



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN: ANTROPOLOGÍA APLICADA:**

**SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO**

## **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

---

**DIFERENCIAS EN LAS CONDUCTAS SEXUALES DE  
PREVENCIÓN ENTRE MUJERES Y HOMBRES: ESTUDIO  
PILOTO**

**Autora: Dña. Karla María Guzmán Guevara**

**Tutora Académica: Dra. Cristina Jenaro Río**

Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y  
Tratamiento Psicológicos.

**Junio 2011**





**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**MÁSTER UNIVERSITARIO EN: ANTROPOLOGÍA APLICADA: SALUD Y  
DESARROLLO COMUNITARIO**

## **TRABAJO FIN DE MÁSTER**

---

**DIFERENCIAS EN LAS CONDUCTAS SEXUALES DE  
PREVENCIÓN ENTRE MUJERES Y HOMBRES: ESTUDIO  
PILOTO**

**Autora: Dña. Karla María Guzmán Guevara**

**Tutora Académica: Dra. Cristina Jenaro Río**

Profesora Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y  
Tratamiento Psicológicos.



## Índice de Contenidos

---

<b><u>INTRODUCCIÓN</u></b> .....	<b>13</b>
<b><u>1 MARCO TEÓRICO: VIH/SIDA SITUACIÓN GENERAL, VULNERABILIDAD Y PREVENCIÓN</u></b> .....	<b>19</b>
1.1 VIH/SIDA. SITUACIÓN GENERAL.....	19
1.2 SALUD SEXUAL.....	23
1.2.1 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA SALUD SEXUAL.....	27
1.3 GRUPOS DE RIESGO Y VULNERABILIDAD ANTE EL VIH.....	28
1.3.1 JÓVENES Y VIH.....	30
1.3.2 GÉNERO Y VIH.....	31
1.4 PROTECCIÓN ANTE EL VIH/SIDA.....	33
1.4.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TRANSMISIÓN DEL VIH.....	35
1.4.2 CONDUCTAS SEXUALES DE PREVENCIÓN .....	39
1.5 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN.....	46
<b><u>2 CAPÍTULO EMPÍRICO: EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE PREVENCIÓN EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA. ESTUDIO PILOTO</u></b> .....	<b>51</b>
2.1 PRESENTACIÓN.....	51
2.2 OBJETIVOS .....	52
2.3 HIPÓTESIS.....	53
2.4 MÉTODO.....	54
2.4.1 VARIABLES .....	54
2.4.2 ANÁLISIS.....	54
2.4.3 DISEÑO .....	55
2.4.4 PROCEDIMIENTO .....	55
2.4.5 PARTICIPANTES.....	55
2.4.6 INSTRUMENTOS.....	58
2.5 RESULTADOS.....	65
2.5.1 CONTRASTE DE HIPÓTESIS.....	76
2.6 RESUMEN.....	107
<b><u>3 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN</u></b> .....	<b>116</b>
<b><u>4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	<b>128</b>
<b><u>5 ANEXO I. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN ONLINE</u></b> .....	<b>134</b>



## Índice de Tablas

---

Tabla 1. Distribución por comunidad autónoma .....	56
Tabla 2. Estadísticos total-elemento (subescala original de costes) .....	59
Tabla 3. Estadísticos total-elemento (subescala de costes, eliminados los ítems 13, 32 y 40) .....	60
Tabla 4. Estadísticos total-elemento (subescala original de beneficios) .....	61
Tabla 5. Estadísticos total-elemento de la subescala de beneficios (eliminados los ítems 25, 36, 41 y 43) .....	62
Tabla 6. Métodos anticonceptivos utilizados .....	67
Tabla 7. Uso de preservativo.....	69
Tabla 8. Estadísticos descriptivos y dispersión de las puntuaciones (Frecuencia de relaciones coitales y de uso de métodos anticonceptivos) .....	69
Tabla 9. Precauciones para evitar infección por de VIH.....	70
Tabla 10. ¿Cree que las precauciones que toma son suficientes para no infectarse con el VIH? .....	71
Tabla 11. Costes y beneficios del preservativo .....	72
Tabla 12. Conocimientos sobre el uso del preservativo .....	74
Tabla 13. Conocimientos sobre transmisión del VIH/SIDA.....	75
Tabla 14. Conocimientos relativos a las conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH .....	76
Tabla 15. Correlaciones entre los factores de la Escala de Conocimientos y la conducta sexual ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). .....	77
Tabla 16. Correlaciones entre beneficios, conocimientos y conductas sexuales de prevención ** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral). .....	78
Tabla 17. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en las variables de interés, en función del sexo .....	79
Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Defina sus relaciones sexuales coitales” .....	80
Tabla 19. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función de la ideología política .....	82
Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano” .....	83
Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Sólo tengo relaciones coitales con una persona” .....	84
Tabla 22. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Utilizo el coito interrumpido” .....	85

Tabla 23. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del nivel formativo .....	86
Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano” .....	87
Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente” .....	88
Tabla 26. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Utilizo la píldora anticonceptiva” .....	89
Tabla 27. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Acudo al médico para realizarme controles periódicos” .....	89
Tabla 28. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del nivel de experiencia sexual .....	91
Tabla 29. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del comportamiento sexual actual.....	93
Tabla 30. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente” .....	94
Tabla 31. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona” .....	95
Tabla 32. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo” .....	96
Tabla 33. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Utilizo el preservativo (condón)” .....	97
Tabla 34. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Acudo al médico para realizarme controles periódicos .....	98
Tabla 35. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona” .....	99
Tabla 36. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo” .....	100
Tabla 37. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Me abstengo de tener relaciones sexuales si no tengo una medida preventiva” .....	101
Tabla 38. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “No tengo relaciones sexuales con gente que se inyecta droga” .....	102
Tabla 39. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente” .....	103
Tabla 40. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida” .....	104
Tabla 41. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona” .....	105
Tabla 42. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual” .....	106



## Índice de Figuras

---

Figura 1. Número de personas -en millones- viviendo con VIH a nivel mundial desde 1990 hasta 2009 (UNAIDS, 2010d) .....	20
Figura 2. Número de personas -en millones- viviendo con VIH en Norteamérica y Europa Occidental y Central desde 1990 hasta 2009 (UNAIDS, 2010d).....	21
Figura 3. Esquema de los componentes del Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, et al., 1994).....	26
Figura 4. Esquema de la vulnerabilidad de género al VIH.....	32
Figura 5. Distribución por edad .....	56
Figura 6. Ideología política .....	57
Figura 7. Nivel de experiencia sexual máxima a lo largo de su vida .....	66
Figura 8. Comportamiento sexual actual .....	66
Figura 9. Definición de las relaciones sexuales coitales.....	67
Figura 10. Porcentaje de uso del preservativo en las relaciones sexuales .....	68
Figura 11. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Defina sus relaciones sexuales coitales” .....	80
Figura 12. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano” .....	83
Figura 13. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Sólo tengo relaciones coitales con una persona” .....	84
Figura 14. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Utilizo el coito interrumpido” .....	85
Figura 15. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano” .....	87
Figura 16. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente” .....	88
Figura 17. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Utilizo la píldora anticonceptiva” .....	89
Figura 18. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Acudo al médico para realizarme controles periódicos” .....	90
Figura 19. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente” .....	95
Figura 20. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona” .....	96
Figura 21. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo” .....	97

Figura 22. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Utilizo el preservativo (condón)” .....	98
Figura 23. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Acudo al médico para realizarme controles periódicos .....	99
Figura 24. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona” .....	100
Figura 25. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo” .....	101
Figura 26. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Me abstengo de tener relaciones sexuales si no tengo una medida preventiva” .....	102
Figura 27. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “No tengo relaciones sexuales con gente que se inyecta droga” .....	103
Figura 28. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente” .....	104
Figura 29. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida” .....	105
Figura 30. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona” .....	106
Figura 31. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual” .....	107

## **Agradecimientos**

En primer lugar quiero agradecer a la Universidad de Salamanca por brindarme la oportunidad presente; especialmente a Cristina Jenaro Río, por acompañarme y guiarme en este proceso.

