoue, Y., Liu, W.Y. y Nishida, T. (2001). Changing gender roles in prime-time commercials in Malasia, Japan, Taiwan and the United States. *Sex Roles*, 45, 117-131.
- Bretón-López, J. y Buela-Casal, G. (2006a). Cuestionario para la evaluación del impacto de campañas publicitarias sobre prevención del VIH/SIDA. *Psicothema*, 18, 556-563.
- Bretón-López, J. y Buela-Casal, G. (2006b). Evaluación del efecto de las campañas publicitarias de VIH/SIDA en adolescentes. *Psicothema*, 17, 590-596.
- Brien, T.M., Thombs, D.L., Mahoney, C.A. y Wallnau, L. (1994). Dimensions of self-efficacy among three distinct groups of condom users. *Journal of American College Health*, 42, 167-174.
- Briñol, P., De la Corte, L. y Becerra, A. (2001). *Qué es persuasión*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Briñol, P., Petty, R.E. y Barden, J. (2006). *The Effects of Mood on Persuasion: A Self-Validation Analysis*. Manuscrito en preparación, Universidad de Ohio, EEUU.

- Briñol, P., Petty, R.E. y Tormala, Z.L. (2004). Self-Validation of Cognitive Responses to Advertisements. *Journal of Consumer Research*, 30, 559-573.
- Bronner, A.E. y Neijens, P. (2006). Audience experiences of media context and embedded advertising. A comparison of eight media. *International Journal of Market Research*, 48, 81-100.
- Bronner, A.E., Neijens, P.C. y Van Raaij, W.F. (2003). Multimedia campaigns: popular but little research. En A.E. Bronner (eds.), *Developments in Market Research. Yearbook Dutch Market Research Association* (25-38). Haarlem: Uitgeverij de Vrieseborch.
- Buckingham, R.W., Moraros, J., Bird, Y., Meister, E. y Webb, N.C. (2005). Factors associated with condom use among brothel-based female sex workers in Thailand. *AIDS Care*, 17, 640-647.
- Buck, R., Anderson, E., Chaudhuri, A. y Ray, I. (2004). Emotion and reason in persuasion. Applying the ARI model and the CASC Scale. *Journal of Business Research*, 57, 647-656.
- Buela-Casal, G., Bermúdez, M.P., Sánchez, A.I. y De los Santos-Roig, M. (2001). Situación actual del VIH/SIDA en Latinoamérica al final del siglo XX. Análisis de las diferencias entre países. *Revista Médica de Chile*, 129, 1-13.
- Bulow, B.A. (1998). HIV susceptibility among high-risk adolescents. *The Science and Engineering*, 59, 3089.
- Burggraf, K.K. (2001). Eating disorder symptomatology and media, family, psychological and maturational variables: A longitudinal study of young females. *The Sciences and Engineering*, 61, 12.
- Burns, M. y Frank, D. (2005). AIDS Health Locus of Control, Self-Efficacy for Safe Sexual Practices and Future Time Orientation as Predictors of Condom Use in African American College Students. *Journal of Black Psychology*, 31, 172-188.
- Burton, D.R., Desrosiers, R.C., Doms, R.W., Koff, W.C., Kwong, P.D., Moore, J.P., et al. (2004). HIV vaccine design and the neutralizing antibody problem. *Nature and Immunology*, 5, 233-236.
- Callejas, S., Fernández, B., Méndez, P., León, T., Fábrega, C., Villarín, A. et al. (2005). Intervención educativa para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual en adolescentes de la ciudad de Toledo. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 581-589.
- Camacho, J. (1998). *Estadística con SPSS para windows*. Madrid: RAMA.

- Camlin, C.S. y Chimbwete, Ch. E. (2003). Does knowing someone with AIDS affect condom use? An analysis from South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 15, 231-244.
- Campbell, C.A. (1995). Male gender roles and sexuality implications for women's AIDS risk and prevention. *Social Science Medicine*, 41, 197-210.
- Capafons, A. y Silva, F. (1986). *CACIA, Cuestionario de Auto-control Infantil y Adolescente*. Madrid: TEA.
- Capafons, A., Silva, F. y Barreto, P. (1986). Un cuestionario de autocontrol para niños y adolescentes: Primeros resultados. *Análisis y Modificación de Conducta*, 12, 31-21.
- Casabona, J., Romaguera, A., Almeda, J., Blanch, C., Pérez, K., Rodés, A., et al. (2000). Epidemiología de la infección por VIH-1 y del SIDA. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar y J.M. Miró (dirs.), *Guía Práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 89-110). Barcelona: Masson.
- Castañeda, D. (2000). HIV/AIDS related services for women and the rural community context. *AIDS Care*, 12, 549-565.
- Castilla, J. y De la Fuente, L. (2000). Evolución del número de personas infectadas por el VIH y de los casos de SIDA en España: 1980-1998. *Medicina Clínica*, 115, 85-89.
- Castilla, J. y García-Puente, E. (1995). The AIDS Epidemic among Spanish Women. *International Journal of Epidemiology*, 24, 619-624.
- Castillo, G. (1999). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. En F.X. Méndez (Dir.). Madrid: Pirámide.
- Catania, J.A., Coates, T.J., Kegeles, S., Fullilove, M.T., Peterson, J., Marín, B., et al. (1992). Condom use in multi-ethnic neighborhoods of San Francisco: the population-based AMEN (AIDS in Multi-Ethnic Neighborhoods) study. *American Journal of Public Health*, 82, 284-287.
- Catania, J.A., Kegeles, S. y Coates, T.J. (1992). Towards an understanding of risk behavior: An AIDS risk reduction model (ARRM). *Health Education Quarterly*, 17, 53-72.
- Catanzaro, A.T. y Graham, B.S. (2006). Rationale for current HIV Vaccine Clinical Trials. En M.P. Bermúdez y G. Buela-Casal (eds.), *Recent advances in HIV infection research*. Nueva York: Nova Science Publishers.

- Cattell, R.B., Eber, H.W. y Tatsuoka, M.M. (1970). *Handbook for the 16PF*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Centers for Disease Control and Prevention (1992). 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR Recommendations and Reports*, 41, recuperado el 28 de abril de 2004 de www.cdc.gov/mmwr/mmwr_rr.html
- Cerqueira, O.M. (2003). *As Campanhas publicitárias de SIDA (spot) destinadas ao público feminino*. Recuperado el 23 de marzo de www.aidscongress.net
- Cerwonka, E.R., Isbell, T.R. y Hansen, C.E. (2000). Psychological factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*, 12, 141-153.
- Cesario, J., Grant, H. y Higgins, E.T. (2004). Regulatory Fit and Persuasion: Transfer From “Feeling Right”. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 388-404.
- Chaisson, R.E., Sterling, T.R. y Gallart, J.E. (2002). Manifestaciones clínicas generales de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (incluidas las enfermedades oral, cutánea, renal, ocular y cardíaca). En G.L. Mandell, J.E. Bennett y R. Dolin (dir.), *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica* (pp. 1.705-1.726). Argentina: Panamericana.
- Cheng, H. (1997). Holding up half of the sky?. A sociocultural comparison of gender-role portrayals in Chinese and US advertising. *International Journal of Advertising*, 16, 295-320.
- Chikombero, P.M. (2004). *An analysis and interpretation of televised anti-HIV/AIDS public service announcements in Zimbabwe*. Tesis doctoral, Kent State University, Ohio, Estados Unidos.
- Choi, K.H, Liv, H., Guo, Y., Han, L., Mandel, J.S. y Rutherford, G.W. (2003). Emerging HIV-1 epidemic in China in men who have sex with men. *Lancet*, 361, 2.125-2.126.
- Church, R.L. (1991). Strategic Market Planning: Concepts for the 1990s. *Management Quarterly*, 32, 10-17.
- Claudia, S. (1995). *An evaluation of Cloninger's typology of alcohol abuse*. Tesis Doctoral, University of New South Wales, Sydney, Australia.
- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism *Science*, 236, 410-416.

- Coates, T.J. (1990). Strategies for Modifying Sexual Behavior for Primary and Secondary Prevention of HIV Disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 57-69.
- Cohen, D.A. y Scribner, R. (2000). An STD/HIV Prevention Intervention Framework. *AIDS Patient Care and STDs, 14*, 37-45.
- Cohen, J. (2001). Disputed AIDS Theory Dies Its Final Death. *Science, 292*, 615.
- Cohen, J. (2006). HAITI: Making Headway Under Hellacious Circumstances. *Science, 313*, 470-473.
- Collins, R.L. y Lapp, W.M. (1992). The Temptation and Restraint Inventory for measuring drinking restraint. *British Journal of Addiction, 87*, 625-633.
- Colman, A.M. (2006). *Dictionary of Psychology* (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Comas, D. (2004). *Informe de juventud en España*. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Recuperado el 17 de Octubre de 2005 de www.mtas.es
- Conner, B.T., Stein, J.A. y Longshore, D. (2005). Are cognitive AIDS risk-reduction models equally applicable among high- and low-risk seekers?. *Personality and Individual Differences, 38*, 379-393.
- Constantine, N. y Zhao, R. (2005). Molecular-based Laboratory Testing and Monitoring for Human Immunodeficiency Virus Infection. *Clinical Laboratory Science, 18*, 263-270.
- Conventry, K.R. y Norman, A.C. (1997). Arousal, sensation seeking and frequency of gambling in off-course horse racing bettors. *Journal of Psychology, 88*, 671-681.
- Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Collins, J., et al. (2001). Safer Choices: Reducing teen pregnancy, HIV and STDs. *Public Health Reports, 116*, 82-93.
- Crosby, R.A., Newman, D. y Kamb, M.L. (2000). Misconceptions about STD-protective behavior. *American Journal of Preventive Medicine, 19*, 167-173.
- Cruz, M., Nossa, P., Malta, P., Pombo, V., Delgado, F. y Melico-Silvestre, A. (1994, Agosto). *Behavioural response to the impact of AIDS (STD) campaigns*. Comunicación presentada en la 10th International AIDS Conference, Yokohama, Japón.

- Dahl, D.W., Gorn, G.J. y Weinberg, Ch.B. (1997). Marketing, safer sex, and condom acquisition. En M.E. Goldberg (Ed.), *Social Marketing: Theoretical and practical perspectives* (169-185). NJ, EEUU: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Dahl, D.W., Gorn, G.J. y Weinberg, C.B. (1998). The impact of embarrassment on condom purchase behaviour. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 368-375.
- Deighton, J., Henderson, C. y Neslin, S.A. (1994). The effect of advertising on brand switching and repeat purchasing. *Journal of Marketing Research*, 31, 28-43.
- Dejong, W., Wolf, C.R. y Austin, S.B. (2001). U.S. Federally Funded Television Public Service Announcements (PSAs) to Prevent HIV/AIDS: A Content Analysis. *Journal of Health Communication*, 6, 249-263.
- Del Barrio, S. (2002). *La Publicidad Comparativa. Situación actual y análisis*. Madrid: Pearson Education.
- Del Barrio y Luque, T. (2002). Procesamiento Central versus Periférico: Análisis Diferencial Entre la Publicidad Comparativa Directa, Indirecta y No Comparativa. *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, 5, 41-69.
- Delgado, A. (1998). *Manual SIDA. Aspectos médicos y sociales*. Madrid: IDEPSA.
- Delgado, E., Thomson, M.M. y Nájera, R. (2002). La evolución del virus del SIDA. *Mundo Científico*, 240, 68-75.
- Del Real, G., Jiménez-Baranda, S., Mira, E., Lacalle, R.A., Lucas, P., Gómez-Mountón, C., et al. (2004). Stains inhibit HIV-1 infection by down-regulating Rho activity. *The Journal of Experimental Medicines*, 200, 541-547.
- Del Río, C. (1997). Introducción a mujer y SIDA: conceptos sobre el tema. En B. Rico, S. Vandale, B. Allen y A.L. Liguori (eds.), *Situación de las mujeres y el VIH/SIDA en América Latina* (pp. 15-19). México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Del Río, C. y Currán, J.W. (2002). Epidemiología y prevención del síndrome de inmunodeficiencia adquirida y de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En G.L. Mandell, J.E. Bennett y R. Dolin (Eds.), *Enfermedades infecciosas. Principios y práctica* (pp. 1.636-1.660). Argentina: Panamericana.
- Dempewolf, J. A. (1974). Development and validation of a feminism scale. *Psychological Reports*, 34, 651-657.

- Denscombe, M. (1993). Personal Health and the psychology of risk ranking. *Health Education Research*, 8, 505-517.
- DeSteno, D., Petty, R.E., Rucker, D.D., Wegener, D.T. y Braverman, J. (2004). Discrete Emotions and Persuasion: The Role of Emotion-Induced Expectancies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 43-56.
- De Vries, H., Dijkstra, M. y Kuhlman, P. (1988). Self-efficacy: The third factor resides attitude and subjective norm as a predictor of behavioural intentions. *Health Education Research*, 3, 273-282.
- De Vroome, E.M., Paalman, M.E., Dingelstad, A.A., Kolker, L. y Sandfort, T.G. (1994). Increasing in safe sex among the young and non-monogamous: knowledge, attitudes and behavior regarding safe sex and condom use in The Netherlands from 1987 to 1993. *Patient Education and Counseling*, 24, 279-288.
- De Vroome, E.M., Paalman, M.E., Sandfort, T.G., Sleutjes, M., De Vries, K.J. y Tielman, R.A. (1990). AIDS in the Netherlands: the effects of several years of campaigning. *International Journal of STD and AIDS*, 1, 268-275.
- De Vroome, E.M., Sandfort, T.G., De Vries, K.J., Paalman, M.E. y Tielman, R.A. (1991). Evaluating of a safe sex campaign regarding AIDS and other sexually transmitted diseases among young people in The Netherlands. *Health Education Research*, 6, 317-325.
- Díaz, J. (1997). An investigation into the Impact of Previous Expert Value Estimates on Appraisal Judgment. *The Journal of Real Estate Research*, 13, 57-65.
- Díaz, A., Noguer, I. y Cano, R. (2004). Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en España (1995-2003). *Boletín Epidemiológico*, 12, 221-232.
- DiClemente, R.J., Forrest, K.A. y Mickler, S. (1990). College students and attitudes about AIDS and changes in HIV preventive behaviors. *AIDS Education and Prevention*, 2, 201-212.
- Díez, E., Juárez, O., Nebot, M., Cerda, M. y Villalbi, J.R. (2000). Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents. *Promotion and Education*, 7, 17-22.
- Dijkstra, M., Buijtels, H. y van Raaij, W.F. (2005). Separate and joint effects of medium type on consumers responses: a comparison of television, print, and the Internet. *Journal of Business Research*, 58, 377-386.