A Emma, quien aunque ya no esté en este mundo, me sigue motivando a buscar nuevas rutas mediante su ejemplo de vida.

Por supuesto a Ana María, Gabriela y Enrique(s); aunque de lejos, siempre tan cerca.

De igual forma a mis compañeras y compañeros del Máster.

Finalmente, a todas a aquellas personas que de una u otra manera colaboraron con el presente estudio.



## INTRODUCCIÓN

Actualmente, la epidemia del VIH/SIDA sigue siendo uno de los problemas de salud pública más relevantes globalmente; es considerada la sexta causa de muerte (WHO, 2009). El impacto que provoca esta epidemia a todo nivel, físico, psicológico, social y económico aun es muy importante a pesar de los avances habidos sobre todo en cuanto al tratamiento y a la prevención de la transmisión vertical.

El impacto de la epidemia ha sido mayor en regiones como África Subsahariana; sin embargo los países más desarrollados no han escapado del mismo. Así, Norteamérica y Europa Occidental y Central, también se han visto afectadas por un crecimiento en el número de nuevas infecciones y de la cantidad de personas viviendo con VIH.

Existe una serie de factores biopsicosociales que hacen que la población joven sea un grupo especialmente vulnerable de hecho un alto porcentaje de la epidemia se concentra en este segmento poblacional.

En España, la epidemia ha ido variando ya que en sus inicios la principal vía de transmisión era la sanguínea a través de material infectado para la administración parenteral de drogas. Actualmente se observa un predominio de la transmisión sexual (Instituto\_de\_Salud\_Carlos\_III, 2010).

El enfoque preventivo tiene mucha relevancia para contribuir a la erradicación de la epidemia. El mismo debe basarse en estrategias que partan de datos epidemiológicos disponibles sobre la infección y de los conocimientos sobre la Antropología, Sociología y Psicología que tengan como objetivo romper la cadena de transmisión del virus teniendo en cuenta las vías vertical, parenteral y sexual (Del Río y Curran, 2006). En el tema de prevención se están implementando programas dirigidos a diferentes tipos de población tanto general, vulnerable y en alto riesgo utilizando la “prevención combinada” que incluye un amplio rango de intervenciones como programas de uso de preservativo masculino y femenino, iniciación temprana en el tratamiento, circuncisión masculina, profilaxis post-exposición e intervenciones

conductuales específicas para reducir el riesgo sexual; implementando educación sexual y modificando los servicios respondiendo a necesidades específicas de la juventud como población vulnerable en varios sentidos (WHO, 2010b). Dado que la principal vía de transmisión del VIH/SIDA es la sexual es necesario enfocar la atención en la prevención sexual primaria; ésta requiere de un análisis tanto de las conductas sexuales de prevención específicamente, como de los factores psicológicos y socioculturales que directa o indirectamente influyen en ellas.

Así pues, una de las razones por las que hemos llevado a cabo el presente estudio ha sido la necesidad de profundizar en las conductas sexuales de prevención- y de riesgo- de la población joven así como en el conocimiento de los factores psicológicos y socioculturales que influyen en la realización de tales conductas.

Por otro lado, los programas de prevención tendrán éxito tan solo en la medida en que sean aplicados estratégicamente, basándose en evidencia científica, con un entendimiento claro de la epidemia local identificando no sólo conductas sino también factores socioculturales asociados a las mismas. En consecuencia, en el presente trabajo se abordará el problema de prevención y riesgo de la transmisión de VIH/SIDA, con el objetivo de conocer la situación respecto a la información y prácticas sexuales de prevención y de riesgo puestas en marcha por un grupo que pertenece a la población universitaria. De manera que se pretende a nivel general, identificar los beneficios percibidos sobre el uso del preservativo, el conocimiento sobre el uso del preservativo y sobre transmisión-prevención del VIH/SIDA y las conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH, así como la asociación entre todas estas variables. Así mismo, pretendemos establecer comparaciones entre mujeres y hombres en las variables previamente comentadas.

Específicamente, en este estudio se describe el nivel de experiencia sexual, el comportamiento sexual actual, tipo de relación (monógama, polígama) y las conductas sexuales de prevención (uso del preservativo, porcentajes de su uso, prácticas eficaces para no infectarse con VIH). También se identifican los costes y beneficios percibidos sobre el uso del preservativo y

se valora el nivel de conocimientos respecto al uso del preservativo y a la transmisión y prevención de VIH/SIDA. Además se determina la asociación entre conocimientos (sobre el uso del preservativo y transmisión-prevención del VIH/SIDA) y conductas sexuales de prevención, se establece la relación entre el beneficio percibido sobre el uso del preservativo, el conocimiento sobre el uso del preservativo y transmisión-prevención del VIH/SIDA y las conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH. También se analiza la influencia de los factores socio-demográficos sobre las conductas sexuales de prevención y se determina si el nivel de experiencia sexual (pasada y presente) y el tipo de relación sexual (monógama, polígama) se asocian con los beneficios percibidos, conocimientos y conductas sexuales de prevención.

En cuanto a la estructura del presente trabajo, éste se organiza en cinco capítulos. En el primero se hace referencia al marco teórico; el segundo capítulo es de corte empírico y en él se presentan el trabajo de campo realizado y los resultados obtenidos, en el tercero se incluye la discusión y las conclusiones. En el cuarto capítulo se incluyen las referencias bibliográficas y en el último el anexo que detalla la encuesta utilizada para la recogida de datos.

Se aborda, en el *primer capítulo* la situación del VIH/SIDA a nivel global y específicamente en España. Los avances en el tema y aspectos a mejorar. Posteriormente se definen las conductas de riesgo y de salud enmarcadas en el tema de salud sexual. Las mismas se intentan explicar desde un modelo teórico, concretamente el Modelo de Creencias de Salud. También se alude a los grupos de riesgo y vulnerabilidad ante el VIH/SIDA, específicamente los jóvenes y mujeres. Luego, se explica la protección ante el VIH/SIDA enfatizando la prevención sexual por ser de mayor interés para nuestro estudio. Así, se definen las conductas sexuales de prevención y se profundiza en los factores que pueden facilitar las conductas de riesgo que en la literatura se han asociado a la transmisión del VIH/SIDA: conocimientos e información sobre el tema, factores psicológicos y socioculturales. Dado que entre las conductas sexuales de prevención cobra especial importancia el uso del preservativo, se

analiza su uso y algunas variables que en otros estudios se han encontrado asociadas al mismo como son el nivel de conocimientos, los costes y beneficios, la habilidad autopercebida, la intención y motivos de uso y los factores socioculturales. Por último se describe la manera en que se ha intentado o se debería de abordar la problemática mediante programas de prevención.

Tras la revisión teórica, se plantea en el *segundo capítulo* la parte empírica del estudio. En primer lugar se describen los objetivos e hipótesis. A continuación, en cuanto al método, se explican las variables independientes que incluyen datos socio-demográficos, nivel de experiencia sexual y tipo de relación sexual (monógama-polígama) y las variables dependientes que son las conductas sexuales de prevención (frecuencia del uso de preservativo, porcentaje de uso del preservativo, precauciones tomadas para no infectarse por VIH). Además se describen los análisis y diseño utilizados así como el procedimiento seguido para realizar el presente estudio. También se analiza el perfil de la muestra según sus principales características demográficas. Se incluye además una descripción del instrumento utilizado, conformado a su vez por diferentes variables socio-demográficas y por tres escalas: (1) la Escala de costes y beneficios del preservativo, (2) la Escala de conocimientos y (3) la Escala de conducta sexual (Ubillos, Insúa, y De Andrés, 1999). Estas escalas han demostrado suficientes garantías de fiabilidad y validez habiendo sido aplicadas en investigaciones psicosociales por encuesta, en diferentes muestras y colectivos de contextos culturales dispares (países desarrollados y en vías de desarrollo). Además se presenta el análisis realizado en el presente trabajo respecto a la fiabilidad de las escalas susceptibles de tales análisis. El capítulo continúa entonces con la exposición de los principales resultados. En primer lugar los relativos a las conductas sexuales de las y los participantes empezando por el nivel de experiencia sexual a lo largo de su vida, siguiendo con el comportamiento sexual actual, definición del tipo de relación, uso de métodos anticonceptivos, incluido el uso del preservativo, porcentaje de uso del preservativo, precauciones para evitar la infección por VIH. En segundo lugar se describen los resultados obtenidos tanto en la Escala de costes y beneficios del uso del preservativo como en la Escala de conocimientos. Posteriormente



se exponen los resultados del contraste de las hipótesis. En primer lugar la relación entre conocimientos y conductas de prevención. En segundo lugar la asociación entre beneficios, conocimientos y conductas sexuales de prevención. También se presentan las diferencias en función del sexo y en función de factores sociodemográficos. Por último, se analiza la asociación entre experiencia y tipo de relación sexual con beneficios, conocimientos y conductas sexuales de prevención. Para finalizar el capítulo se incluye un resumen de los resultados obtenidos con base en los objetivos e hipótesis.

En el *tercer capítulo* se presentan las conclusiones elaboradas a partir de la revisión bibliográfica y de los resultados descritos en el segundo capítulo. Así, con el apoyo de la teoría se presentan las conclusiones. También se reconocen las limitaciones del estudio y las propuestas de acción e investigación futuras.

El *cuarto capítulo* recoge siguiendo las normas de la APA las fuentes bibliográficas consultadas.

Por último, el apartado de *anexo* incluye el instrumento empleado para recoger los datos que, como expondremos con más detalle posteriormente fue aplicado *online*.

En suma, con este estudio piloto “Diferencias en las conductas sexuales de prevención entre mujeres y hombres” pretendemos obtener mayor información que sea de utilidad para comprender la epidemia del VIH reconociendo la importancia que la misma tiene en el marco de la salud pública y teniendo en cuenta que para optimizar los programas de prevención éstos deben construirse desde un entendimiento de los grupos a los que van dirigidos.



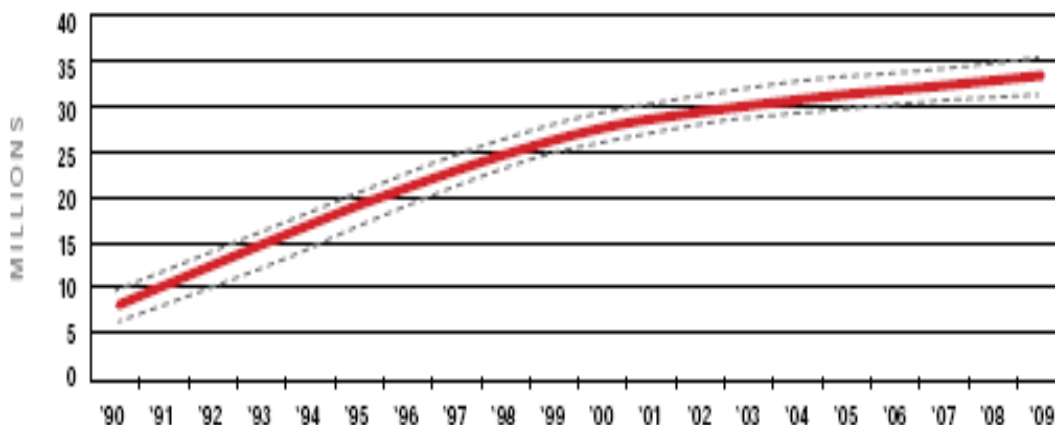
# 1 MARCO TEÓRICO: VIH/SIDA SITUACIÓN GENERAL, VULNERABILIDAD Y PREVENCIÓN

## 1.1 VIH/SIDA. SITUACIÓN GENERAL

La epidemia de VIH/SIDA es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial. El virus de inmunodeficiencia adquirida (VIH) es el causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Se conocen dos serotipos del virus con múltiples variantes; el VIH1 presente en la mayor parte del mundo y el VIH2 que se encuentra principalmente en África occidental. El VIH pertenece al género *Lentiviridae* de la familia de los retrovirus y se caracteriza por producir una infección lenta y persistente que, después de un largo período de replicación puede causar enfermedades (Correa, 2005). Su comportamiento es muy diverso; al comienzo, en la fase de seropositividad manifiesta pocos síntomas o ninguno pero en el curso de su desarrollo el virus debilita la capacidad de defensa del cuerpo porque se multiplica en los glóbulos blancos y luego los destruye. Los anticuerpos que se forman no consiguen destruirlo pero sirven para diagnosticar la infección; el virus puede transmitirse incluso tres meses antes de formados dichos anticuerpos. Después de un tiempo pueden desarrollarse los síntomas de SIDA y éstos varían dependiendo de las infecciones oportunistas que ataquen a la persona (Aramini, 2007).

Respecto a la relevancia global del tema, en 2009 había más de 33 millones de personas viviendo con VIH, 2,6 millones de nuevas infecciones por VIH, con una prevalencia de 0,8 en personas de 15 a 49 años y 1,8 millones de muertes por SIDA (UNAIDS, 2010d).

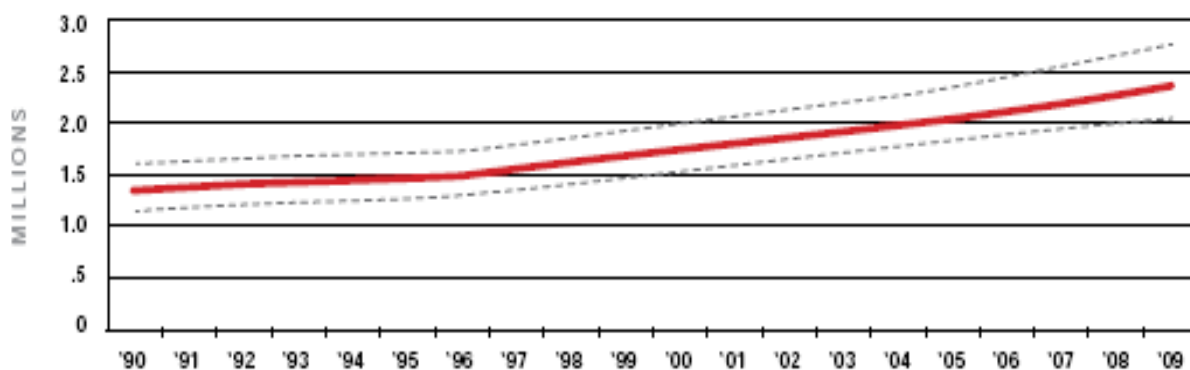
En la Figura 1 puede observarse cómo a través de los años, ha ido aumentando el número de personas que viven con VIH.



**Figura 1. Número de personas -en millones- viviendo con VIH a nivel mundial desde 1990 hasta 2009 (UNAIDS, 2010d)**

En cuanto a la distribución geográfica de personas viviendo con VIH, en 2009 ésta abarcaba 22,5 millones en África Subsahariana; le seguían el Sur y Sureste de Asia con 4,1 millones; Norteamérica con 1,5 millones. Por su parte Europa del Este, Asia Central, Centro y Sur América tenían 1,4 cada una. Por último, los casos en Europa Occidental y Central ascendían a 820 mil. Además, la prevalencia más alta también fue para África subsahariana con 5.0% siendo esta región la más afectada por la epidemia (UNAIDS, 2010d).

Los países desarrollados también están afectados por el VIH/SIDA; el número de nuevas infecciones en Norteamérica y Europa Occidental y Central aumentó de 97 mil a 100 mil entre 2001 y 2009 y el número total de personas viviendo con VIH continúa creciendo. Se estima que en 2009 ha alcanzado los 2,3 millones de personas afectadas, lo que supone un 30% más que en 2001 (UNAIDS, 2010d) cuando había 1,8 millones. En la Figura 2 puede apreciarse la tendencia al aumento en el número de personas viviendo con VIH en Norteamérica y Europa occidental y central a través de los años.



**Figura 2. Número de personas -en millones- viviendo con VIH en Norteamérica y Europa Occidental y Central desde 1990 hasta 2009 (UNAIDS, 2010d)**

Cabe también señalar que algunos lugares de Europa tienen la más alta tasa de crecimiento anual de nuevas infecciones por VIH. Dicho de otro modo, cada año, decenas de miles de personas europeas adquieren el virus (Matic, 2006).