- Dinn, W.M., Aycicegi, A. y Harris, C.L. (2004). Cigarette smoking in a student sample: Neurocognitive and clinical correlates. *Addictive Behaviors*, 29, 107-126.
- Dinoff, B.L. y Kowalski, R.M. (1999). Reducing AIDS Risk Behavior: The Combined Efficacy of Protection Motivation Theory and Elaboration Likelihood Model. *Journal of Clinical and Social Psychology*, 18, 223-239.
- Dinsmore, B.D. y Stormshak, E.A. (2003). Family functioning and eating attitudes and behaviors in at-risk early adolescent girls: The mediating role of intra-personal competencies. *Current Psychology*, 22, 100-116.
- Donohew, L., Helm, D.M., Lawrence, P. y Shatzer, M.J. (1990). Sensation Seeking, Marijuana Use and Responses to Prevention Messages: Implication for Public Health Campaigns. En R.R. Watson (ed.), *Drug and Alcohol Abuse Review* (pp. 173-193). Camden, NJ: Humana Press.
- Donohew, L., Lorch, E.P. y Duncan, J. (1980). An activation model of information exposure. *Communication Monographs*, 47, 295-303.
- Donohew, L., Lorch, E.P. y Palmgreen, P. (1991). Sensation seeking and targeting of televised antidrug PSAs. En L. Donohew, H.E. Sypher y W.J. Bukoski (Eds.), *Persuasive communication and drug abuse prevention* (pp.209-226). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Donohew, L., Lorch, E.P. y Palmgreen, P. (1998). Applications of a theoretic model of information exposure to health interventions. *Human Communication Research*, 24, 454-468.
- Donohew, L., Palmgreen, P. y Pugzles, E. (1994). Attention, Need for Sensation and Health Communication Campaigns. *The American Behavioral Scientist*, 38, 310-322.
- Downs, A.M. y De Vincenzi, I. (1996). Probability of heterosexual transmission of HIV: relationship to the number of unprotected sexual contacts. *Journal of AIDS*, 11, 388-395.
- Dreifuss, R. (1998). AIDS prevention. Switzerland. *Integration*, 57, 6-7.
- Dubois-Arber, F., Lehmann, P., Hausser, D. y Gutziller, F. (1987). Evaluation of campaigns for the prevention of AIDS in Switzerland in 1987. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 37, 207-216.
- Eagly, A.H. (1987). *Sex Differences in Social Behavior: A Social-Role Interpretation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Emery, E. (2004). Keystone in the Arch: Aids and Ukraine. *World Ecology Report*, 16, 1-5.
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: Medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13, 159-169.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1964). *Eysenck Personality Inventory*. Londres: Hodder and Stoughton.
- Fabrigar, L.R. y Petty, R.E. (1999). The Role of the Affective and Cognitive Bases of Attitudes in Susceptibility to Affectively and Cognitively Based Persuasion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25, 363-381.
- Fanci, A.S. (1999). The AIDS Epidemic. Considerations for the 21st Century. *New England Journal of Medicine*, 341, 1.046-1.050.
- Feigenbaum, R., Weinstein, E. y Rosen, E. (1995). College student's sexual attitudes and behaviors: Implications for sexually education. *Journal of American College Health*, 44, 112-118.
- Fernández, A.G., González, A.F., González, M.L. y López, A.C. (1993). Los universitarios ante el sida. Conocimientos y actitudes. En González, M.L. (Eds.), *Adolescencia y Sida* (pp. 159-188). Salamanca: KADMOS.
- Fernández, C., Molina, R., Ramírez, C., Pérez, E., Castilla, J., Marrodán, J., et al. (2000). Cambios en las actitudes y conocimientos de los adolescentes sobre la infección por VIH tras la intervención escolar AULASIDA, 1996-1997. *Revista Española de Salud Pública*, 74, 163-176.
- Fernández, S., Juárez, O. y Díez, E. (1999). Prevención del sida en la escuela secundaria: recopilación y valoración de programas. *Revista Española de Salud Pública*, 73, 687-696.
- Fernández-Villacañas, M.A. (1998). *El Marketing Social de la cultura: Difusión y cambio cultural*. Valencia: Fundación Universitaria San Pablo CEU.
- Ferrando, P.J. y Chico, E. (2001). The construct of sensation seeking as measured by Zuckerman's SSS-V and Arnett's AISS: a structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 31, 1.121-1.133.
- Ferrer, J.J. (1997). *SIDA y bioética: de la autonomía a la justicia*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.
- Field, M.G. (2004). HIV and AIDS in the Former Soviet Bloc. *New England Journal of Medicine*, 315, 117-120.

- Fine, S.H. (1992). *Marketing the Public Sector: Promoting the Causes of Public and Nonprofit Agencies*. New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Massachusetts: Addison-Wesley.
- Flores, F. y De Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29, 51-59.
- Flórez-Alarcón, L. (2000). El proceso psicológico de la promoción y de la prevención. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 18, 13-22.
- Folkers, G.K. y Fanci, A.S. (2001). The AIDS Research Model. Implications for other Infectious Diseases of Global Health Importance. *Journal of the American Medical Association*, 286, 458-461.
- Ford, J.B., Voli, P.K., Honeycutt, E.D. y Casey, S.L. (1998). Gender Role Portrayals in Japanese Advertising. A magazine content analysis. *Journal of Advertising*, 27, 113-124.
- Fox, L.J., Bailey, P.E., Clarke-Martínez, K.L., Coello, M, Ordonez, F. y Barahona, F. (1993). Condom use among high-risk women in Honduras: Evaluation of an AIDS prevention program. *AIDS Education and Prevention*, 5, 1-10.
- Franke, G.R., Huhmann, B.A. y Mothersbaugh, D.L. (2004). Information Content and Consumer Readership of Print Ads: A Comparison of Search and Experience Products. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32, 20-31.
- Frankenberger, K.D. (2004). Adolescent egocentrism, risk perceptions and sensation seeking among smoking and non-smoking youth. *Journal of Adolescent Research*, 19, 576-590.
- Franklin, J., Donohew, L., Dhoundiyal, V. y Cook, P.L. (1988). Attention and our ancient past. The scaly thumb of the reptile. *American Behavioral Scientist*, 31, 312-326.
- Fulker, D.W., Eysenck, S. y Zuckerman, M. (1980). A genetic and environmental analysis of sensation seeking. *Journal of Research in Personality*, 14, 261-281.
- Furby, L. y Beyth-Marom, R. (1992). Risk-taking in adolescence: A decision-making perspective. *Developmental Review*, 12, 1-44.
- Furnham, A. y Thomson, L. (1999). Gender role stereotyping in advertisements on two British radio stations. *Sex Roles*, 40, 153- 165.

- Gabler, J., Kropp, F., Silvera, D.H. y Lavack, A.M. (2004). The Role of Attitudes and Self-Efficacy in Predicting Condom Use and Purchase Intentions. *Health Marketing Quarterly*, 21, 63-78.
- Gao, F., Bailes, E., Robertson, D.L., Cummings, L.B., Arthur, L.O., Peeters, M., et al. (1999). Origin of HIV-1 in the chimpanzee pan troglodytes troglodytes. *Nature*, 397, 436-441.
- García, J. T. (1991). The impact of AIDS in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 4, 45S-46S.
- García-Mina, A. (1997). *Análisis de los estereotipos de rol de género. Validación transcultural del Inventario del Rol Sexual*. Tesis doctoral, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, España.
- García-Mina, A. (2004). Adaptación española del Inventario del Rol Sexual. *Revista de Teología y Ciencias Humanas*, 62, 347-418.
- García-Sánchez, I., Pinzón, S.A. y Rivadeneyra, A. (2002). *SIDA y mujer. Buenas prácticas en prevención*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Garst, J. y Bodenhausen, G.V. (1997). Advertising's effects on men's gender roles attitudes. *Sex Roles*, 36, 551-572.
- Gatell, J.M., Blanco, J.L., Soriano, A., Tortajada, C., Lozano, L., García, F., et al. (2000). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH-1. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczer y J.M. Miró (dirs.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 53-72). Barcelona: Masson.
- Gatell, J.M., Clotet, B., Podzamczer, D. y Miró, J.M. (2000). *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Masson.
- Gilbert, F.S. y Gamache, M.P. (1984). The Sexual Opinion Survey: Structure and Use. *The Journal of Sex Research*, 20, 293-309.
- Giles, M., Liddell, C. y Bybawell, M. (2005). Condom use in African adolescents: The role of individual and group factors. *AIDS Care*, 17, 729-739.
- Gil, R.A., Piñol, C.S. y Dols, S.T. (2000). Iniciativa de mujer y salud con relación al VIH/SIDA. Un estudio de la Unión Europea. *Publicación Oficial de SEISIDA*, 11, 215-218.
- Girard, M.P., Osmanov, S.K. y Kieny, M.P. (2006). A review of vaccine research and development: The Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Vaccine*, 24, 4.062-4.081.

- Go, V.F., Srikrishnan, A.K., Sivaram, S., Murugavel, G.P., Galai, N., Johnson, S.C., et al. (2004). High HIV prevalence and risk behaviors in men who have sex with men in Chennai, India. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35, 314-319.
- Godin, G. y Kok, G. (1996). The theory of planned behaviour: A review of its applications to health-related behaviours. *American Journal of Health Promotion*, 11, 87-98.
- Goffman, E. (1979). *Gender advertisements*. New York, NY: Harper & Row.
- Goh, D.S., Primavera, C. y Bartalini, G. (1996). Risk Behaviors, Self-Efficacy and AIDS Prevention Among Adolescents. *The Journal of Psychology*, 130, 537-546.
- González-Saiz, F., Ortega-Marlasca, M. y Salvador, L. (1994). Evaluación de las actitudes ante el SIDA en población adolescente. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 31, 26-39.
- Gottfredson, M. y Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. Palo Alto, Standford: University Press.
- Greenberg, A.E., Tappero, J., Choopanya, K., van Griensven, F., Martin, M. y Vanichseni, S. (2005). CDC international HIV prevention research activities among injection drug users in Thailand and Russia. *Journal of Urban Health-Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 82, 24-33.
- Green, K., Krcmar, M., Rubin, D.L., Henley, L. y Hale, J.L. (2002). Elaboration in processing adolescent health messages: The impact of egocentrism and sensation seeking on message processing. *Journal of Communication*, 52, 812-831.
- Greenwald, A.G. (1968). Cognitive learning, cognitive response persuasion and attitude change. En A.G. Greenwald, T.C. Brock y T.M. Ostrom (Eds.), *Psychological foundations of attitudes* (pp. 147-170). Nueva York: Academic Press.
- Grémy, I. y Beltzer, N. (2004). HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point?. *AIDS*, 18, 805-809.
- Grupo Español Multicéntrico para el Estudio de Seroconvertidores (2000). El período de incubación del SIDA en España antes de la terapia antirretroviral de alta eficacia. *Medicina Clínica de Barcelona*, 115, 681-686.

- Guardiola, J.M. y Soriano, V. (2001). Introducción. En J.M. Guardiola y V. Soriano (eds.), *Tratamiento de la infección por VIH/SIDA. Fármaco y combinaciones* (pp. 13-14). Barcelona: Permanyer.
- Hale, J.L. y Dillard, J.P. (1995). Fear appeals in health promotion campaign. En E. Maibach y R.L. Parrott (Eds.), *Designing Health Messages* (pp. 65-80). Oaks, CA: Sage Publications.
- Hanenberg, R.S., Rojanapithayakorn, W., Kunasol, P. y Sokal, D.C. (1994). Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet*, 344, 243-245.
- Hartke, R.U.J. (1981). *Receptivity to treatment recommendations and health locus of control in hypertensive patients*. Tesis doctoral, Universidad de Missouri, Columbia, EEUU.
- Hassig, S. (1991). Measuring the effectiveness of targeted interventions. *Network*, 12, 21-23.
- Hausser, D., Lehmann, P., Dubois, F. y Gutzwiller, F. (1987). Evaluation of national prevention campaigns against AIDS: analysis model. *Social and Preventive Medicine*, 32, 207-209.
- Heald, S. (2006). Abstain or die: the development of HIV/AIDS policy in Botswana. *Journal of Biosocial Science*, 38, 29-41.
- Health Ministry of Russia (1997). Nation launches first safe campaign with foreign help. Russia, education (health). *Sex Weekly Plus*, 30, 4-5.
- Hernández, G. (2000). Awareness campaigns: experience in Mexico. *Vaccine*, 18, 90-92.
- Hernández, J.T. y Diclemente, R.J. (1992). Self-control and ego identity development as predictors of unprotected sex in late adolescent male. *Journal of Adolescence*, 15, 437-447.
- Hillis, D.M. (2000). Origins of HIV. *Science*, 288, 1.757-1.759.
- Hirata, S., Watanabe, M. y Katsumo, S. (1995). AIDS in the Japanese mass media: Content análisis of articles about AIDS from 1982 to 1992 in the Japanese newspapers. *Japanese Journal of Health and Human Ecology*, 61, 2-15.
- Hirose, H., Nakaune, N., Ishizuka, T., Tsuchida, S. y Takanashi, Y. (1998). A study on the role of AIDS mass communication: How do the mass media affect HIV testing behaviour?. *Japanese Psychological Research*, 40, 246-255.