En cuanto a España, desde el inicio de la epidemia se han notificado un total de 79,363 casos de SIDA y a pesar del descenso de la incidencia desde el comienzo de la utilización de tratamientos antirretrovirales, éste sigue siendo uno de los países con mayor incidencia de SIDA en Europa Occidental. Para 2009, el número de personas viviendo con VIH en España era 130 mil mayores de 15 años; de ellas, 32 mil eran mujeres. La prevalencia en personas adultas de entre 15 y 49 años era de 0,4 y el número de fallecimientos por SIDA 1,600 (UNAIDS, 2010d). En ese mismo año se diagnosticaron 1,275 casos de SIDA; en cuanto a las vías de transmisión, el 32 % de personas que desarrollaron SIDA contrajeron la infección por compartir material de inyección para la administración parenteral de drogas mientras que, el 34, 7% de los casos la contrajeron por relaciones heterosexuales no protegidas. La tercera vía de transmisión más frecuente fue las relaciones sexuales entre hombres (23%). De tal manera que, en conjunto se observa un predominio de la transmisión sexual en España con un 57% de los nuevos casos de SIDA en 2009 (Instituto\_de\_Salud\_Carlos\_III, 2010).

En general, respecto al tema VIH/SIDA, ha habido algunos avances. Por ejemplo, respecto a las nuevas infecciones, los datos del año 2009 señalan que

éstas han disminuido en un 19% desde 1999. También se ha experimentado una disminución de la incidencia global en más del 25% entre el 2001 y 2009. Así el número de muertes relacionadas con SIDA ha descendido de 2,1 millones en 2004 a 1,8 millones en 2009, quizá porque se ha incrementado en un 30% anual en el número de personas que reciben por primera vez tratamiento antirretroviral (TAR) para el VIH. Así mismo, la reducción en la transmisión madre-hija o hijo ha pasado de 500 mil infecciones en 2001 a 370 mil en 2009. En la misma línea se ha experimentado un aumento en el uso del preservativo (UNAIDS, 2010d).

Por otro lado existen aspectos negativos o situaciones a mejorar. Así, en 7 países, 5 de ellos de Europa del Este y Asia Central, la incidencia del VIH se ha incrementado en más del 25% entre el 2001 y 2009. Además se ha estimado que sólo el 35% de personas que lo necesitan reciben tratamiento para el VIH y desde el año 1999 al 2009 ha habido un incremento del 27% en la cantidad de personas viviendo con VIH a nivel global. Un dato muy relevante es que menos del 40% de las personas que viven con VIH conocen su estado. Muchas no se realizan la prueba por el *estigma y discriminación* asociados (WHO, 2010b).

La epidemia del VIH/SIDA es la sexta causa de muerte a nivel mundial y a pesar de que en términos generales el número de muertes se ha estabilizado y ha empezado a descender en los últimos años- probablemente debido al incremento en el acceso al tratamiento para el VIH y por el cambio en los patrones de comportamiento sexual en la mayoría de países africanos afectados- actualmente, continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (WHO, 2009).

Además, el VIH/SIDA se relaciona de cerca con una amplia gama de problemas de salud como dependencia de drogas, tuberculosis, seguridad sanguínea y salud reproductiva y sexual (WHO, 2010b). A continuación nos centraremos en este último tema de la salud sexual, por su estrecha relación con los objetivos de este trabajo de investigación.

## 1.2 SALUD SEXUAL

La Organización Mundial de la Salud partiendo de su concepto de salud de 1948 definida como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de lesión o enfermedad”, entiende la salud sexual como:

“un estado de bienestar físico, emocional, mental y social en relación a la sexualidad; no solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o lesión. La salud sexual requiere de una aproximación positiva y respetuosa de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como de la posibilidad de tener experiencias placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para conseguir y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de las personas” (WHO, 2006, p. 5).

Tal definición incluye una perspectiva holista que implica no solo el aspecto físico, sino también el psicológico (emocional y mental) y el social o cultural. Actualmente la tendencia es considerar a la salud dentro de un **modelo biopsicosocial** que reconoce la etiología multifactorial y por tanto la necesidad de una colaboración intersectorial e interdisciplinar para resolver los problemas de salud (León, Medina, Barriga, Ballesteros, y Herrera, 2004). En otras palabras, el aspecto sexual no puede ser considerado únicamente desde una perspectiva física para ser comprendido. Cada vez es mayor la evidencia del peso que ejercen sobre la salud las conductas, los estados psicológicos y el contexto en el que vivimos (Becoña, Vásquez, y Oblitas, 2000).

Por ejemplo, está claro que la salud depende en gran medida de conductas (Becoña, et al., 2000); éstas pueden ser clasificadas en función de sus efectos sobre la salud siendo posible distinguir entre las conductas que contribuyen a que enfermemos y otras que pueden protegernos y reducir el riesgo de enfermedad. Las primeras son conocidas como **conductas de riesgo** y entre ellas se puede mencionar la ausencia de ejercicio físico, comer

en exceso, no vigilar el peso, discutir frecuentemente, carecer de higiene personal, fumar, ingerir alcohol en exceso entre otras.

Por otro lado, entre las **conductas protectoras de la salud o conductas de prevención** están: desayunar todos los días, tener una dieta equilibrada, mantener el peso corporal dentro de los límites normales, dormir siete u ocho horas cada noche, no fumar, búsqueda de atención sanitaria y adherencia a los regímenes tratamientos médicos (León, et al., 2004).

Con base a lo anterior cabría esperar que las personas rechazaran o evitaran las conductas que les colocan en riesgo de enfermar y además llevaran a cabo comportamientos que beneficiaran su salud y los practicaran durante toda la vida. Al esfuerzo por reducir las conductas de riesgo y fomentar la práctica de las conductas preventivas se le denomina **conducta de salud** (León, et al., 2004) o bien, conducta saludable.

Si bien existen muchos modelos explicativos respecto a las conductas de salud de las personas, el **modelo de creencias de salud**, formulado por Hochbaum en 1958 y reformulado por Rosenstock y Kirsch en 1974, es uno de los más utilizados desde entonces y aun en la actualidad, para explicar tales conductas (Rosenstock, Strecher, y Becker, 1994).

Dicho modelo está basado en la *teoría del valor esperado* que sugiere que las personas adoptarán o no una conducta de salud en función de su grado de interés respecto a la problemática de salud (motivación de salud) y de las percepciones que tenga sobre 1) La susceptibilidad o vulnerabilidad a la enfermedad, 2) La gravedad percibida de las consecuencias en caso de contraerla, 3) Los beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidas y 4) Los costes o barreras físicas, psicológicas y económicas de llevar a cabo la acción. Además, dentro del modelo es necesario tener en cuenta una serie de factores modificadores- culturales, sociodemográficos, psicológicos- que podrían influir en el proceso sin estar relacionados causalmente con éste (León, et al., 2004).

Así pues, los componentes del Modelo de Creencias de Salud son (Rosenstock, et al., 1994):



1. *Susceptibilidad percibida*: se refiere a la percepción subjetiva del riesgo a contraer alguna enfermedad. En el caso de que la enfermedad ya esté presente, se refiere a la aceptación del diagnóstico, a la estimación de “re-susceptibilidad” y a la susceptibilidad hacia la enfermedad en general.
2. *Gravedad percibida*: es el grado de seriedad que las personas atribuyen al hecho de contraer una enfermedad o una vez contraída, a la adherencia al tratamiento; requiere de evaluar las consecuencias tanto médicas y clínicas como sociales.
3. *Beneficios percibidos*: es la creencia en la efectividad de las acciones disponibles para prevenir o reducir la enfermedad.
4. *Costes o barreras percibidas*: se refiere a la evaluación de los aspectos potenciales negativos de las conductas a realizar. Estas barreras actúan impidiendo que la conducta deseable ocurra.
5. *Auto eficacia*: alude a la convicción que las personas tienen sobre su capacidad para realizar exitosamente las conductas saludables.
6. *Otras variables*: factores culturales, socio demográficos o psicológicos pueden tener efectos indirectos sobre las conductas de salud; es decir que pueden influir sobre las motivaciones y percepciones, aunque no causen directamente las conductas saludables.

En la Figura 3, se representan la relación entre los diferentes componentes mencionados.

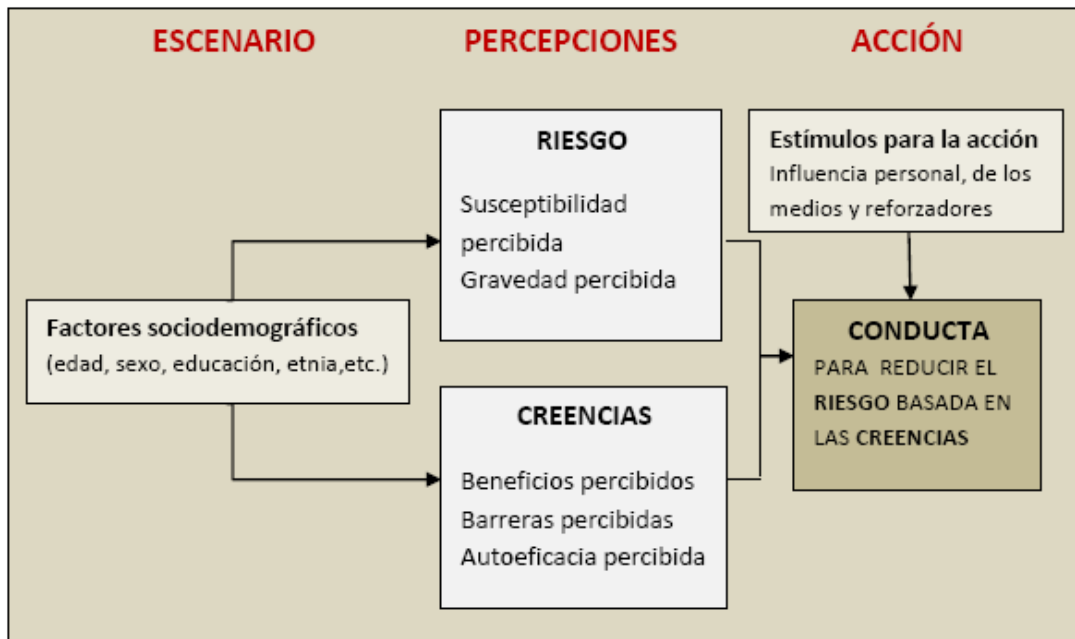


Figura 3. Esquema de los componentes del Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, et al., 1994)

Sin embargo, una de las críticas al modelo de creencias de salud es que no aclara las condiciones bajo las cuales se adquieren tales creencias (León, et al., 2004).

Dentro del marco de la Psicología de la Salud y de la Antropología Médica, la prevención es la alternativa más adecuada en temas de salud pública en la actualidad pues implica una mejor inversión en cuanto a la salud y calidad de vida. Respecto a ello, la **prevención primaria**, que se realiza antes de que se presente el problema es preferible antes que la **secundaria**, cuando ya apareció el problema o que la **terciaria** que se refiere a la rehabilitación. Sin embargo, resulta ser la menos utilizada debido a que, como “no ha aparecido aun el problema”, es difícil probar su importancia (Ardila, 2000). Es por ello que, en la actualidad hay un enfoque de salud centrado en el tratamiento que genera un gasto excesivo; en cambio, la detección temprana de factores de riesgo junto con la promoción de conductas de salud optimizarían la prevención primaria y la aproximación con una relación costo-beneficio más adecuada en el cuidado de la salud (Becoña, et al., 2000).

Si se aplica los conceptos anteriores al área de salud sexual, es de esperar que aquellas personas que lleven a cabo prácticas sexuales

planificadas que disminuyen el riesgo de presentar un problema sexual utilicen **conductas protectoras de la salud sexual** mientras que las personas que lleven a cabo prácticas sexuales que pongan en riesgo su salud estén teniendo **conductas sexuales de riesgo** o “*sexo inseguro*”, como es comúnmente citado en la mayoría de las referencias.

El sexo inseguro constituye una de las principales causas de enfermedades en personas adultas, además del uso de sustancias adictivas, la deficiencia de hierro y el abuso sexual (WHO, 2009). La conducta sexual es muy diversa entre países y regiones. Por ejemplo, en 2004 el sexo inseguro fue estimado como el responsable de más del 99% de las infecciones con VIH en África. En otras regiones, la proporción de VIH/SIDA relacionada con sexo inseguro va desde 50% en países con bajo y medio ingreso del Oeste del Pacífico hasta el 90% en los de América y en casi todas las regiones fuera de África, la transmisión de VIH debido a sexo inseguro ocurre predominantemente en personas que trabajan con sexo y hombres que tienen sexo con hombres (WHO, 2009).

Esto significa que, frente a lo que sería de esperar, muchas personas adoptan conductas de riesgo sexual aumentando con ello la probabilidad de presentar problemas de salud sexual.

### **1.2.1 Problemas relacionados con la salud sexual**

Según la OMS, entre los problemas de salud sexual se encuentran las infecciones del tracto reproductivo, las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), los embarazos no intencionados y los abortos (WHO, 2010a).

Las ITS son las infecciones transmitidas de una persona a otra mediante prácticas sexuales vaginales, orales y/o anales sin protección- conductas de riesgo sexual-. Por ejemplo, la gonorrea y la clamidia son enteramente atribuibles al sexo inseguro (WHO, 2009). Otros ejemplos son la hepatitis B, la sífilis (WHO, 2010c) y el virus del papiloma humano (VPH) que es responsable de todos los cánceres cervicales, un importante problema de salud ya que

acumula el 11% de las muertes globales debidas a sexo inseguro y es la causa principal de muerte por cáncer en la región de África (WHO, 2009).

En la actualidad el VIH/SIDA es la ITS que sigue teniendo el mayor protagonismo en cuanto al tema de salud pública como se ha explicado.

### **1.3 GRUPOS DE RIESGO Y VULNERABILIDAD ANTE EL VIH**

La Organización Mundial de la Salud define el *riesgo* como la probabilidad de que una persona pueda infectarse con VIH. La *vulnerabilidad* es definida como el nivel en que una persona es capaz de controlar su propio riesgo (WHO, 2010b).

En primer lugar cabe aludir a las tres vías en que una persona puede infectarse por VIH (Correa, 2005):

1. *Sexual*: mediante prácticas sexuales (anales, vaginales, orales) pues el semen y líquido vaginal son ricos en el virus.
2. *Sangre y hemoderivados*: transfusiones sanguíneas o al compartir jeringas en el caso de usuaria/os de drogas intravenosas.
3. *Vertical*: de una gestante infectada hacia su hija/o en el útero, en el momento del parto o durante la lactancia.

Según la Organización Mundial de la Salud las prácticas sexuales sin protección, el tener múltiples parejas y el uso de drogas inyectadas con equipo infectado son consideradas como los **riesgos** más importantes para infectarse de VIH (WHO, 2010b). Aunque el VIH puede transmitirse por vía sanguínea o sexual, en la mayoría de casos la infección es adquirida sexualmente (WHO, 2010a).

La probabilidad de infectarse al tener una relación sexual desprotegida depende de diversos factores como el número de relaciones y la vía utilizada. Respecto a la vía se ha indicado mayor riesgo por ejemplo de una única exposición anal receptiva que insertiva. En segundo lugar una única exposición vaginal receptiva de más riesgo que la insertiva y por último la exposición oral receptiva tiene también mayor peligro que la insertiva. Respecto a ésta última vía se ha informado de un riesgo mayor al que se estimaba con un 8% de los

nuevos casos adquiridos vía oral (Pasquau, Valera, y García, 2003). Además del tipo de contacto sexual, el riesgo también varía dependiendo de la carga viral o cantidad del virus presente en la sangre (Aramini, 2007). También, la presencia de otra ITS inflamatoria o ulcerativa no tratada aumenta el riesgo de transmisión del VIH durante un contacto sexual sin protección entre una persona infectada y otra que no lo está (OMS, 2007). Entre los factores que hacen a las personas **vulnerables** se incluyen: falta de conocimiento acerca del VIH o falta de habilidades para evitar conductas de riesgo, inhabilidad para acceder a los preservativos o para limpiar las jeringas; la desigualdad de género o cualquier inequidad que disminuya la capacidad de negociación sexual o contribuya al sexo forzado, la discriminación y estigmatización que evite modificar las conductas de riesgo. Estos factores solos o combinados generan vulnerabilidad comunitaria si se comparten dentro de una comunidad. Cabe mencionar que la vulnerabilidad es independiente de los sitios en donde el VIH es altamente prevalente. Sin embargo, cuando la vulnerabilidad es alta, la persona o comunidad será menos resistente al riesgo de VIH cuando la prevalencia se incremente dentro de la red (WHO, 2010b).