- Holguín, A. y Soriano, V. (2000). Origen y evolución del virus de la inmunodeficiencia humana. *Medicina Clínica de Barcelona*, 115, 775-778.
- Holtgrave, D.R. (1997). Public health communication strategies for HIV prevention: Past and emerging roles for mass media. *AIDS*, 11, 183-190.
- Hooper, E. (1999). *The River*. Boston, EEUU: Little Brown.
- Hooper, E. (2000). How did AIDS get started?. *South African Journal of Science*, 96, 265-267.
- Hornik, R. (1997). Public health education and communication as policy instruments for bringing about change in behaviour. En M.E. Goldberg, M. Fishbein y S.E. Middlestadt, *Theoretical and practical perspectives* (pp. 45-48). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Horton, R. (2000). New data challenge OPV theory of AIDS origin. *The Lancet*, 356, 1.005.
- Humphrey, L. (1982). Children's and Teacher's Perspectives on Children's Self-Control: The development of two Rating Scales. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 624-633.
- Hupfer, M. (2002). Communicating with the Agentic Woman and the Communal Man: Are Stereotypic Advertising Appeals Still Relevant?. *Academy of Marketing Science Review*, 5, 1-17.
- Hurtz, W. y Durkin, K. (1997). Gender Role Stereotyping in Australian Radio Commercials. *Sex Roles*, 36, 103-114.
- Hyun, Y.J., Gentry, J.W., Park, C. y Jun, S. (2006). An Investigation of Newspaper Ad Memory As Affect Context Involvement and Ad Size-A Korean Case. *Journal of Current Issues and Research in Advertising*, 28, 45-56.
- Igartua, J.J. (2000). Contenidos y formatos audiovisuales para la prevención del SIDA. Una revisión y propuesta de nuevos formatos. *Publicación Oficial de SEISIDA*, 11, 211-214.
- Inciardi, J.A., Syvertsen, J.L y Surratt, H.L. (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17, 9-25.
- Inchaurrega, S. (2003). Drug Use, Harm Reduction, and Health Policies in Argentina: Obstacles and New Perspectives. *Clinical Infectious Diseases*, 37, 366-371.
- INE (2006). *Demografía y población*. Recuperado el 15 de Febrero de 2006 de www.ine.es

- Ingstad, B. (1990). The cultural construction of AIDS and its consequences for prevention in Botswana. *Medical Anthropology Quarterly*, 4, 28-40.
- Instituto de la Mujer (2000). *La mujer en cifras*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Irwin, C.E. Jr. y Millstein, S.G. (1986). Risk-taking behaviors and biopsychosocial development during adolescence. En E. Susman, L.V. Feagans y W. Roy (Eds.), *Emotion, cognition, health and development in children and adolescents: A two way street* (pp. 75-102). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jackson, D.N. (1984). *The Jackson Personality Inventory Manual*. Port Huron, MI: Research Psychologists Press.
- James, M., Hoff, T., Davis, J. y Graham, R. (2005). Leveraging The Power Of The Media To Combat HIV/AIDS. *Health Affairs*, 24, 854-857.
- Janz, N.K. y Becker, H.M. (1984). The health belief model: a decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Jeffrey, A. (1990). Contraceptive use, sensation seeking and adolescent egocentrism. *Journal of Youth and Adolescence*, 19, 171-180.
- Jemmott, J.B., Jemmott, L.S., Braverman, P.K. y Fong, G.T. (2005). HIV/STD risk reduction interventions for African American and Latino adolescent girls at an adolescent medicine clinic: a randomized controlled trial. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 159, 440-449.
- Jenkins, R.A., Torugsa, K., Mason, C.J., Jamroenratana, V., Lalang, C., Nitayaphan, S., et al. (1999). HIV Risk Behavior Patterns Among Young Thai Men. *AIDS and Behavior*, 3, 335-346.
- Johnny, L. y Mitchell, C. (2006). Live and Let Live: An Analysis of HIV/AIDS-Related Stigma and Discrimination in International Campaign Posters. *Journal of Health Communication*, 11, 755-767.
- Jones, L.W., Sinclair, R.C., Rhodes, R. y Courneya, K.S. (2004). Promoting exercise behaviour: An integration of persuasion theories and the Theory of Planned Behaviour. *British Journal of Health Psychology*, 9, 505-521.
- Jonson, D., Flora, J.A. y Nath, R. (1997). HIV/AIDS Public Service Announcements Around the World: A Descriptive Analysis. *Journal of Health Communication*, 2, 223-234.

- Jorgensen, P.F. (1998). Affect, persuasion, and communication processes. En P.A. Andersen y L.K. Guerrero (Eds.), *Handbook of communication and emotion: Research, theory, applications, and contexts* (pp. 404-423). San Diego: Academic Press.
- Kalichman, S.C., Kelly, J.A., Sikkema, K.J., Koslov, A.P., Shaboltas, A. y Granskaya, J. (2000). The emerging AIDS crisis in Russia: review of enabling factors and prevention needs. *International Journal of STD and AIDS*, 12, 277-278.
- Kalichman, S.C. y Rompa, D. (1995). Sexual Sensation Seeking and Sexual Compulsivity Scales: Reliability, validity and predicting HIV risk behavior. *Journal of Personality Assessment*, 65, 586-601.
- Kalin, R. y Tilby, P. J. (1978) Development and validation of a Sex-Role Ideology Scale. *Psychological Reports*, 42, 731-738.
- Kang, M. (1997). The portrayal of women's images in magazine images: Goffman's gender analysis revisited. *Sex Roles*, 37, 979-996.
- Kaplan, H.B. (1980). *Deviant behaviour in defense of self*. New York: Academic Press.
- Karlyn, A.S. (2001). The impact of a targeted radio campaign to prevent STDs and HIV/AIDS in Mozambique. *AIDS Education and Prevention*, 13, 438-451.
- Kelly, J.A., Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Lemke, A., Amidei, T., Roffman, R.E., et al. (1990). Psychological factors that predict AIDS high-risk versus AIDS precautionary behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 117-120.
- Kelly, J.A., Murphy, D.A., Sikkema, K.J. y Kalichman, S.C. (1993). Psychological interventions to prevent HIV infection are urgently needed. *American Psychologist*, 48, 1.023-1.034.
- Kelly, J.A., Somlai, A.M., Benotsch, E.G., Amirkhanian, Y.A., Fernández, M.I., Stevenson, L.Y., et al. (2006). Programmes, resources, and needs of HIV-prevention nongovernmental organizations (NGOs) in Africa, Central/Eastern Europe and Central Asia, Latin America and the Caribbean. *AIDS Care*, 18, 12-21.
- Kendall, P.C. y Wilcox, L. (1979). Self-control in children: Development of a rating scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 1.020-1.029.

- Kerrigan, D., Moreno, L., Rosario, S., Gomez, B., Jerez, H., Barrington, C., et al. (2006). Environmental-Structural Interventions to Reduce HIV/STI Risk Among Female Sex Workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health, 96*, 120-125.
- Klandermans, B., Sabucedo, J.M. y Rodríguez, M. (2002). Identity Processes in Collective Action Participation. *Political Psychology, 23*, 235-251.
- Klandermans, B., Sabucedo, J.M. y Rodríguez, M. (2004). Does the skin nearer than the short? Inclusiveness of identification. *European Journal of Social Psychology, 34*, 279-295.
- Klein, M. (2004). Addiction Medicine. Adolescents at risk for drug abuse need to acquire self-control competencies. *Womens's Health Weekly, 22*, 14.
- Kornblit, A.L. (2002a). Modelos preventivos en torno a la infección por VIH. En J.F. Morales, D. Páez, A.L. Kornblit y D. Asún (coords.), *Psicología Social* (pp. 423-427). Buenos Aires: Pearson Education.
- Kornblit, A.L. (2002b). Algunos aspectos de la reacción social frente al SIDA en Argentina. *Revista de Psicología Social, 17*, 5-17.
- Kornblit, A.L. y Petracci, M. (2000). Influencias mediáticas y personales sobre la decisión de protegerse del VIH/SIDA. *Revista de estudios de comunicación, 8*, 23-39.
- Kotler, P. y Roberto, E.L. (1989). *Social Marketing: Strategies for Changing Public Behavior*. New York: The Free Press.
- Kotler, P., Roberto, N. y Lee, N. (2002). *Social Marketing: Improving the Quality of Life*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kotler, P. y Zaltman, G. (1971). Social marketing: an approach to planned social change. *Journal of Marketing, 35*, 3-12.
- Kyrychenko, M.D., Kohler, C. y Sathiakumar, N. (2006). Evaluation of a School-Based HIV/AIDS Educational Intervention in Ukraine. *Journal of Adolescent Health, 39*, 900-907.
- Lameiras, M. (1997). Sexualidad y salud en jóvenes universitarios/as: actitudes, actividad sexual y percepción de riesgo de la transmisión del VIH. Un Estudio piloto. *Medicina Psicosomática y Psiquiátrica de Enlace, 42/43*, 46-61.
- Lameiras, M. (1998). El estudio de la sexualidad en jóvenes adolescentes españoles. *InterAÇÃO, Curitiba, 2*, 133-161.

- Lameiras, M., Núñez, A.M., Rodríguez, Y., Bretón-López, J. y Agudelo, D. (2005). Actividad sexual y uso del preservativo en jóvenes universitarios gallegos. *Clínica y Salud, 16*, 253-267.
- Lameiras, M., Núñez, A., Rodríguez, Y., Bretón-López, J. y Agudelo, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 207-216.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. y González, M. (2003). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychologica, 3*, 27-34.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y. y Dafonte, S. (2002). Evolución de la percepción de riesgo de la transmisión heterosexual del VIH en universitarios/as españoles/as. *Psicothema, 14*, 255-261.
- Laryea, M. y Gien, L. (1993). The impact of HIV-positive diagnosis on the individual, part 1: stigma, rejection and loneliness. *Clinical Nursing Research, 2*, 245-263.
- La Tour, M., Henthorne, T.L. y Williams, A.J. (1998). Is industrial advertising still sexist: It's in the eye of the beholder. *Industrial Marketing Management, 27*, 247-255.
- La Tour, M. y Tranner, J. (2003). Radon: Appealing to our fears. *Psychology and Marketing, 20*, 377-385.
- Lau, J.T.F. y Tsui, H.Y. (2002). Surveillance of HIV/AIDS-Related attitudes and perceptions among the general public in Hong Kong from 1994 to 2000. *AIDS Education and Prevention, 14*, 419-431.
- Lavery, B., Siegel, A.W., Cousins, J.H. y Rubovits, D.S. (1993). Adolescent risk-taking. An analysis of problem behaviors in problem children. *Journal of Experimental Child Psychology, 55*, 277-294.
- Lawrence, J.S., Brasfield, T.L., Jefferson, K.W., Alleyne, E., O'Bannon, R.E. y Shirley, A. (1995). Cognitive-behavioral intervention to reduce african american adolescents' risk for HIV infection. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 221-237.
- Leaver, C.A., Allman, D., Meyers, T. y Veugelers, P.J. (2004). Effectiveness of HIV Prevention in Ontario, Canada: A Multilevel Comparison of Bisexual Men. *American Journal of Public Health, 94*, 1.181-1.185.

- Lederman, R., Chan, W. y Roberts-Gray, C. (2004). Sexual risk attitudes and intentions of youth aged 12-14 years: survey comparisons of parent-teen prevention and control groups. *Behavioral Medicine*, 29, 155-163.
- Lederman, R. y Mian, T.S. (2003). The Parent-Adolescent Relationship Education (PARE) Program: a curriculum for prevention of STD and pregnancy in middle school youth. *Behavioral Medicine*, 29, 33-41.
- Lee, C. (1989). Theoretical weaknesses lead to practical problems: The example of self-efficacy theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 115-123.
- Lemey, P., Pybus, O.G., Rambaut, A., Drummond, A.J., Robertson, D. L., Roques, P., et al. (2004). The molecular population genetics of HIV-1 Group O. *Genetics*, 167, 1.059-1.068.
- León, J.L. (1992). *Persuasión de masas*. Barcelona: Deusto.
- Lever, J. (1995). Bringing the fundamentals of gender studies into safer-sex education. *Family Planning Perspectives*, 27, 172-174.
- Levin, B.R., Bull, J.J. y Stewart, F.M. (2001). Epidemiology, Evolution and Future of the HIV/AIDS Pandemic. *Emerging Infectious Diseases*, 7, 505-511.
- Liberman, A.P. (2005). *Progress in AIDS Research*. New York: Nova Science Publishers.
- Ligia, V., Noguchi, H., Miroslava, C. y Renán, A. (2003). HIV/AIDS: Knowledge attitudes and sexual practices in a group of men who have sex with men in a rural community of Yucatán, México. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*, 9, 191-204.
- Lin, P., Simoni, J. y Zemon, V. (2005). The Health Belief Model, Sexual Behaviors, and HIV Risk Among Taiwanese Immigrants. *AIDS Education and Prevention*, 17, 469-483.
- Livingston, I. (1992). AIDS/HIV crisis in developing countries: The need for greater understanding and innovative health promotion approaches. *Journal of the National Medical Association*, 84, 755-770.
- London, A.S. y Robles, A. (2000). The co-occurrence of correct and incorrect HIV transmission knowledge and perceived risk for HIV among women of child-bearing age in El Salvador. *Social Science and Medicine*, 51, 1.267-1.278.
- Long, E.M., Martin, H.L. y Kreiss, J.K. (2000). Gender differences in HIV-1 diversity at time of infection. *Nature Medicine*, 6, 71-75.

- Lorch, E.P., Palmgreen, P., Donohew, L., Helm, D., Baer, S.A. y D'Silva, M.V. (1994). Program context, sensation seeking and attention to televised antidrug public service announcements. *Human Communication Research*, 20, 390-412.
- Lowe, R., Eves, E. y Carroll, D. (2002). The influence of affective and instrumental beliefs on exercise intentions and behaviour: A longitudinal analysis. *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 1.241-1.252.
- Lupton, D., Chapman, S. y Wong, W.L. (1993). Back to complacency: AIDS in the Australian press, March-September 1990. *Health Education Research*, 8, 5-17.
- Lynn, S., Walsdorf, K., Hardin, M. y Hardin, B. (2002). Selling Girls Short: Advertising and Gender Images in Sports Illustrated for Kids. *Journal of Women in Physical Activity and Sport*, 11, 77-100.
- Lynskey, M.T. y Fergusson, D.M. (1993). Sexual activity contraceptive use amongst teenagers under the age of 15 years. *The New Zealand Medical Journal*, 106, 511-514.
- Machuca, A., Soriano, V., Gutiérrez, M., Holguín, A., Aguilera, A., Caballero, E., et al. (1999). Human Immunodeficiency Virus Type 2 Infection in Spain. *Intervirology*, 42, 37-42.
- Macià, D., Méndez, F.X. y Olivares, J. (1993). Intervención comportamental y prevención. En F.X. Méndez, D. Macià y J. Olivares (eds.), *Intervención conductual en contextos comunitarios I. Programas aplicados de prevención* (pp. 23-43). Madrid: Pirámide.
- Mackie, D.M. y Worth, L. (1989). Processing Deficits and the Mediation of Positive Affect in Persuasion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 27-40.
- Madhok, R., McCallum, A.K., McEwan, R. y Bhopal, R.S. (1993). Students knowledge and behavior concernig safer sex: a UK study. *Journal American of College Health*, 42, 121-125.
- Mano, H. (1992). Judgements under distress: Assessing the role of unpleasantness and arousal in judgment formation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 52, 216-245.
- Mano, H. (1997). Affect and Persuasion: The Influence of Pleasantness and Arousal on Attitude Formation and Message Elaboration. *Psychology and Marketing*, 14, 315-335.
- Martín-Armario, E. (1993). *Marketing*. Ariel: Barcelona.

- Martin, C.A., Kelly, T., Ravens, M.K. y Brogli, B.R. (2002). Sensation seeking, puberty and nicotine, alcohol and marijuana use in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1.494-1.503.
- Martin, G., Richardson, A.S., Bergen, H.A., Roeger, L. y Allison, S. (2005). Perceived academic performance, self-esteem and locus of control as indicators of need for assessment of adolescent suicide risk: implications for teachers. *Journal of Adolescence*, 28, 75-87.
- Maswanya, E., Moji, K., Aoyagi, K., Yahata, Y., Kusano, Y., Nagata, K., et al. (2000). Knowledge and attitudes towards AIDS among female college students in Nagasaki, Japan. *Health Education Research*, 15, 5-11.
- McCord, J. (1990). Problem behaviour. En S.S. Feldman y G.R. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 414-430). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- McGuire, W.J. (1985). Attitudes and attitude change. En G. Lindzey y E. Aronson (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 233-346). Nueva Cork: Random House.
- McKellar, D.A., Valleroy, L.A., Hoffmann, J.R., Glebatis, D., Lalota, M., McFarland, W., et al. (2000). Gender differences in sexual behaviors and factors associated with nonuse of condoms among homeless and runaway youths. *AIDS Education and Prevention*, 12, 477-491.
- Meekers, D. y Klein, M. (2001). *Understanding gender differences in condom use self-efficacy among youth in urban Cameroon*. Washington, DC: Population Services International.
- Mendes, A.M. (2002). Percepción del riesgo en los jóvenes. En J.F. Morales, D.Páez, A.L. Kornblit y D. Asún (coords.), *Psicología Social* (pp. 433-437). Buenos Aires: Pearson Education.
- Meyers-levy, J. (1988). The Influence of Sex Roles on Judgement. *Journal of Consumer Research*, 14, 522-530.
- Middlestadt, S.E., Fishbein, M., Albarracín, D., Francis, C., Eustace, M.A., Helquist, M., et al. (1995). Evaluating the Impact of a National AIDS Prevention Radio Campaign in St. Vicent and The Grenadines. *Journal of Applied Social Psychology*, 25, 21-34.
- Miller, E. (2002). What's in a condom?- HIV and Sexual Politics in Japan. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 26, 1-32.