De manera que la **población con mayor riesgo** incluye a aquellas personas que utilizan drogas inyectables, que trabajan en el sexo, que están prisioneras, que son transgéneros y a los hombres que tienen sexo con otros hombres. En todo el mundo estas personas se caracterizan por ser más vulnerables y por estar en riesgo mayor que otras en sus localidades. También la población vulnerable se encuentra en todos los sitios ya que el riesgo de ser infectado con VIH depende de la prevalencia de VIH en las redes y en la habilidad para adoptar conductas protectoras, como en la facilidad de acceso a los servicios de prevención y tratamiento (WHO, 2010b).

Las personas adolescentes y jóvenes siempre han sido consideradas como particularmente vulnerables a los problemas de salud sexual en general, incluido el VIH, en todas las regiones (WHO, 2010a). En el siguiente apartado nos detendremos en este grupo poblacional.

### **1.3.1 Jóvenes y VIH**

Cerca de la mitad de la población está por debajo de los 25 años de edad. En general, la población joven presenta niveles altos de coerción sexual, altas tasas de embarazos no intencionados y abortos inseguros; así mismo es más propensa a adquirir ITS y particularmente vulnerable a la infección por VIH (WHO, 2010a).

Por ejemplo, más de la mitad de ITS distintas al VIH ocurren en población joven de 15 a 24 años de edad (ONUSIDA, 2010b). En 2007 la prevalencia de VIH entre jóvenes de 15 a 24 años fue de 0,2 en mujeres y 0,6 en hombres (UNAIDS/WHO, 2008). Actualmente, la gente joven, incluyendo adolescentes aglutina el 40% de nuevas infecciones por VIH (WHO, 2010b). La mitad de nuevas infecciones por VIH ocurre en personas jóvenes entre 15 y 24 años de edad (WHO, 2010a). En España la prevalencia de mujeres entre 15 y 24 años de edad viviendo con VIH es del 0,1% y entre hombres de la misma edad es del 0,2% (UNAIDS, 2010d).

Ahora bien, la vulnerabilidad de la gente joven está basada en varios factores sociales y biológicos. Actualmente, se ha incrementado a nivel mundial el número de relaciones prematrimoniales en población joven así como la edad del primer matrimonio, y por otro lado la edad de la primera relación sexual ha disminuido globalmente (WHO, 2010a).

En cuanto a los factores sociales, se ha detectado que la población joven carece de conocimientos y de herramientas que les permitan poner en práctica estrategias para reducir el riesgo de infección por VIH (UNAIDS, 2010d). Por ejemplo, carecen de acceso a programas de salud sexual que les proporcione información, habilidades, servicios, productos básicos y el apoyo social que requiere para prevenir el VIH. Tanto así que en algunas leyes y políticas se les excluye del acceso a la salud sexual y a los servicios relacionados con el VIH, tales como las pruebas del VIH, la orientación o planificación y la entrega de preservativos y lubricantes. Pero además, la población joven experimenta más estigma, discriminación y exclusión social por involucrarse en prácticas sexuales de riesgo que otro rango de edad (ONUSIDA, 2010b).

Entre personas jóvenes de 15 de los países más afectados, la prevalencia del VIH ha disminuido en más del 25% al mismo tiempo que se han ido adoptando prácticas sexuales más seguras. Sin embargo aun falta aumentar su conocimiento y proporcionarles las herramientas que necesitan para practicar estrategias de reducción de riesgo, como mejorar el acceso a los preservativos y lubricantes. Lamentablemente los programas de salud no han respondido a este hecho demográfico mediante servicios de salud sexual y reproductiva que les comprenda y reconozca sus necesidades diversas y específicas (WHO, 2010b).

Según datos de UNAIDS, en España el porcentaje de mujeres y hombres entre 15 y 24 años que había tenido relaciones sexuales antes de los 15 años aumentó del año 2003 (el 11% de mujeres y 18% de hombres) al año 2008 en que estos porcentajes alcanzaban al 18% de mujeres y 30% de hombres (UNAIDS, 2010d).

Por otra parte, un estudio realizado en España encontró que el 47,5% de los jóvenes españoles indica haber tenido su primera relación sexual antes de los 12 años y el 39,2% indican haber iniciado sus coitos, a una edad promedio de 16,89 años (Diz, Sueiro, Chas, y Diéguez, 2003). Cabe además señalar que parece existir una equiparación entre sexos en cuanto al nivel de actividad sexual (Lameiras, Rodríguez, y Dafonte, 2002).

### **1.3.2 Género y VIH**

Un poco más de la mitad de las personas que viven con VIH son mujeres o niñas (UNAIDS, 2010d). La cifra asciende al 60% en mujeres de África subsahariana y en el Caribe, las mujeres jóvenes son 2,5 veces más susceptibles a ser infectadas por VIH que los hombres (UNAIDS, 2010a).

Las mujeres, en general son particularmente vulnerables al HIV así como a otras ITS debido a factores biológicos, sociales, económicos, legales y culturales (UNAIDS, 2010a). En la Figura 4 se muestra la influencia de dichos factores sobre la vulnerabilidad de las mujeres.



**Figura 4. Esquema de la vulnerabilidad de género al VIH.**

Entre los factores biológicos, por ejemplo la mayor exposición de mucosa genital femenina durante el coito y la mayor concentración de virus en el esperma que en el fluido vaginal aumentan el riesgo de infección por VIH (Aguado y Brea, 2003).

Además de estos factores biológicos, existen otros relacionados con el género que dificultan la negociación de las prácticas sexuales en nuestra sociedad. La capacidad de las mujeres jóvenes para adoptar conductas de prevención frente al VIH se ve comprometida por la falta de acceso a la información, servicios y productos básicos relacionados con el VIH así como por las desigualdades de género en cuanto a las condiciones sociales, culturales y económicas. Por ejemplo la coacción sexual, la violencia de género, el sexo con parejas mayores y el sexo transaccional, la aplicación inadecuada de las leyes, la debilidad en los mecanismos de protección familiar y social y la inestabilidad financiera (ONUSIDA, 2010b). Para algunas mujeres, negarse a tener relaciones sexuales sin protección incluso representa más riesgo que la infección por VIH ya que la propuesta preventiva podría generar violencia o la finalización de la relación de pareja con las consecuencias sociales y económicas que esto implicaría (Ubillós, 2000). De hecho el género y el uso del preservativo serán abordados en apartados posteriores.



En nuestra cultura, las mujeres son vulnerables como producto de las dinámicas de poder en la desigualdad de género que posiciona a los hombres en la postura dominante ya que las prácticas sexuales generalmente están centralizadas en el placer masculino. En consecuencia la penetración asume el papel central de las prácticas sexuales incluso cuando el placer de las mujeres se centra en actividades diferentes a las penetrativas. Y aun cuando en los encuentros heterosexuales se utilizan preservativos, la responsabilidad del uso -correcto- recae en las mujeres quienes deben insistir y persuadir a sus compañeros para la utilización del mismo (Ubillós, 2000).

Entender cómo es el impacto del VIH en las mujeres y niñas requiere de datos e información cuantitativa y cualitativa, así como de una serie de indicadores que capturen la complejidad de las maneras en que la epidemia afecta a las mujeres y niñas de manera diversa, en diferentes etapas de sus vidas y en diferentes circunstancias. Tal entendimiento es esencial para generar programas de prevención adecuados a sus necesidades (UNAIDS, 2010a).

#### **1.4 PROTECCIÓN ANTE EL VIH/SIDA**

La prevención de la infección por VIH se debe basar en estrategias que partan de los datos epidemiológicos disponibles sobre la infección y de los conocimientos sobre la Antropología, Sociología y Psicología que tengan como objetivo romper la cadena de transmisión del virus teniendo en cuenta las vías vertical, parenteral y sexual (Del Río y Curran, 2006), a saber:

1. *Prevención vertical:* debe centrarse en las pruebas voluntarias para la detección de anticuerpos para el VIH en las mujeres embarazadas y la información y orientación que se les brinde al respecto; el tratamiento a mujeres seropositivas para reducir el riesgo de infección hacia su hija o hijo. Durante la lactancia las estrategias están enfocadas en utilizar métodos alternativos para alimentar a las y los lactantes, sin embargo esto aun no es posible en algunos países en vías de desarrollo.

2. *Prevención parenteral:* estrategias en que se relacionen creativamente una serie de elementos informativos, educativos y terapéuticos en personas usuaria de drogas inyectadas. Por ejemplo, restricciones legales para comprar agujas y jeringas, distribución de las mismas, mantenimiento con metadona, distribución de kits de desinfección del material. En cuanto a la donación de tejidos, órganos o sangre éstos deben ser evaluados y sometidos a pruebas serológicas de detección.
3. *Prevención sexual:* se ha centrado en la reducción de conductas sexuales de riesgo, el uso del preservativo y el tratamiento de las ITS. También en la notificación del seroestado a la pareja sexual y el uso de profilaxis post-exposición.

En cuanto a los niveles de prevención del VIH, la **primaria** se refiere a las estrategias y acciones educativas, formativas e informativas cuidadosamente planificadas y llevadas a cabo para evitar que las personas se infecten. Por su parte, la secundaria se activaría cuando una persona adquiere la infección y es diagnosticada como seropositiva garantizándole el acceso al tratamiento antirretroviral (Moliner y García, 2003) y la reducción de riesgo de desarrollar enfermedades o de reinfección o transmisión; aquí podría incluirse el acceso a la realización de las pruebas y la profilaxis post-exposición. Por último, la prevención terciaria se refiere al mantenimiento de la calidad de vida de las personas viviendo con SIDA (PVS) garantizando su acceso a los servicios de salud y apoyo psicosocial.

Dado que la principal vía de transmisión del VIH/SIDA es la sexual, como ya se mencionó con anterioridad, en las páginas siguientes centraremos la atención en la prevención sexual primaria ya que es la que usualmente se conoce como “prevención”. Ésta requiere de un análisis tanto de las conductas sexuales de prevención específicamente, como de los factores psicológicos y socioculturales que directa o indirectamente influyen en ellas.

## **1.4.1 Factores que influyen en la transmisión del VIH**

Existen varios factores además de los biológicos, que se asocian a las conductas sexuales de prevención del VIH/SIDA, entre ellos, el conocimiento e información con que se cuente respecto al tema, factores psicológicos -como la intención y motivación para protegerse, las creencias y pensamientos y la percepción del riesgo- y factores socioculturales.

### **1.4.1.1. Conocimientos e información sobre el VIH**

Para valorar si una conducta se adoptará o no y/o aprender a usar un método preventivo es necesario en primer lugar tener ciertos conocimientos respecto al tema; en este caso, tener acceso a la información referente a prevención del VIH/SIDA.

Lamentablemente, la familia y la escuela siguen sin tomar parte activa de la transmisión activa y sistemática de la información al respecto; para la mayoría de las personas una de las fuentes de información más importantes son los medios de comunicación que nos enseñan una sexualidad muy lejana a la realidad (Ubillos, 2000).

Existe un déficit significativo de conocimiento sobre el VIH entre jóvenes a nivel mundial ya que menos del 40% tiene un conocimiento completo y exacto acerca de la transmisión del VIH. Además en los países en vías de desarrollo solamente el 30% de los hombres y el 19% de las mujeres han recibido información básica sobre el VIH (ONUSIDA, 2010b). Aunque el conocimiento comprensivo y correcto acerca del VIH entre jóvenes se ha incrementado desde el 2008 en un 34%, solamente 10 países han sobrepasado niveles de conocimiento comprensivo correcto del 60% (UNAIDS, 2010d).

Tener una información adecuada sobre la prevención sexual del VIH es necesario aunque no suficiente para que las personas adopten medidas preventivas; sin embargo es más fácil aumentar los conocimientos correctos que eliminar los mitos o creencias erróneas (Ubillos, 2000).

### 1.4.1.2. Factores Psicológicos

La *intención*, precede a la conducta preventiva, sin embargo no lleva automáticamente a esta y generalmente no se mantiene estable en el tiempo. Ahora bien, mientras siga existiendo una posibilidad de infección, en el caso de VIH, la conducta preventiva debería mantenerse continuamente, pero la motivación es variable, es decir que va cambiando según las circunstancias en los diferentes momentos de la vida sexual (Ubillos, 2000).

La *percepción de riesgo* es una de las variables claves en la prevención de la transmisión sexual del VIH. No hay dudas de que si las personas que practican o han practicado comportamientos peligrosos no tienen percepción de encontrarse en riesgo al practicarlos es mucho más probable que: 1) No se sometan a pruebas de detección de anticuerpos 2) Transmitan el virus a otras personas (en caso de estar infectadas) y 3) En general, no adopten comportamientos preventivos (Ubillos, 2000).

Algunos datos interesantes sobre las percepciones que tienen las personas sobre la epidemia VIH/SIDA obtenidos en la primera encuesta a escala mundial reflejan estas creencias. Así, al 43% de hombres y 37,5% de mujeres les preocupa personalmente el SIDA pero el 66,3% hombres y 71,2% mujeres creen que no están en riesgo de adquirir VIH y más del 75% tiene confianza para protegerse a sí mismas del VIH en todas las regiones. En Europa Occidental y Central al 61% de personas no les preocupa en lo personal el tema, el 74% cree no estar en riesgo de adquirir el VIH y el 89% confía en estar protegiéndose adecuadamente (UNAIDS, 2010b).

Para que las personas decidan adoptar conductas preventivas en el tema de VIH/SIDA, la aplicación del modelo de creencias de salud de Rosenstock podría entenderse de la siguiente manera:

1. *Susceptibilidad percibida*: las personas deberían saber la probabilidad que tienen para infectarse con VIH. Si ya hubiesen sido infectadas tendrían la capacidad para aceptar el diagnóstico y estimar la posibilidad de “re-infectarse” y de transmitir el virus.

2. *Gravedad percibida*: entender que el VIH/SIDA es un problema importante de salud teniendo la capacidad para evaluar sus consecuencias tanto médicas y clínicas como sociales.
3. *Beneficios percibidos*: valorar como positivas las conductas de prevención del VIH/SIDA frente a los costos de no hacerlo. Por ejemplo, valorar como positivo el uso del preservativo como método preventivo.
4. *Costes o barreras percibidas*: evaluación de los aspectos potenciales negativos de las conductas a realizar. Por ejemplo, pensar que el uso del preservativo es “incómodo” o que reduce el placer puede influir en la decisión de utilizarlo.
5. *Auto eficacia*: convicción de poder prevenir adecuadamente mediante los conocimientos y recursos que se tiene respecto al VIH/SIDA.
6. *Otras variables*: factores culturales, socios demográficos, psicológicos que pueden tener efectos indirectos sobre las conductas de salud sexual.

#### **1.4.1.3. Factores socioculturales asociados**

Las personas tienen su propio estilo de vida; actúan según las pautas establecidas y las expectativas del grupo sociocultural. Por tanto, la pareja, amistades, familiares, creencias, valores, normas (explícitas e implícitas) y tradiciones tienen mucha influencia sobre las conductas de prevención o de riesgo de una persona (Ubillos, 2000) y sobre los resultados en general de su salud sexual. Otros ejemplos de estos factores influyentes son la globalización de los medios de comunicación como películas y series de televisión y cambios en las estructuras familiares, creencias y prácticas religiosas, violencia sexual - y cualquier otra forma de violencia basada en el género- y el nivel educativo (WHO, 2010a).