- Miles, P. (2006). Relationships among ad-induced affect, beliefs and attitudes: Another Look. *Journal of Advertising*, 35, 35-51.
- Millar, S., Exner, T.M., Williams, S.P. y Ehrhardt, A.A. (2000). A gender-specific intervention for at-risk women in the USA. *AIDS Care*, 12, 603-612.
- Millstein, S.G. e Igra, V. (1995). Theoretical models of adolescent risk-taking behavior. En J.L. Wallander y L.J. Siegel (Eds.), *Adolescent health problems: Behavioral perspective* (pp. 52-71). New York: Guilford Press.
- Milne, S., Sheeran, P. y Orbell, S. (2000). Prediction and intervention in health-related behavior: a meta-analytic review of protection motivation theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 106-143.
- Minicheielloa, S.N., Uribe, C.M.P., Anaya, L. y Bertozzia, S. (2002). The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001. *AIDS*, 16, 13-17.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). *Plan de Movilización Multisectorial frente al VIH/SIDA España 1997-2000*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2004). *Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2005). *Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006a). *Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA*. Madrid: Autor.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006b). *Infección por VIH y SIDA en España. Plan Multisectorial 2001-2005*. Madrid: Autor.
- Mitchell, J.M., O'Brien, R.W., Semansky, R.M. e Iannotti, R.J. (1995). Sources of AIDS information for parents and children. *Medical Care*, 33, 423-431.
- Moatti, J.P., Dab, W., Loundou, H., Quenel, P., Beltzer, N., Anes, A., et al. (1992). Impact on the general public of media campaigns against AIDS: A French evaluation. *Health Policy*, 21, 233-247.
- Modeste, N.N., Francis, C. y Matshazi, D. (1994). AIDS related knowledge, attitudes, beliefs and behavioral intentions of adolescents in Trinidad: a pilot study. *International Quarterly of Community Health Education*, 14, 273-281.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.

- Montgomery, J.P., Mokotoff, E.D., Gentry, A.C. y Blair, J.M. (2003). The extent of bisexual behaviour in HIV-infected men and implications for transmission to their female sex partners. *AIDS Care*, 15, 829-837.
- Moore, S.M. y Rosenthal, D.A. (1992). Australian adolescents' perceptions of health-related risk. *Journal of Adolescent Research*, 7, 177-191.
- Moore, S.M. y Rosenthal, D.A. (1993). Venturesomeness, impulsiveness and risky behaviour among older adolescents. *Perceptual and Motor Skills*, 76, 98.
- Moreno, E. y Gil Roales-Nieto, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica / Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Morgan, S. E., Palmgreen, P., Stephenson, M., Hoyle, R.H. y Lorch, E.P. (2003). Associations between message features and subjective evaluations of the sensation value of antidrug public service announcements. *Journal of Communication*, 53, 512-526.
- Morris, J.D., Woo, C. y Singh, A.J. (2005). Elaboration Likelihood Model: A missing intrinsic emotional implication. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, 14, 79-98.
- Morrison, M.M. y Shaffer, D.R. (2003). Gender-role congruence and self-referencing as determinants of advertising effectiveness. *Sex Roles*, 49, 265-274.
- Moschis, G.P. (1985). The role of family communication in consumer socialization of children and adolescents. *Journal of Consumer Research*, 11, 898-913.
- Mosteller, F. (1951). Remarks on the method of paired comparisons: III. A test of significance for paired comparisons when equal standard deviation and equal correlations are assumed. *Psychometrika*, 16, 207-218.
- Moya, M. (2003). El análisis psicosocial del género. En J.F. Morales Domínguez y C. Huici Casal (Dir.), *Estudios de Psicología Social* (pp. 175-217). Madrid: UNED.
- Moya, M. y Expósito, F. (2000). Antecedentes y consecuencias del neosexismo en varones y mujeres de la misma organización laboral. En D. Caballero, M. Méndez y J. Pastor (Eds.), *La mirada psicosociológica* (pp. 619-625). Madrid: Biblioteca Nueva.

- Moya, M., Expósito, F. y Padilla, J.L. (2006). Revisión de las Propiedades Psicométricas de las Versiones Larga y Reducida de la Escala Sobre Ideología de Género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 709-727.
- Moya, M., Expósito, F. y Ruiz, J. (2000). Close relationships, gender and career salience. *Sex Roles*, 42, 825-846.
- Moya, M., Navas, M. y Gómez, C. (1991, septiembre). *Escala sobre la Ideología del Rol Sexual*. Comunicación presentada en el III Congreso Nacional de Psicología Social, Santiago de Compostela, España.
- Muraven, M. y Baumeister, R.F. (2000). Self-regulation and depletion of limited resources: Does self-control resemble a muscle? *Psychological Bulletin*, 126, 247-259.
- Mwangi, M.W. (1996). Gender roles portrayed in Kenyan television commercials. *Sex roles*, 34, 205-214.
- Mwau, M. y McMichael, A.J. (2003). A review of vaccines for HIV prevention. *The Journal of Gene Medicine*, 5, 3-10.
- Nájera, R., Thomson, M., Medrano, L. y Delgado, E. (2000). Retrovirus humanos. Etiopatogenia. En J.M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar y J.M. Miró (dirs.), *Guía práctica del SIDA. Clínica, diagnóstico y tratamiento* (pp. 1-18). Barcelona: Masson.
- Neisel, G.A. y Young, F.J. (1994). HIV/AIDS, advocacy and anti-discrimination legislation: The Australian response. *International Journal of STD and AIDS*, 5, 13-17.
- Norr, K.F., Norr, J.L., McElmurry, B.J., Tlou, S. y Moeti, M.R. (2004). Impact of peer group education on HIV prevention among women in Botswana. *Health Care for Women International*, 25, 210-226.
- Norris, A.E. y Ford, K. (1994). Condom beliefs in urban, low income, African American and Hispanic youth. *Health Education Quarterly*, 21, 39-53.
- Norris, C.E. y Colman, A.M. (1992). Context effect on recall and recognition of magazine advertisements. *Journal of Advertising*, 21, 37-46.
- Nyamathi, A. (1992). A comparative study of factors related to HIV risk level of Black homeless women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 5, 222-228.

- Nyamathi, A., Bennett, C., Leake, B., Lewis, C. y Flaskerud, J. (1993). AIDS-related knowledge, perceptions, and behaviors among impoverished minority women. *American Journal of Public Health, 83*, 65-71.
- Nysveen, H. y Breivik, E. (2005). The influence of media on advertising effectiveness. A comparison of internet, posters and radio. *International Journal of Market Research, 47*, 383-405.
- Obeidallah, D., Turner, P., Iannotti, R.J., O'Brien, R.W., Haynie, D. y Galper, D. (1993). Investigating children's knowledge and understanding of AIDS. *Journal of School Health, 63*, 125-129.
- O'Keefe, D.J. (1990). *Persuasion. Theory and Research*. London: Sage Publications.
- ONUSIDA (1999). *Situación actual de la epidemia de SIDA*. Recuperado el 18 de enero de 2004 de www.onusida.org
- ONUSIDA (2004). *Situación actual de la epidemia de SIDA*. Recuperado el 29 de abril de 2004 de www.onusida.org
- ONUSIDA (2006). *Situación actual de la epidemia de SIDA*. Recuperado el 15 de julio de 2006 de www.onusida.org
- Orr, D.P., Langefeld, C.D., Katz, B.P. y Caine, V.A. (1996). Behavioral intervention to increase condom use among high-risk female adolescents. *Journal of Pediatrics, 128*, 288-295.
- Páez, D., Mayordomo, S., Igartúa, J.J., Ubillos, S., Alonso, M. y Martínez, A. (2001). Afectividad, cognición y persuasión: un contraste experimental de las variables mediadoras en la prevención ante el VIH/SIDA. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 4*, 1-25.
- Páez, D., Ubillos, S., Romo, I., Insúa, P. y San Juan, C. (1992). Actitudes, creencias y prevención de la transmisión heterosexual del SIDA. En R. Usieto, R. de Andrés y F. Cuberta (eds.), *SIDA: transmisión heterosexual del VIH* (pp. 135-150). Madrid: CESA.
- Palmer, R.S., Kilmer, J.R. y Larimer, M.E. (2006). If you feed them, will they come? The use of social marketing to increase interest in attending a college alcohol program. *Journal of American College Health, 55*, 47-52.
- Palmgreen, P., Donohew, L., Lorch, E., Rogus, M., Helm, D. y Grant, N. (1991). Sensation seeking, message sensation value and drug use as mediators of PSA effectiveness. *Health Communication, 3*, 217-227.

- Palmgreen, P., Donohew, L., Puzles, E., Hoyle, R. y Stephenson, M.T. (2001). Television campaigns and adolescent marijuana use: Test of sensation seeking targeting. *American Journal of Public Health, 91*, 292-296.
- Palmgreen, P., Lorch, E.P., Dohohew, R.L., Helm, D.M., Bacr, S.A. y Dsilva M.U. (1991). *Program Context Sensation Seeking and Attention to Televised Anti-Drug Public Service Announcements*. Conferencia presentada en el International Communication Association Conference, Chicago, EE.UU.
- Pantelides, E., Geldstein, R. e Infesta, G. (1995). *Imágenes de género y conducta reproductiva en la adolescencia*. Buenos Aires, Argentina: CENEP.
- Papazian, E. (1983). Finding Involved Viewers Requiery Involved Advertisers. *Marketing and Media Decisions, 18*, 74-76.
- Park, C., Roth, M. y Jacques, P. (1988). Evaluating the Effects of Advertising and Sales Promotion Campaigns. *Industrial Marketing Management, 17*, 129-141.
- Pérez, C., Padilla, J.L., González, A. y Rojas, A.J. (1996). El uso de las técnicas de escalamiento para la definición y medida del continuo psicosocial individualismo-colectivismo. *Boletín de Psicología, 52*, 7-23.
- Pérez, F. y Dabis, F. (2003). HIV prevention in Latin America: reaching youth in Colombia. *AIDS Care, 15*, 77-87.
- Petersen, A.C., Compas, B.E., Brooks-Gunn, J., Stemmer, M., Ey, S. y Grant, K.E. (1993). Depression in adolescence. *American Psychologist, 48*, 155-168.
- Petty, R.E., Briñol, P. y Tormala, Z.L. (2002). Thought Confidence as a Determinant of Persuasion: The Self-Validation Hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 82*, 722-741.
- Petty, R.E. y Cacioppo, J.T. (1981). *Attitudes and Persuasion: Classic and Contemporary Approaches*. Dubuque, IA: W.C. Brown.
- Petty, R.E. y Cacioppo, J.T. (1986). The Elaboration Likelihood Model of persuasion. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 123-205). Nueva York: Academic Press.
- Petty, R.E., Ostrom, T.M. y Broca, T.C. (1981). *Cognitive responses in persuasion*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Petty, R.E., Schumann, D.W., Richman, S.A. y Strathman, A.J. (1993). Positive Mood and Persuasion: Different Roles for Affect Under High- and Low-Elaboration Conditions. *Journal of Personality and Social Psychology, 64*, 5-20.

- Pierre-André, M. y Hausser, D. (1992). Sexual attitudes and behavior of Swiss apprentices 1987-1990: The impact of the Swis Stop-AIDS Campaign. *Journal of Adolescent Health, 13*, 62-69.
- Pierre, J.A. y Fournier, A.M. (1999). Human immunodeficiency virus infection in Haiti. *Journal of The National Medical Association, 91*, 165-170.
- Piot, P., Bartos, M., Ghys, P.D., Walker, N. y Schwartliinder, B. (2001). The global impact of HIV/AIDS. *Nature, 410*, 968-973.
- Pirani, S. y Reizes, T. (2005). The Turning Point Social Marketing National Excellence Collaborative: Integrating Social Marketing Into Routine Public Health Practice. *Journal of Public Health Management and Practice, 11*, 131-138.
- Porto, M.P. (2005). The fight against AIDS among adolescent girls: the impact of the 2003 Carnival campaign by the Brazilian Ministry of Health. *Cadernos de Saúde Pública, 21*, 1.234-1.243.
- Poulin, C. y Graham, L. (2001). The association between substance use, unplanned sexual intercourse and other sexual behaviors among adolescent students. *Addiction, 96*, 607-621.
- Prendergast, K.A. (1993). *Examination of the relationship between sensation seeking/novelty seeking and alcohol/drug use*. Tesis doctoral, Universidad de Illinois, Estados Unidos.
- Price, J. y Peck, E. (2000). Affect and Persuasion. Emotional Responses to Public Service Announcements. *Communication Research, 27*, 461-495.
- Price, J. y Peck, E. (2001). Persuasion and the structure of affect: Dual systems and discrete emotions as complementary models. *Human Communication Research, 27*, 38-68.
- Putrevu, S. (2001). Exploring the origins and information processing differences between men and women. Implications for advertisers. *Academy of Marketing Science Review, 4*, 1-14.
- Rafferty, Y. y Radosh, A. (2000). AIDS prevention and condom availability in an urban school system: facilitating factors and programme challenges. *Health Education Journal, 59*, 50-68.
- Rebull, J., Reverté, M., Piñas, I., Ortí, A., González, L. y Contreras, E. (2003). Evaluación pre-post de una actividad preventiva de la infección por VIH dirigida a los adolescentes de las comarcas del sur de Tarragona. *Revista Española de Salud Pública, 77*, 373-382.

- Reichert, T., Heckler, S.E. y Jackson, S. (2001). The Effects of Sexual Social Marketing Appeals on Cognitive Processing and Persuasion. *Journal of Advertising*, 30, 13-27.
- Reuter, M., Panksepp, J., Schnabel, N., Kellerhoff, N., Kempel, P. y Henning, J. (2005). Personality and biological markers of creativity. *European Journal of Personality*, 19, 83-95.
- Rhodes, R.E. y Courneya, K.S. (2003). Self-efficacy, controllability and intention in the TPB: Measurement redundancy or causal independence?. *Psychology and Health*, 18, 79-91.
- Robbins, R.N. y Bryan, A. (2004). Relationships between future orientation, impulsive sensation seeking and risk behavior among adjudicated adolescents. *Journal of Adolescent Research*, 19, 428-445.
- Robertson, A. y Levin, M.L. (1999). AIDS knowledge, condom attitudes and risk-taking sexual behavior of substance-abusing juvenile offenders on probation or parole. *AIDS Education and Prevention*, 11, 450-461.
- Roberts, R.R. (1998). *College Adolescents: An emerging risk group for HIV/AIDS acquisition*. Tesis doctoral, Universidad de Arizona, Estados Unidos.
- Rodríguez, L. y Ortega, G. (1993, Junio). *Mass media, alternative communication and social anthropology; working together to mobilize public opinion to fight AIDS*. Comunicación presentada en la 9th International Conference of AIDS, Berlín, Alemania.
- Rodríguez, M.A., Del Barrio, G. y Castañeda, J.A. (2003, septiembre). *Procesamiento diferencial entre la publicidad comparativa y la publicidad con famosos en condiciones de baja implicación*. Comunicación presentada en el XV encuentro de Profesores Universitarios de Marketing, Córdoba, España.
- Rodríguez, M.A. y Luque, T. (2002). El Procesamiento de la Publicidad: Un Análisis Comparativo entre Anuncios con y sin Famosos. *Revista Española de Investigación de Marketing ESIC*, 6, 87-111.
- Rogers, R.W. (1975). A PMT of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93-114.
- Rogus, M., Palmgreen, P. y Everett, M. (1990, Julio). *Sensation Seeking as a targeting variable for Television Advertisers*. Conferencia presentada en International Communication Association Conference. Chicago, IL: EE.UU.

- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Tilson, M. y Seeley, J.R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of personality and Social Psychology*, 58, 499-511.
- Rolison, M.R. y Scherman, A. (2002). Factors influencing adolescents' decisions to engage in risk-taking behaviour. *Adolescence*, 37, 585-596.
- Romero, A., Bernal, R.G., Rosas, N., Hernández, C. y Ramírez, D. (2002, Julio). *Mass Media and AIDS: A national educational Project with journalist and social communicators*. Comunicación presentada en la 14th International AIDS Conference, Barcelona, España.
- Roques, P., Robertson, D.L., Souquière, S., Apetrei, C., Nerrienet, E., Barré-Sinoussi, F., et al. (2004). Phylogenetic characteristics of three new HIV-1 N strains and implications for the origin of group N. *AIDS*, 18, 1.371-1.381.
- Rosenbaum, M. (1980). A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings. *Behavior Therapy*, 11, 109-121.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, M.H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15, 175-183.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V.J. y Becker, M.H. (1994). The health belief model and HIV risk behavior change. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (Eds), *Preventive AIDS: Theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum Press.
- Roso, A. (2000). Ideology and gender relations: a reception study about AIDS prevention campaigns. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 385-397.
- Rosser, B.S. (1991). The effects of using fear in public AIDS education on the behaviour of homosexually active men. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 4, 123-134.
- Ross, M.W., Rigby, K., Rosser, B.R., Anagnostou, P. y Brown, M. (1990). The effect of a national campaign on attitudes toward AIDS. *AIDS Care*, 2, 339-346.
- Rotfeld, H.J. y Abernethy, A.M. (1991). Radio Station Acceptance of AIDS-Related Advertising Messages. *Journal of Health Care Marketing*, 11, 33-40.
- Rotter, J.B. (1996). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, (número completo).

- Rouner, D., Slaer, M.D. y Domenech-Rodríguez, M. (2003). Adolescent evaluation of gender role and sexual imagery in television advertisements. *Journal of Broadcasting and Electronic Media*, 47, 435-454.
- Roy, B.K. (2005). Personality and alcohol use expectancies of adolescent abstainers, experimenters, and abusers. *Humanities and Social Sciences*, 66, 905.
- Rucker, D.D. y Petty, R.E. (2006). Increasing the Effectiveness of Communications to Consumers: Recommendations Based on Elaboration Likelihood and Attitude Certainty Perspectives. *Journal of Public Policy and Marketing*, 25, 39-52.
- Rutherford, R., Quinn, M.M. y Mathur, S.R. (2004). *Handbook of research in emotional and behavioural disorders*. New York, US: Guilford Press.
- Rutter, M. (1997). Connections between child and adult psychopathology. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 4-7.
- Sanderson, C.A. (1999). Role of Relationship Context in Influencing College Students' Responsiveness to HIV Prevention Videos. *Health Psychology*, 18, 295-300.
- Santesmases, M. (1995). *Marketing, conceptos y estrategias*. Madrid: Pirámide.
- Santiago, M.L., Range, F., Keele, B.F., Li, Y., Bailes, E., Bibollet-Ruche, F., et al. (2005). Simian Immunodeficiency Virus Infection in Free-Ranging Sooty Mangabeys (*Cercocebus atys atys*) from the Taï Forest, Côte d'Ivoire: Implications for the Origin of Epidemic Human Immunodeficiency Virus Type 2. *Journal of Virology*, 79, 12.515-12.527.
- Satomura, K., Nakahara, T., Kazuaki, M., Sachiyo, N. y Negumi, N. (2000, Julio). *Media influence on national AIDS surveillance in Japan*. Comunicación presentada en la 13th International AIDS Conference, Durban, Sudáfrica.
- Schaalma, H., Kok, G. y Peters, L. (1993). Determinants of consistent condom use by adolescents: the impact of experience of sexual intercourse. *Health Education Research*, 8, 255-269.
- Scharz, N., Bless, H. y Bohner, G. (1991). Mood and persuasion: Affective states influence the processing of persuasive communications. En M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 161-201). San Diego: Academic Press.
- Scheier, L.M., Botvin, G.J., Griffin, K.W. y Diaz, T. (1999). Latent growth models of drug refusal skills and adolescent alcohol use. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 44, 21-48.

- Schoenbach, K. y Lauf, E. (2002). The “Trap“ effect of television and its competitors. *Communication Research*, 29, 564-583.
- Schoenbachler, D., Ayers, D.J. y Gordon, G.L. (1996). Adolescent Response to Anti-Drug Public Service Announcements: A Segmentation Approach. *Journal of Applied Business Research*, 12, 9-21.
- Schoenbachler, D. y Whittler, T. E. (1996). Adolescent Processing of Social and Physical Threat Communications. *Journal of Advertising*, 25, 37-54.
- Scholten, M. (1996). Lost and Found: The Information-Processing Model of Advertising Effectiveness. *Journal of Business Research*, 37, 97-104.
- Schwartländer, B., Garnett, G., Walter, N. y Anderson, R. (2000). AIDS in a new millennium. *Science*, 289, 64-67.
- Schwarz, N. (1990). Feeling as information: Informational and motivational functions of affective states. En R.M. Sorrentino y E.T. Higgins (Eds.), *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 527-561). New York: Guilford Press.
- Seoane, L. (2002). Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 509-516.
- Sharp, P.M., Shaw, G.M. y Hahn, B.H. (2005). Simian Immunodeficiency Virus Infection of Chimpanzees. *Journal of Virology*, 79, 3.891-3.902.
- Shavitt, S., Vargas, P. y Lowrey, P. (2004). Exploring the role of memory for self-selected ad experiences: Are some advertising media better liked than others?. *Psychology and Marketing*, 21, 1.011-1.032.
- Sheer, V.C. (1995). Predisposición a la búsqueda de sensaciones y susceptibilidad a los argumentos utilizados por el compañero sexual para inducir el uso del preservativo. *Journal of Applied Communications Research*, 23, 212-229.
- Sheer, V.C. y Welch, R.J. (1995). Individual differences in sensation seeking and sexual behavior: implications for communication intervention of HIV/AIDS prevention among college students. *Health Communication*, 7, 205-223.
- Shive, S.E. y Neyman, M. (2006). Evaluation of the Energize Your Life! Social Marketing Campaign Pilot Study to Increase Fruti Intake Among Community College Students. *Journal of American College Health*, 55, 33-39.

- Siegel, D.M., Aten, M.J. y Enaharo, M. (2001). Long-term effects of a middle school- and high school-based human immunodeficiency virus sexual risk prevention intervention. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 155, 1.117-1.126.
- Siegel, A.W., Cousins, J.H., Rubovits, P., Parsons, J.T., Lavery, B. y Crowley, C.L. (1994). Adolescents' perceptions of their risk taking. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2, 89-98.
- Signorelli, C., Pasquarella, C., Limina, R.M., Colzani, E., Fanti, M., Cielo, A., et al. (2006). Third Italian national survey on knowledge, attitudes and sexual behaviour in relation to HIV/AIDS risk and the role of health education campaigns. *European Journal of Public Health*, 16, 241-248.
- Simons, H.W. (1986). *Persuasion: Understanding, practices, and analysis*. New York: Random House.
- Simons-Morton, B., Haynie, D.L., Crump, A.D., Saylor, K.E., Eitel, P. y Yu, K. (1999). Expectancies and other psychosocial factors associated with alcohol use among early adolescent boys and girls. *Addictive Behaviors*, 24, 229-238.
- Singer, E., Rogers, T.F. y Glassman, M.B. (1991). Public opinion about AIDS before and after the 1988 U.S. government public information campaign. *Public Opinion Quarterly*, 55, 161-179.
- Siska, M., Jason, J., Murdoch, P., Yang, W.S. y Donovan, R.J. (1992). Recall of AIDS Public Service Announcements and Their Impact on the Ranking of AIDS as a National Problem. *American Journal of Public Health*, 82, 1.029-1.032.
- Slavin, S., Batrouney, C. y Murphy, D. (2007). Fear appeals and treatment side-effects: An effective combination for HIV prevention? *AIDS Care*, 19, 130-137.
- Slovic, P. (1987). Perception of risk. *Science*, 236, 280-285.
- Smith, A.M.A. y Rosenthal, D.A. (1995). Adolescents' perceptions of their risk environment. *Journal of Adolescence*, 18, 229-245.
- Smith, W. (2000). Social marketing: an evolving definition. *American Journal of Health Behavior*, 24, 11-17.
- Snyder, L.B. y Hamilton, M.A. (2002). A Meta-analysis of U.S. health campaigns effects on behavior: Emphasize enforcement, exposure and new information, and beware the secular trend. En R. Hornik (Ed.), *Public health communication: Evidence for behaviour change* (pp. 357-383). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

- Snyder, L.B., Hamilton, M.A., Mitchell, E.W., Kiwanuka-Tondo, J., Fleming-Milici, F. y Proctor, D. (2004). A Meta-Analysis of the Effect of Mediated Health Communication Campaigns on Behavior Change in the United States. *Journal of Health Communication, 9*, 71-96.
- Snyder, L.B. y Rouse, R.A. (1995). The media can have more than an impersonal impact: the case of AIDS risk perceptions and behavior. *Health Communication, 7*, 125-145.
- Sood, S. y Nambiar, D. (2006). Comparative Cost-Effectiveness of the Components of a Behavior Change Communication Campaign on HIV/AIDS in North India. *Journal of Health Communication, 11*, 143-162.
- Spence, J. T., Helmreich, R. y Stapp, J. (1972). A short version of the Attitudes Toward Women Scale (AWS). *Bulletin of Psychonomic Society, 23*, 219-220.
- Spizzichino, L., Piccino, F., Pedone, G., Gallo, R., Valli, R., Scotti, L., et al. (2005). Youth and HIV: Advertising Campaigns by and for adolescents. *Annali dell Istituto Superiore Di Sanita, 41*, 113-118.
- Stacy, A.W., Ames, S.L., Ullman, J.B., Zogg, J.B. y Leigh, B.C. (2006). Spontaneous cognition and HIV risk behavior. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*, 196-206.
- Stacy, A.W., Newcomb, M.D. y Ames, S.L. (2000). Implicit Cognition and HIV Risk Behavior. *Journal of Behavioral Medicine, 23*, 475-499.
- Stansbury, J.P. y Sierra, M. (2004). Risks, stigma and Honduran Gari'funa conceptions of HIV/AIDS. *Social Science and Medicine, 59*, 457-471.
- Stephenson, M.T., Benoit, W.L. y Tschida, D.A. (2001). Testing the mediating role of cognitive responses in the Elaboration Likelihood Model. *Communication Studies, 52*, 324-337.
- Stephenson, M.T., Palmgreen, P., Hoyle, R.H. y Donohew, L. (1999). Short-term effects of an anti-marijuana media campaign targeting high sensation seeking adolescents. *Journal of Applied Communication Research, 27*, 175-196.
- Stetson, V. y Narcisse, M. (1994). Improving NGO collaboration in AIDS prevention in rural Haiti. *Aidsactions, 1*, 23-25.
- Stewart, M.J. (1991). Tobacco Consumption and Advertising Restrictions: A Critique of Laugesen and Meads. *International Journal of Advertising, 11*, 97-119.
- Stewart-Brown, S. (1998). Emotional wellbeing and its relation to health. *British Medical Journal, 317*, 1.608-1.609.

- Storvoll, E. y Wichstrom, L. (2002). Do the risk factors associated with conduct problems in adolescents vary according to gender? *Journal of Adolescence*, 25, 183-202.
- Strecher, V.J., Arbor, M.I., Champion, V.L. y Rosenstock, I.M. (1997). The health belief model and health behavior. En D.S. Gochman (ed.), *Handbook of health behavior research 1: Personal and social determinants* (pp. 71-91). New York: Plenum Press.
- Stryker, J., Samuels, S.E. y Smith, M.D. (1994). Condom availability in schools: the need for improved program evaluations. *American Journal of Public Health*, 84, 1.901-1.906.
- Sugiwaka, H. (1995). The assessment of individual differences in self-control in daily life. *Japanese Journal of Psychology*, 66, 169-175.
- Surgi, P. y Elliott, M.T. (1997). Predictors of advertising avoidance in print and broadcast media. *Journal of Advertising*, 26, 61-76.
- Swim, J. K., Aikin, K. J., Hall, W. S. y Hunter, B. A. (1995). Sexism and racism: Old-fashioned and modern prejudices. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 199-214.
- Tajfel, H. y Turner, J. (1986). The Social Identity Theory of inter-group behavior. En S. Worchel y W.G. Austin (Eds.), *Psychology of Intergroup Relations* (pp. 7-24). Chicago: Nelson-Hall.
- Tajfel, H. y Turner, J. (1989). La Teoría de la Identidad Social de la conducta intergrupala. En J.F. Morales y C. Huici (Eds.), *Lecturas en Psicología Social* (pp. 225-259). Madrid: UNED.
- Tan, T.T.W., Ling, L.B. y Theng, E.P.Ch (2002). Gender-role portrayals in Malaysian and Singaporean television commercials: An international advertising perspective. *Journal of Business Research*, 55, 853-861.
- Tangney, J.P., Baumeister, R.F. y Luzzo, A. (2004). High Self-Control Predicts Good Adjustment, Less Pathology, Better Grades and Interpersonal Success. *Journal of Personality*, 72, 271-324.
- Tausing-Edwards, J. (2004). Predictors of condom use among heterosexual women. *The Sciences and Engineering*, 62, 1.040.

- Teal, C. y Carey, M.P. (2004). Developmentally appropriate sexual risk reduction interventions for adolescents: rationale, review of interventions and recommendations for research and practice. *Annals of Behavioural Medicine*, 27, 172-184.
- Tellis, G.J. (1988). Advertising exposure, loyalty and brand purchase: a two-stage model. *Journal of Marketing Research*, 25, 134-144.
- Teva, I., Bermúdez, M.P. y Buela-Casal, G. (2007). *Adaptación castellana de la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes*. Manuscrito en preparación, Universidad de Granada.
- Thomson, M.M. (2006). Origin and Spread of Human Immunodeficiency Viruses. En M.P. Bermúdez y G. Buela-Casal (eds.), *Recent advances in HIV infection research*. Nueva York: Nova Science Publishers.
- Thurstone, L.L. (1972a). A law comparative judgment. *Psychological Review*, 34, 273-286.
- Thurstone, L.L. (1972b). Psychophysical analysis. *American Journal of Psychology*, 38, 368-389.
- Thurstone, L.L. (1972c). The method of paired comparisons for social values. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 21, 384-400.
- Toro, C., Rodés, B., Aguilera, A., Caballero, E., Benito, R., Bassani, S., et al. (2004). Infecciones por VIH-2 y HTLV-I/II en España. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 22, 177-182.
- Tougas, F., Brown, R., Beaton, A. M. y Joly, S. (1995). Neosexism: Plus ça change, plus c'est pareil. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 842-849.
- Treichler, P. (1999). *How to Make Theory in an Epidemy*. Cultural chronicles of AIDS. Durham y Londres: Duke University Press.
- Trigg, C. (2001). *Survey to establish knowledge, attitudes and practices regarding HIV/AIDS, sexual behaviour condom and contraceptive use among adults in Eritrea*. Zimbabwe: Target Research (Pvt.).
- Trost, K.K., Herbst, J.H., Masters, H.L. y Costa, P.T. (2002). Personality pathways to unsafe sex: Personality, condom use and HIV risk behaviors. *Journal of Research in Personality*, 36, 117-133.
- Troth, A. y Peterson, C.C. (2000). Factors predicting safe-sex talk and condom use in early sexual relationships. *Health Communication*, 12, 195-218.

- Trujillo, H.M., Oviedo-Joekes, E. y Vargas, C. (2001). Avances en psiconeuroinmunología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud / International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 413-474.
- Turner, G. (1999). Peer support and young people's health. *Journal of Adolescence*, 22, 567-572.
- Ubomba-Jaswe, P. (1993). *Mass Media and AIDS in Botswana: What the Newspaper Say and their Implications*. National Institute of Development Research. Working paper 63, University of Botswana.
- Udry, J.R. (1988). Biological predispositions and social control in adolescent sexual behaviour. *American Sociology Review*, 53, 709-722.
- Udry, J.R. (1990). Biosocial models of adolescent problem behaviors. *Social Biology*, 37, 1-10.
- Uray, N. y Burnaz, S. (2003). An Analysis of the Portrayal of Gender Roles in Turkish Television Advertisements. *Sex Roles*, 48, 77-87.
- USAID (1996). *Final Evaluation of the USAID/Botswana Population Sector Assistance Project (BOTSPA)*. Recuperado el 3 de Enero de 2005 de www.poptechproject.com/pdf/botspace42.pdf
- Van Griensven, G.J.P., Limanonda, B., Ngaokeow, S., Ayuthaya, S.I.N. y Poshychinda, V. (1998). Evaluation of a targeted HIV prevention programme among female commercial sex workers in the south of Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 74, 54-58.
- Vega, A. y Lacoste, A.J. (1995). *Niños, adolescentes y SIDA. Problemática psicosocial e intervención educativa*. Valencia: Promolibro.
- Vega, M. y Roland, E. (2005). Social Marketing Techniques for Public Health Communication: A Review of Syphilis Awareness Campaigns in 8 US Cities. *Sexually Transmitted Diseases*, 32, 30-36.
- Vera, E., Shin, R., Montgomery, G.P., Mildner, C. y Speight, S.L. (2004). Conflict Resolution Styles, Self-Efficacy, Self-Control and Future Orientation of Urban Adolescents. *Professional School Counseling*, 8, 73-80.
- Vernon, R., Ojeda, G. y Murad, R. (1990). Incorporating AIDS Prevention Activities into a Family Planning Organization in Colombia. *Family Planning*, 21, 335-343.

- Viegas, N. y Campos, M.J. (2002, Julio). *Condoms- The super-power for sexy super-heroes*. Comunicación presentada en la 14th International AIDS Conference, Barcelona, España.
- Villalbi, J.R., Díez, E. y Juárez, O. (2000). Effects on attitudes, knowledge, intentions and behaviour of an AIDS prevention programme targeting secondary school adolescents. *Promotion and Education*, 7, 17-22.
- Visdómine-Lozano, J.C. y Luciano, C. (2006). Locus de control y autorregulación conductual: revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 729-751.
- Waller, D.S. (1999). Attitudes towards offensive advertising : An Australian study. *Journal of Consumer Marketing*, 16, 288-294.
- Walls, C.T., Lauby, J., Lavelle, K., Derby, T. y Bond, L. (1998). Exposure to a community-level HIV prevention intervention: Who gets the message. *Journal of Community Health*, 23, 281-299.
- Walsh-Childers, K., Treise, D., Swain, K.A. y Dai, S. (1997). Finding health and AIDS information in the mass media: an exploratory study among Chinese college students. *AIDS Education and Prevention*, 9, 564-568.
- Ward, W.B. (1989). Targeting AIDS through information, education and communications programs: implications for Africa and the Caribbean. *AIDS Education and Prevention*, 1, 154-162.
- Wayling, S. (1988). The European experience: Public education with regards to AIDS prevention. *International Journal of Health Education*, 7, 16-20.
- Wegener, D.T., Petty, R.E. y Smith, S.M. (1995). Positive Mood Can Increase or Decrease Message Scrutiny: The Hedonic Contingency View of Mood and Message Processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 5-15.
- Wei-Jen, N.G. (1993). Public service announcements and AIDS-risk perceptions: The impact of speaker characteristic. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 2, 215-220.
- White, R.C. (2004). Health Belief Model, Condom Use and Jamaican Adolescents'. *Social and Economic Studies*, 53, 155-186.
- White, V., Tan, N., Wakefield, M. y Hill, D. (2003). Do adult focused anti-smoking campaigns have an impact on adolescents? The case of the Australian National Tobacco Campaign. *Tobacco Control*, 12, 1.123-1.129.

- Wiles, J.A., Wiles, Ch.R. y Tjemplund, A. (1995). A comparison of gender role portrayals in magazine advertising: The Netherlands, Sweden and the USA. *European Journal of Marketing*, 29, 35-49.
- Williams, R. y Ricciardelli, L. (1999). Restrained drinking and cognitive control among adolescents. *Adolescence*, 34, 557-565.
- Williams, R. y Ricciardelli, L. (2000). Relationship Between Restrained Eating and Drinking, Sex-Role Stereotypes and Self-Control. *Journal of Social Behavior and Personality*, 15, 259-268.
- Wills, T.A., Gibbons, F.D., Gerrard, M., Murry, V.M. y Brody, G. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behaviour in early adolescent. *Psychology of addictive behaviors*, 17, 312-323.
- Wills, T.A., Windle, M. y Cleary, S.D. (1998). Temperament and novelty seeking in adolescent substance use: Convergence of dimensions of temperament with constructs from Cloninger's theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 387-407.
- Winn, L.L. y Rubin, D.L. (2001). Enacting gender identity in written discourse: Responding to gender role in bidding in personal ads. *Journal of Language and Social Psychology*, 20, 393-420.
- Winfree, L.T. y Bernat, F.P. (1998). Social Learning, Self-Control and Substance Abuse by Eight Grade Students: A Tale of Two Cities. *Journal of Drug Issues*, 28, 539-558.
- Wolin, L.D. (2003). Gender Issues in Advertising-An Oversight Synthesis of Research: 1970-2002. *Journal of Advertising Research*, 43, 111-129.
- Wood, R., Fetro, J., Drolet, J., Synovitz, L. y Wood, A. (2002). Analysis of Adolescent Substance Abuse Treatment: Implication for Coordinated School Health Programs. *Journal of School Health*, 72, 363-367.
- Wood, W. y Eagly, A.H. (2002). A cross-cultural analysis of the behavior of women and men: Implications for the origins of sex differences. *Psychological Bulletin* 128, 699-727.
- Woodsong, C. y Koo, H.P. (1999). Two good reasons: women's and men's perspectives on dual contraceptive use. *Social Science and Medicine*, 49, 567-580.
- Worrel, J. y Danner, F. (1989). Adolescents in contemporary context. En J. Worrel y F. Danner (Eds.), *The adolescent as decision-maker* (pp. 3-12). San Diego, CA: Academic Press.

- Wright-Isak, C., Faber, R.J. y Horner, L.R. (1997). Comprehensive measurement of Advertising Effectiveness: *Notes From the Marketplace*, en *Measuring Advertising Effectiveness*.
- Wright, P. (1973). The cognitive processes mediating acceptance of advertising. *Journal of Marketing Research*, 10, 53-62.
- Wundt, W.M. (1874). *Principles of Physiological Psychology*. Leipzig: Englemann.
- Xu, J.X., Leeper, M.A., Wu, Y., Zhou, X.B., Xu, S.Y., Chen, T., et al. (1998). User acceptability of a female condom (Reality) in Shanghai. *Advances in Contraception*, 14, 193-199.
- Yiannaka, A., Giannakas, K. y Tran, K.C. (2002). Medium, message and advertising effectiveness in the Greek processed meats industry. *Applied Economics*, 14, 1.757-1.763.
- Yun, H., Govender, K. y Mody, B. (2001). Factoring Poverty and Culture into HIV/AIDS Campaigns: Empirical Support for Audience Segmentation. *International Communication Gazette*, 63, 73-95.
- Zak-Place, J. y Stern, M. (2004). Health Belief Factors and Dispositional Optimism as Predictors of STD and HIV Preventive Behavior. *Journal of American College Health*, 52, 229-236.
- Zhang, W. y Watts, S. (2004). Knowledge Adoption in Online Communities of Practise. *Systèmes d'Information Et Management*, 9, 81-102.
- Zimbardo, P. y Leippe, M.R. (1991). *The psychology of attitude change and social influence*. Nueva York: Mc Graw-Hill.
- Zuckerman, M. (1979). *Beyond the optimal level of arousal*. London: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1988). Behavior and biology: Research on sensation seeking and reactions to the media. En L. Donohew, H.E. Sypher y E.T. Higgins (Eds.), *Communication, social cognition, and affect* (pp. 173-194). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zuckerman, M. y Bone, R. (1972). What is the Sensation Seeker?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 308-321.
- Zuckerman, M. y Neeb, M. (1980). Demographic Influences in Sensation Seeking and Expressions of Sensation Seeking in Religion, Smoking and Driving Habits. *Personality and Individual Differences*, 1, 197-206.

ANEXOS

ANEXO 1

En la Universidad de Granada se está realizando un estudio sobre las campañas publicitarias de prevención del SIDA. Agradecemos de antemano tu participación voluntaria en esta investigación.

A continuación vas a encontrar una serie de frases referidas al anuncio que acabas de ver. Lee cada una de las frases y marca con una **X** tu respuesta en cada una de ellas (**elige sólo una respuesta**). Este cuadernillo está compuesto de tres partes correspondientes a tres cuestionarios. **La realización de la tarea será de manera ordenada a través de los tres cuestionarios.** Si te equivocas redondea con un círculo la respuesta marcada y pon una **X** a la nueva opción elegida, pero recuerda que no hay respuestas correctas ni incorrectas. Tu información es muy valiosa para el estudio por ello **es necesario y muy importante que respondas a todas las preguntas sinceramente.** Por favor, rellena los datos que se piden al final del cuadernillo acerca de tu edad, sexo, curso y ciudad, así como otros datos que se te solicitan, sin embargo recuerda que la información de este cuestionario es confidencial. **Si tienes alguna pregunta no dudes en realizarla.**

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

Cuestionario nº 1

A continuación vas a leer una serie de adjetivos que describen el anuncio que acabas de ver, **marca con una X** el número de la opción que elijas. Ten en cuenta que tu respuesta en una pregunta es independiente de las demás. **Asegúrate de contestar a todas las preguntas.**

El anuncio que acabas de ver te resulta:

1. Agradable (que gusta y complace).	Nada	0
	Poco	1
	Algo	2
	Bastante	3
	Mucho	4
2. Apático (que causa desgana e inapetencia).	Nada	0
	Poco	1
	Algo	2
	Bastante	3
	Mucho	4
3. Llamativo (que estimula y llama la atención).	Nada	0
	Poco	1
	Algo	2
	Bastante	3
	Mucho	4
4. Pasivo (que resulta insignificante y apagado).	Nada	0
	Poco	1
	Algo	2
	Bastante	3
	Mucho	4
5. Indiferente (que causa desinterés y despreocupación).	Nada	0
	Poco	1
	Algo	2
	Bastante	3
	Mucho	4
6. Aburrido (que cansa y se hace pesado).	Nada	0
	Poco	1
	Algo	2
	Bastante	3
	Mucho	4
7. Atractivo (que atrae y fascina).	Nada	0
	Poco	1
	Algo	2
	Bastante	3
	Mucho	4
8. Impactante (que impresiona y emociona).	Nada	0
	Poco	1
	Algo	2
	Bastante	3
	Mucho	4

Cuestionario nº 2

A continuación vas a leer una serie de frases sobre el anuncio que acabas de ver, **marca con una X** el número de la opción que elijas en función de tu grado de acuerdo o desacuerdo. Ten en cuenta que tu respuesta en una pregunta es independiente de las demás. **Asegúrate de contestar a todas las preguntas.**

**0=Muy en desacuerdo 1=En desacuerdo 2=Ni de acuerdo ni en desacuerdo 3=De acuerdo
4=Muy de acuerdo**

El anuncio que acabas de ver crees que:

1. Te hace pensar en cómo podrías prevenir el SIDA.	0 1 2 3 4
2. Te hace pensar seriamente en el SIDA.	0 1 2 3 4
3. Ofrece información muy importante.	0 1 2 3 4
4. Te hace pensar que es inútil protegerse contra el SIDA.	0 1 2 3 4
5. Te hace pensar cuáles son las conductas arriesgadas para contagiarte del SIDA.	0 1 2 3 4
6. Te hace pensar que el SIDA es muy peligroso.	0 1 2 3 4
7. Te hace pensar que el SIDA es un tema que a ti no te preocupa.	0 1 2 3 4
8. Te hace pensar que tú puedes protegerte contra el SIDA.	0 1 2 3 4
9. Te hace pensar que el uso del preservativo es un tema que tiene poco que ver contigo.	0 1 2 3 4
10. Te hace pensar que todos podemos contagiarnos del SIDA.	0 1 2 3 4

Cuestionario nº 3

A continuación vas a leer una serie de frases sobre el anuncio que acabas de ver, **marca con una X** el número de la opción que elijas según tu grado de acuerdo o desacuerdo. Ten en cuenta que tu respuesta en una pregunta es independiente de las demás. **Asegúrate de contestar a todas las preguntas.**

0=Muy en desacuerdo 1=En desacuerdo 2=Ni de acuerdo ni en desacuerdo
3=De acuerdo 4=Muy de acuerdo

El anuncio que acabas de ver influye en que:

1. Estés dispuesto/a a actuar como el anuncio recomienda acerca del tema del SIDA.	0 1 2 3 4
2. Estés dispuesto/a a comprar preservativos.	0 1 2 3 4
3. Estés dispuesto/a a evitar conductas que puedan contagiarte del SIDA.	0 1 2 3 4
4. Estés dispuesto/a a usar preservativo en tus relaciones sexuales.	0 1 2 3 4
5. Estés dispuesto/a a pedirle a tu pareja que uséis preservativo cuando vayáis a mantener relaciones sexuales.	0 1 2 3 4

Por favor, no olvides rellenar estos datos:

Sexo: Varón Mujer (marca con una X la opción que corresponda)

Edad _____ Curso _____ Ciudad _____

- ¿Mantienes o has mantenido alguna vez relaciones sexuales con penetración? (marca con una X la opción que corresponda)

Si

No

- Si tu respuesta es SI, ¿con qué frecuencia utilizas preservativo?

Siempre

Aproximadamente, más de la mitad de las veces

Aproximadamente, menos de la mitad de las veces

Nunca

- ¿Utilizaste preservativo en tu última relación sexual?

Si

No

Si hay alguna información en el cuestionario que no hayas entendido, por favor, anótalo a continuación:

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

ANEXO 2

Estimados compañeros/as...:

Mi nombre es Juana Bretón López y trabajo en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Desde el grupo de investigación al que pertenezco (CTS-261 de Psicofisiología Clínica y Promoción de la Salud) dirigido por el profesor Gualberto Buela-Casal, estamos trabajando en una línea de **investigación sobre VIH/SIDA y prevención**. La actualidad alrededor de la epidemia del SIDA hace imprescindible las labores de prevención de la pandemia y la atención de las personas afectadas. Por ello, las actividades que desde su asociación se están desarrollando suponen una importante labor a la lucha contra el SIDA y a los avances en el cuidado y atención de las personas que de alguna manera están sufriendo directa e indirectamente las consecuencias de esta enfermedad.

El motivo de ponerme en contacto con ustedes es proponerles la posibilidad de colaboración en un importante proyecto que estamos desarrollando en la actualidad y que va enfocado a las labores de **prevención del VIH/SIDA** y en concreto, al trabajo que se está desarrollando con las campañas publicitarias de prevención. Nuestro interés es madurar una investigación ya iniciada en nuestro grupo acerca del impacto que las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA están logrando en los adolescentes, como medios importantes de difusión masiva y cuyas labores en la concienciación son esenciales en la lucha contra el SIDA. Para ello, necesitamos disponer de la publicidad preventiva que se ha venido desarrollando en los últimos años y que será objeto de estudio con las pretensiones de valorar las características necesarias para que las medidas que se desarrollen sean más eficaces. Lo anterior siempre bajo el asesoramiento de expertos y profesionales de la Publicidad, así como aquellos que trabajen en el ámbito de Psicología de la Salud y de la Prevención.

Su colaboración consistiría en la **facilitación de aquellas campañas de las que dispongan** y que, a través de diferentes medios (radio, prensa, televisión,...), hayan sido utilizadas para combatir la epidemia del SIDA y posteriormente nosotros realizar con el equipo de la Universidad las labores de evaluación correspondientes, trabajando con los expertos mencionados y con los adolescentes. Los avances y resultados acerca de la investigación serían comunicados a la asociación, que a su vez, nos tendría a

disposición para cualquier consulta o inquietud acerca del proyecto. Aunar esfuerzos alrededor de una temática como la descrita tiene una relevancia incuestionable por lo que agradeceríamos su disposición y esperamos que la posibilidad de trabajar conjuntamente se convierta en una realidad que aporte nuevos datos y beneficios en la lucha contra el SIDA.

Sin otro particular, quedando a la espera de su respuesta y aprovechando la ocasión para enviarle un cordial saludo,

Atentamente, en Granada a 25 de octubre de 2005

Juana María Bretón López

Grupo de investigación Psicofisiología Clínica y Promoción de la Salud

Facultad de Psicología

Universidad de Granada

Granada 18011

Teléfono: 958 24 37 50

Email: jbreton@ugr.es

ANEXO 3

Estimado/a Dr./Dra.:

Mi nombre es Juana Bretón López y trabajo en la Facultad de Psicología de la Universidad de Granada. Desde el grupo de investigación al que pertenezco (CTS-261 de Psicofisiología Clínica y Promoción de la Salud) dirigido por el profesor Gualberto Buela-Casal, estamos trabajando en una línea de investigación sobre VIH/SIDA y publicidad preventiva.

El motivo de ponerme en contacto con usted es pedirle su colaboración en un proyecto que estamos desarrollando en la actualidad y que va enfocado a las labores de prevención del VIH/SIDA y, en concreto, al trabajo que se está realizando con las campañas publicitarias de prevención. Para ello, hemos seleccionado un conjunto de anuncios publicitarios españoles de prevención del VIH/SIDA a través de distintos canales de presentación (televisión, radio y póster). El objetivo de la investigación es que los mismos sean objeto de valoración y lo anterior entendemos que debe ocurrir bajo el asesoramiento de profesionales expertos en la materia. En caso de que usted acepte colaborar se le remitirá el material publicitario y se le explicará, de forma detallada, las instrucciones necesarias para realizar la valoración, de tal manera que le llevará alrededor de 30 minutos entre la visualización de la publicidad y la valoración de la misma. Para una mayor facilidad en la colaboración que le solicitamos, se le entregaría en aplicación informática (*Compact Disk* para la publicidad de televisión y de radio) y en papel (breve cuadernillo para la publicidad impresa) el conjunto de anuncios que hemos seleccionado.

Debido a las fases previstas en la investigación, agradeceríamos recibir su respuesta en el plazo de una semana y en caso de que su respuesta sea afirmativa, poder contar con la valoración que usted realice del material publicitario para el 10 de Enero de 2006. En esta fecha está previsto comenzar la fase de emisión de las campañas a una muestra de adolescentes.

Ante cualquier consulta o inquietud acerca del proyecto nos tiene a su disposición. Aunar esfuerzos alrededor de una temática como la descrita tiene una relevancia incuestionable por lo que agradeceríamos su disposición y esperamos contar con su colaboración, sin la cual no sería posible realizar la investigación.

Sin otro particular, quedando a la espera de su respuesta y aprovechando la ocasión para enviarle un cordial saludo,

Atentamente,

Juana María Bretón López

Grupo de investigación Psicofisiología Clínica y Promoción de la Salud

Facultad de Psicología

Universidad de Granada

Granada 18011

Tlfno.: 958 24 37 50 Email: jbreton@ugr.es

ANEXO 4

Estimado/a Dr/Dra. :

Aprovechando la celebración el pasado día 1 de Diciembre del Día Mundial contra el SIDA, me pongo en contacto con usted para remitirle el material acerca de la investigación sobre VIH/SIDA y publicidad en la que usted amablemente ha decidido colaborar. A continuación le adjunto las instrucciones en las que se explica en detalle qué es exactamente lo que se le solicita. Ante cualquier inconveniente que pueda surgir no dude en ponerse en contacto con nosotros.

Una vez que haya terminado, por favor introduzca toda la información en el sobre que se le envía en el interior, donde van los sellos necesarios y la dirección de destino, únicamente le rogamos nos lo remita por correo postal. Recuerde que debido a las fases de la investigación agradeceríamos tener la información disponible para el 10 de enero de 2006.

En nombre de mi grupo y en el mío propio, le agradecemos la disposición que ha mostrado para participar en la investigación.

Sin otro particular y agradeciendo que nos confirme la llegada del material,

Atentamente,

Juana María Bretón López

Grupo de investigación Psicofisiología Clínica y Promoción de la Salud

Facultad de Psicología

Universidad de Granada

Granada 18011

Teléfono: 958 24 37 50

Email: jbreton@ugr.es

INSTRUCCIONES GENERALES

En la Universidad de Granada estamos efectuando un estudio sobre **VIH/SIDA y publicidad preventiva**. Resulta imprescindible contar con su colaboración para conseguir los objetivos del estudio y por eso agradecemos mucho su participación como experto en la materia. Su tarea consistirá en la evaluación de distintos anuncios publicitarios sobre VIH/SIDA. **Le rogamos que preste mucha atención a la publicidad que se le remite para realizar la evaluación.**

En primer lugar, se le entrega un *compact disk* (CD) que podrá visualizar desde un ordenador con reproductor de CD con audio y que contiene publicidad de televisión y de radio sobre VIH/SIDA. Al inicio del CD aparecerán **6 anuncios de televisión** de forma secuenciada. Además, justo antes de cada anuncio aparece una pantalla que lo indica (Anuncio 1, Anuncio 2,... Anuncio 6). Fíjese que algunos anuncios están compuestos de varias partes, considérelos como un mismo anuncio y atienda a la pantalla que indica la transición entre anuncios para la correcta evaluación de la publicidad de televisión. En concreto, **para la evaluación que realice de la publicidad en televisión** inicialmente le rogamos que visualice los 6 anuncios de televisión al completo y a continuación, y sólo una vez que los ha visto todos, es necesario que detenga el CD y entonces acuda a la **hoja de respuestas 1** que se le ha enviado y siga las instrucciones que se indican. Una vez que haya contestado a la hoja de respuestas 1 su tarea con los anuncios de televisión habrá terminado. Por favor, únicamente cuando haya visualizado todos los anuncios de televisión y haya rellenado al completo la hoja de respuestas 1, continúe con la visualización del CD para pasar a la evaluación de los anuncios de radio.

Al reiniciar el CD aparecerán **4 anuncios de radio** de forma secuenciada. Al igual que en el caso anterior, justo antes de cada anuncio aparece una pantalla que lo indica (Anuncio 1, Anuncio 2,... Anuncio 4). En este caso únicamente usted escuchará el sonido del anuncio mientras visualiza una pantalla con el eslogan del anuncio en cuestión. **Para la evaluación que realice de la publicidad en radio**, igualmente le rogamos que inicialmente visualice los 4 anuncios de radio al completo y a continuación, y sólo una vez que los ha visto todos, por favor acuda a la **hoja de respuestas 2** que se le ha enviado y siga las instrucciones que se le indican. Una vez que haya contestado a la hoja de respuestas 2 su tarea con los anuncios de radio habrá terminado.

Junto a lo anterior, se le envía un cuadernillo que contiene publicidad impresa en papel y se adjuntan unas breves instrucciones específicas en el mismo, por favor remítase a este cuadernillo y siga las instrucciones que ahí se le explican.

Una vez que haya finalizado con la evaluación de la publicidad impresa habrá concluido su colaboración con nosotros. Sentimos que la calidad del sonido y de las imágenes de la publicidad audiovisual no sean óptimas, a pesar de que se han realizado distintas labores técnicas para su mejora en la medida de lo posible.

Muchas Gracias por su Colaboración

HOJA DE RESPUESTAS 1: EVALUACIÓN DE ANUNCIOS DE TELEVISIÓN

A continuación encontrará un conjunto de pares comparados numerados del 1 al 15. Cada una de estos pares contiene la comparación entre dos de los anuncios de televisión que ha visto (separados por un guión). Para la identificación clara de los anuncios se ha elegido aquella palabra clave o eslogan más significativo del mismo. Únicamente en caso de que a través de esta palabra clave o eslogan no identifique o no recuerde el anuncio del que se trata sería necesario volver a visualizar el CD.

Su tarea consistirá únicamente en **marcar con un círculo** aquella palabra clave o eslogan referido al anuncio que en cada comparación es **más persuasivo**, entendiendo por esto el **grado de influencia que ejerce el anuncio a nivel afectivo, cognitivo y/o conductual**. Por ello, para realizar la evaluación de los anuncios de televisión tendrá que **contestar al total de los 15 pares comparados que aparecen en la hoja de respuestas 1**. Si se equivoca, rectifique su respuesta marcando con una X la palabra clave o eslogan del anuncio que desecha como más persuasivo de la comparación y vuelva a marcar con un círculo la nueva opción. Tenga en cuenta que en ocasiones es posible que encuentre dificultad en la evaluación de los anuncios. No obstante, por favor, no deje de contestar a ninguna de las comparaciones.

1.	Pajaritos	-	Póntelo Pónselo
2.	Vamos a parar el SIDA	-	Yo ♥ Tú
3.	Si da No da	-	Póntelo en la cabeza
4.	Vamos a parar el SIDA	-	Pajaritos
5.	Póntelo Pónselo	-	Yo ♥ Tú
6.	Si da No da	-	Vamos a parar el SIDA
7.	Yo ♥ Tú	-	Póntelo en la cabeza
8.	Pajaritos	-	Si da No da
9.	Póntelo Pónselo	-	Vamos a parar el SIDA
10.	Yo ♥ Tú	-	Si da No da
11.	Póntelo en la cabeza	-	Pajaritos
12.	Si da No da	-	Póntelo Pónselo
13.	Vamos a parar el SIDA	-	Póntelo en la cabeza
14.	Yo ♥ Tú	-	Pajaritos
15.	Póntelo en la cabeza	-	Póntelo Pónselo

SI HA TERMINADO DE CONTESTAR A LA HOJA DE RESPUESTAS 1 POR FAVOR A CONTINUACIÓN ESCUCHE LOS ANUNCIOS DE RADIO

**HOJA DE RESPUESTAS 2:
EVALUACIÓN DE LOS ANUNCIOS DE RADIO**

A continuación encontrará un conjunto de pares comparados numerados del 1 al 6. Cada una de estos pares contiene la comparación entre dos de los anuncios de radio que ha oído (separados por un guión). Por favor, proceda de la misma manera que hizo con los anuncios de televisión en la hoja de respuesta 1. Recuerde que su tarea consiste en **marcar con un círculo** aquella palabra clave o eslogan referido al anuncio que en cada comparación es **más persuasivo**, entendiendo por esto el **grado de influencia que ejerce el anuncio a nivel afectivo, cognitivo y/o conductual**. Por favor, no deje de contestar a ninguna de las comparaciones a pesar de que en ocasiones encuentre dificultad en la evaluación de los anuncios.

1.	Yo para ser feliz quiero un condón	-	Lo estás haciendo muy bien
2.	Y no me corta nada	-	El rap del condón
3.	Yo para ser feliz quiero un condón	-	Y no me corta nada
4.	Lo estás haciendo muy bien	-	El rap del condón
5.	Y no me corta nada	-	Lo estás haciendo muy bien
6.	El rap del condón	-	Yo para ser feliz quiero un condón

**SI HA TERMINADO DE CONTESTAR A LA HOJA DE RESPUESTAS 2 POR
FAVOR A CONTINUACIÓN PASE AL CUADERNILLO PARA LA
EVALUACIÓN DE LA PUBLICIDAD IMPRESA**

INSTRUCCIONES:

En la página siguiente puede ver un total de **12 campañas publicitarias de VIH/SIDA impresas**. Cada una de ellas tiene **debajo un número y un recuadro en la parte inferior izquierda**. Ahora usted cambiará de tarea, y para ello, es necesario que siga los pasos siguientes:

1. Observe detenidamente todas las campañas que aparecen. Después **seleccione inicialmente las 4 más persuasivas, rodeando con un círculo el número que aparece en la parte inferior izquierda de las 4 campañas seleccionadas**.
2. **Una vez seleccionadas las 4 más persuasivas, deberá ordenarlas de mayor a menor persuasión**. Obsérvelas atentamente y cuando haya decidido cuál es la campaña más persuasiva ponga un “1” en el recuadro que aparece debajo. A continuación observe las tres campañas restantes de esta primera selección y cuando decida cuál es la segunda más persuasiva ponga un “2” en el recuadro que aparece debajo. Haga lo mismo con las dos campañas restantes de las cuatro que ha seleccionado inicialmente hasta poner un “4” a la menos persuasiva.
3. A continuación, observe las ocho campañas restantes y seleccione las cuatro más persuasivas de esas ocho. En esta ocasión **tache con un aspa (X)** el número que aparece en la parte inferior izquierda de las cuatro seleccionadas. **Para esta segunda selección ordene de nuevo las campañas de más a menos persuasivas igual que en el paso anterior**. Obsérvelas atentamente y cuando haya decidido cuál es la más persuasiva ponga un “1” en el recuadro que aparece debajo de la campaña. A continuación observe las tres campañas restantes de esta segunda selección y cuando decida cuál es la segunda más persuasiva ponga un “2” en el recuadro que aparece debajo. Haga lo mismo con las dos campañas restantes de esta segunda selección hasta poner un “4” a la menos persuasiva.
4. Si sigue este procedimiento, del total de doce campañas, le quedarán cuatro sin seleccionar. Obsérvelas atentamente, **sin hacer ninguna marca** en los números que aparecen en la parte inferior izquierda de las campañas y cuando haya decidido cuál es la más persuasiva ponga un “1” en el recuadro que aparece debajo de la campaña. A continuación observe las tres campañas restantes de esta última selección y cuando decida cuál es la segunda más persuasiva ponga un “2” en el recuadro que aparece debajo. Haga lo mismo con las dos campañas restantes de esta última selección hasta poner un “4” a la menos persuasiva.
5. **Una vez que las 12 campañas que aparecen en el cuadernillo tengan adjudicado un valor en los recuadros que aparecen debajo, usted habrá culminado el trabajo con los anuncios impresos.**

**SI HA CONTESTADO AL CUADERNILLO DE LA PUBLICIDAD IMPRESA
YA HA FINALIZADO SU COLABORACIÓN
MUCHAS GRACIAS.**



1



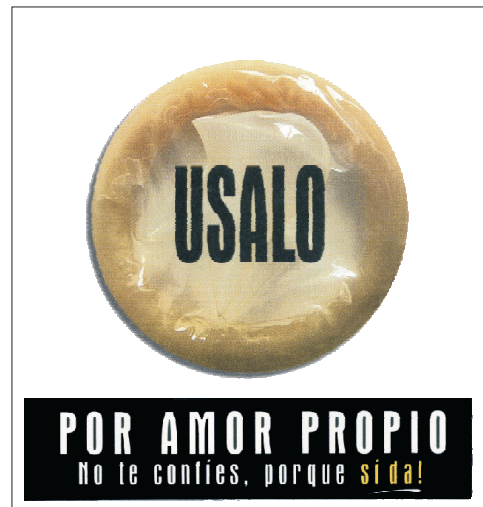
3



5



2



4



6

ANEXO 5

CUESTIONARIO CACIA

A continuación vas a leer una serie de frases que quizá describan cómo te comportas, piensas o te sientes. Cuando leas cada frase, **pon una marca (X) sobre el SI, si te describe. Si no te describe, pon una marca sobre el NO.**

- Ejemplos:
- Me gusta comer helados durante el verano..... ~~SI~~ NO
 - A menudo oigo música clásica..... SI ~~NO~~

En el primer ejemplo, el chico que ha contestado, cree que la frase le describe, y por eso ha marcado la palabra SI. En el segundo ejemplo, ha pensado que la frase no le describe, y por eso ha marcado la palabra NO.

Procura responder sin detenerte excesivamente en cada frase. Contesta a todas las frases. Cuando termines, repásalas, a ver si te has dejado alguna en blanco y la respondes. No hay respuestas buenas o malas, ni verdaderas ni falsas; **procura ser totalmente sincero al contestar.**

1. Normalmente hago las cosas que realmente me gustan, aunque haya cosas más urgentes que hacer..... SI NO
2. Si sé que hacer algo que me gusta me impedirá trabajar después, lo dejo para cuando ya haya trabajado..... SI NO
3. Casi siempre hago las cosas que me gustan, aunque tenga cosas más importantes que hacer..... SI NO
4. Pocas veces corrijo mis tareas para ver los aciertos y los errores, aunque quiera hacerlas mejor..... SI NO
5. Cuando estoy perezoso y quiero estudiar, procuro quitar de mi vida todo lo que me pueda distraer (juguetes, discos, tebeos, etc.)..... SI NO
6. Recuerdo mis obligaciones en casa..... SI NO
7. Ante todo, prefiero terminar una tarea que tengo que hacer y después comenzar con las que realmente me gustan..... SI NO
8. Si alguien me dijera que tengo que hacer algo difícil y costoso para mí, me marcaría unos pasos o etapas para saber si lo voy consiguiendo..... SI NO
9. Si quiero ahorrar dinero, voy apuntando el dinero que me gasto para saber lo que me queda..... SI NO
10. Muchas veces evito hacer algo que me gusta porque sé que no debo..... SI NO
11. Actúo conforme me apetece en el momento..... SI NO
12. Tiendo a retrasar los deberes que me aburren, aunque los pueda hacer enseguida..... SI NO
13. Suelo olvidarme de anotar los deberes de clase que tengo que hacer en casa..... SI NO
14. Cuando tengo muchas cosas que hacer, me olvido de hacer una lista para recordarlas..... SI NO
15. Normalmente ignoro el tiempo que estudio cada día..... SI NO
16. Creo que uno tiene derecho a divertirse aunque no haya cumplido antes con sus obligaciones..... SI NO
17. Hasta que termino con lo que tengo que hacer me es imposible disfrutar con mis diversiones..... SI NO
18. Si hoy me pusiera un cartel para acordarme de hacer las cosas que me cuestan esfuerzo (por ejemplo, evitar enfadarme o chillar, dejar ordenada la habitación, etc.), sería la primera vez que lo hago..... SI NO
19. Cuando dejo las tareas sin hacer, sólo pienso en las cosas con que me estoy divirtiendo..... SI NO

ESCALA IRS REDUCIDA

A continuación verás una serie de enunciados que expresan opiniones relacionadas con los hombres y las mujeres. Te pedimos que leas cada enunciado atentamente y que luego lo evalúes de acuerdo con la siguiente escala:

1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Totalmente de acuerdo				Ni de acuerdo ni en desacuerdo			Totalmente en desacuerdo			
1. Aunque a algunas mujeres les guste trabajar fuera del hogar, debería ser responsabilidad última del hombre suministrar el sostén económico a su familia. _____										
2. Es natural que hombres y mujeres desempeñen diferentes tareas _____										
3. Si un niño está enfermo y ambos padres están trabajando debe ser generalmente la madre quien pida permiso en el trabajo para cuidarlo _____										
4. Es mejor que una mujer intente lograr seguridad animando a su marido en el trabajo que poniéndose delante de él con su propia carrera _____										
5. Es más importante para una mujer que para un hombre llegar virgen al matrimonio _____										
6. La relación ideal entre marido y esposa es la de interdependencia, en la cual el hombre ayuda a la mujer con su soporte económico y ella satisface sus necesidades domésticas y emocionales _____										
7. Es más apropiado que una madre y no un padre cambie los pañales del bebé _____										
8. Considero bastante más desagradable que una mujer diga tacos y palabras malsonantes que el que los diga un hombre _____										
9. Las relaciones extramatrimoniales son más condenables en la mujer _____										
10. La mujer debería reconocer que igual que hay trabajos no deseables para ellas por requerir de la fuerza física, hay otros que no lo son debido a sus características psicológicas _____										
11. Hay muchos trabajos en los cuales los hombres deberían tener preferencia sobre las mujeres a la hora de los ascensos y de la promoción _____										
12. Los hombres, en general, están mejor preparados que las mujeres para el mundo de la política _____										

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

ESCALA DE BÚSQUEDA DE SENSACIONES SEXUALES

A continuación, se presentan una serie de afirmaciones que algunas personas utilizan para describirse a sí mismas. Lee atentamente cada afirmación y rodea con un círculo el número que muestre cuánto crees que esa frase te describe.

IMPORTANTE: Si NUNCA has tenido una pareja sexual, imagínate cómo contestarías en caso de que la tuvieras.

SEXO: Varón Mujer **EDAD:**

	En absoluto	Ligeramente	Bastante	Muchísimo
1.- Me gustan los encuentros sexuales salvajes y “desinhibidos”	1	2	3	4
2.- Las sensaciones físicas son lo más importante en el sexo	1	2	3	4
3.- Disfruto la sensación de mantener relaciones sexuales sin preservativo	1	2	3	4
4.- Mis parejas sexuales probablemente piensan que soy una persona que hace cosas arriesgadas	1	2	3	4
5.- Cuando se trata de sexo, la atracción física es más importante que lo bien que yo conozca a la persona	1	2	3	4
6.- Disfruto de la compañía de gente “sensual”	1	2	3	4
7.- Disfruto viendo películas “porno”	1	2	3	4
8.- He dicho cosas que no son del todo ciertas para conseguir que una persona tenga sexo conmigo	1	2	3	4
9.- Estoy interesado en probar nuevas experiencias sexuales	1	2	3	4
10.- Me apetece explorar mi sexualidad	1	2	3	4
11.- Me gustan las sensaciones y experiencias sexuales nuevas y excitantes	1	2	3	4

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

BEM SEX ROLE INVENTORY, BSRI

Basándote en una escala de 1 a 7, indica en qué grado se dan en ti las características recogidas en este cuestionario. **Una puntuación 1 indicará que la característica NUNCA se da en ti, mientras que un 7 indicará que se da SIEMPRE. Pon una X sobre el número elegido. Por favor, no dejes ninguna sin respuesta.**

1. Confiado/a en sí mismo/a	1	2	3	4	5	6	7
2. Alegre	1	2	3	4	5	6	7
3. Defensor/a de sus propias creencias	1	2	3	4	5	6	7
4. Afectuoso/a	1	2	3	4	5	6	7
5. Independiente	1	2	3	4	5	6	7
6. Leal	1	2	3	4	5	6	7
7. De personalidad fuerte	1	2	3	4	5	6	7
8. Simpático/a	1	2	3	4	5	6	7
9. Con capacidad de liderazgo	1	2	3	4	5	6	7
10. Sensible ante las necesidades de los	1	2	3	4	5	6	7
11. Dispuesto o dispuesta a arriesgarse	1	2	3	4	5	6	7
12. Comprensivo/a	1	2	3	4	5	6	7
13. Decide con facilidad	1	2	3	4	5	6	7
14. Compasivo/a	1	2	3	4	5	6	7
15. Autosuficiente	1	2	3	4	5	6	7
16. Habla con suavidad	1	2	3	4	5	6	7
17. Dominante	1	2	3	4	5	6	7
18. Acogedor/a	1	2	3	4	5	6	7
19. Dispuesto/a a asumir responsabilidades	1	2	3	4	5	6	7
20. Tierno/a	1	2	3	4	5	6	7
21. Actúa como líder	1	2	3	4	5	6	7
22. Dulce	1	2	3	4	5	6	7

POR FAVOR CONTINÚE EN LA SIGUIENTE PÁGINA

BÚSQUEDA DE SENSACIONES DE ARNETT

Este cuestionario contiene 20 frases. Lee, por favor, cada una de ellas y escoge de las cuatro opciones de respuesta, A, B, C, o D, aquella que se corresponde mejor con tu manera más frecuente de ser, pensar o actuar. No hay respuestas correctas ni incorrectas, ni tampoco respuestas buenas o malas. Asegúrate de responder a todas las frases. Ya puedes comenzar. Gracias.

Me describe muy bien	Me describe algo	No me describe muy bien	No me describe en absoluto
A	B	C	D

1. Considero que podría ser interesante casarse con alguien de un país extranjero A B C D
2. Cuando el agua está muy fría, prefiero no bañarme aunque el día sea muy caluroso A B C D
3. Si tengo que esperar una larga cola, generalmente soy paciente A B C D
4. Cuando escucho música me gusta oírla fuerte A B C D
5. Cuando tengo que hacer un viaje, pienso que lo mejor es hacer los menos planes posibles y hacer el viaje tal y como vaya saliendo A B C D
6. Prefiero no ir a ver una película que sea de miedo o de mucho suspense A B C D
7. Pienso que es excitante y divertido actuar o hablar delante de un grupo. A B C D
8. Si fuese a un parque de atracciones, preferiría subir a la montaña rusa o a otras atracciones rápidas A B C D
9. Me gustaría viajar a lugares desconocidos y remotos A B C D
10. Nunca me gustaría jugar el dinero, aunque pudiera permitírmelo A B C D
11. Disfrutaría siendo uno de los primeros exploradores de lugares desconocidos A B C D
12. Me gustan las películas donde hay muchas explosiones y persecuciones de coches A B C D
13. No me gustan las películas muy calientes y picantes A B C D
14. En general, trabajo mejor cuando estoy bajo presión o urgencia. A B C D
15. Frecuentemente, me gusta tener la radio o televisión encendidas mientras estoy haciendo otras cosas, como por ejemplo leer o hacer limpieza A B C D
16. Sería interesante ver un accidente de coche A B C D
17. Pienso que lo mejor es arreglar los asuntos familiares comiendo en un restaurante A B C D

18. Me gusta la sensación de estar cerca del borde de un lugar alto y mirar hacia abajo **A B C D**
19. Si fuera posible visitar otro planeta o la luna libremente, sería de los primeros en apuntarme **A B C D**
20. Puedo pensar que sea excitante estar en un barco en tiempos de guerra **A B C D**

YA HAS TERMINADO, ¡MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!