Desde finales de la década de 1980 el trabajo pionero de antropólogos empezó a demostrar la importancia de los sistemas culturales para enmarcar las conductas de riesgo relevantes para la prevención y transmisión del VIH/SIDA y desde inicios de la década de 1990 se le ha otorgado protagonismo al análisis cultural en cuanto a la investigación antropológica enfocándose en los factores estructurales influyentes en la vulnerabilidad de la infección por VIH

(Meera, 2005). Uno de los logros más significativos de la década pasada ha sido, por lo tanto, el reconocimiento de las fuerzas sociales, económicas y políticas que influyen en la vulnerabilidad de la salud-enfermedad sexual, especialmente en el campo de ITS, incluyendo el VIH. Muchas de las investigaciones tempranas en VIH y SIDA se centraron anteriormente en la conducta sexual con la intención de construir un mapa de los riesgos individuales y las características de las personas en alto riesgo y desde entonces, perfeccionada la comprensión de los patrones sociales y epidemiológicos de la enfermedad se ha llegado a desarrollar análisis más sofisticados de los conductores sociales de la epidemia (WHO, 2010a).

Algunos factores sociales que hacen que se siga propagando la epidemia de VIH/SIDA son las inequidades globales de clase, género y etnicidad así como la pobreza, pérdida del poder y estigma (Meera, 2005).

Respecto al estigma hacia las personas con VIH/SIDA éste es un tema social relevante; se refiere a un proceso dinámico que da lugar a una valoración negativa de determinados grupos y comportamientos en cualquier ámbito social: familiar, laboral, educativo, sistema sanitario y político (Merson y Piot, 2006). El estigma conlleva a la discriminación, rechazo y exclusión de estos grupos; en el caso concreto del VIH es probable que como desde sus inicios se asoció a ciertos grupos como homosexuales, personas usuarias de drogas y trabajadoras del sexo, actualmente aun no se logra tomar conciencia de que la epidemia no debería asociarse con algún grupo social específico.

Entre los factores que contribuyen a la discriminación de las personas con VIH/SIDA están: la condición del SIDA como enfermedad terminal, los múltiples tabúes respecto al consumo de drogas y sobre determinadas conductas sexuales- que son factores de riesgo para infectarse por VIH-, la tendencia a culpabilizar a la persona afectada de haber adquirido la infección y la creencia de que el VIH solo puede afectar a personas con comportamientos de alto riesgo. Por lo tanto, el miedo al rechazo o a la exclusión hace que muchas personas decidan no realizarse la prueba de detección de anticuerpos de forma voluntaria y no buscar información, orientación o tratamiento médico si son seropositivas. Además de esto, muchas otras sufren de abusos físicos,

psicológicos y sexuales cuando su grupo social se entera de la situación, dado que también existe la estigmatización incluso dentro del sistema sanitario que en ocasiones viola el derecho de confidencialidad y otros (Merson y Piot, 2006).

En cuanto a la intervención, los esfuerzos para cambiar conductas individuales o grupales son cruciales, pero es dudoso que tengan éxito por sí mismos. Patrones subyacentes de exclusión social e inequidad, pobreza y en el acceso a la educación y al cuidado de la salud deben enfocarse en simultáneas y estratificadas intervenciones que direccionen ambos riesgo y vulnerabilidad dentro del contexto de conducta sexual (WHO, 2010a).

### **1.4.2 Conductas sexuales de prevención**

Respecto a las conductas sexuales de prevención de las ITS y VIH, la OMS menciona las siguientes: 1) evitar las relaciones sexuales casuales y desprotegidas 2) utilizar correcta y consistentemente el preservativo masculino o femenino, y 3) realizar prácticas sexuales sin penetración o no penetrativas (WHO, 2010c).

Otras estrategias de prevención que reducen la exposición potencial al VIH y que están siendo adoptadas por varios países son: 1) retrasar la edad de la primera relación sexual pues existe evidencia que sugiere que el tener relaciones sexuales por primera vez a mayor edad reduce la susceptibilidad de infectarse por acto sexual, al menos en mujeres, y 2) la abstinencia sexual premarital (UNAIDS, 2010d).

Además, ya que las personas con múltiples parejas simultáneamente o secuencialmente tienen un riesgo mayor que las que no y que al respecto, una minoría de hombres y mujeres reportaron haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año, esta reducción en el número de parejas podría sugerir que se están adoptando más conductas preventivas. Por ejemplo, en 59 de 93 países que reportaron tal dato en 2009, menos del 25% de hombres indicó haber tenido relaciones sexuales con más de una pareja en el último año y un número sustancialmente alto, 84 países reportaron el mismo porcentaje para mujeres. En España los mismos datos, en el año 2003 (relaciones sexuales con más de una pareja en el último año) indicaron un 13%

de mujeres, un 27% de hombres, y un 20% para ambos sexos (UNAIDS, 2010d).

Otros factores envueltos en la reducción del sexo inseguro además del número de parejas incluyen: quiénes son estas parejas, el tipo de prácticas sexuales involucradas y el conocimiento del estado de salud de la pareja (WHO, 2009).

Al revisar la literatura se aprecia que el mayor énfasis se le ha otorgado al uso del preservativo, tema del que nos ocuparemos a continuación.

### **1.4.2.1 Uso del preservativo**

Respecto a transmisión sexual, los preservativos masculinos- y los femeninos que pueden ser casi igual de efectivos como los masculinos- son los únicos métodos que previenen las ITS (Ubillos, 2000) incluyendo el VIH y que además previenen embarazos no deseados sin producir efectos secundarios. Otra ventaja, al menos de los preservativos de látex masculinos, es que son baratos (WHO, 2010c).

Algunos estudios en parejas cero discordantes (donde solo una de las personas que la conforman es VIH positiva) han demostrado que, con un intercambio sexual regular por un período de dos años, las parejas que usan consistentemente el preservativo tienen un riesgo cercano a cero de infección por VIH. Además, un hombre que usa preservativo desde el inicio del contacto sexual hasta el final, cada vez que tiene una relación sexual y una mujer que “se asegura” de que su pareja usa uno, tienen menor riesgo de infectarse con VIH (WHO, 2010c). Por otro lado, las mujeres cuya pareja no utiliza el preservativo o lo hace de forma inconsistente- solo de vez en cuando- tienen un riesgo 6 veces mayor de adquirir la infección por VIH que las que informan que su pareja lo utiliza siempre (Del Río y Curran, 2006).

Las mujeres también pueden protegerse a sí mismas mediante el uso de preservativos femeninos los cuales ya se comercializan en algunos países (WHO, 2010c) aunque a un precio muy alto comparado con los masculinos lo cual les hace menos accesibles; además de los factores sociales que llevan a



preferir el uso de los masculinos. Un hecho importante es que la disponibilidad de preservativos está aumentando significativamente; por ejemplo en 2009 se entregaron 25,8 millones de preservativos femeninos incrementándose la distribución en 10 millones entre el 2008 y 2009 (UNAIDS, 2010d). Sin embargo entre los jóvenes, solo en torno al 37% de los hombres y al 21% de las mujeres que han tenido más de una pareja sexual en un año afirman haber utilizado preservativo en su última relación sexual (ONUSIDA, 2010a).

Esto significa que el hecho de que los preservativos se distribuyan no garantiza que se utilicen y si se utilizan, que se haga de forma correcta y consistente y en todo tipo de prácticas sexuales, tanto anales como vaginales y orales.

Ahora bien, el índice del uso del preservativo es una importante medida de protección contra el VIH, especialmente en personas con múltiples parejas sexuales (UNAIDS, 2010d). Algunos datos indican que en 11 países se reportaron niveles del 75% o más respecto al uso del preservativo en hombres y mujeres en la última relación sexual de alto riesgo y que el uso del mismo en la última relación sexual para hombres con más de una pareja en los últimos doce meses fue de 48% y de un 38% para las mujeres (UNAIDS, 2010d).

En algunos estudios se ha encontrado que el preservativo masculino es el anticonceptivo más utilizado en general (Hofstadt, Antón, Tirado, y Navarro, 2007; Lameiras, Núñez, Carrera, y Rodríguez, 2007). Por el contrario, otro estudio afirma que el método anticonceptivo más utilizado es el del ritmo (Ogino), aunque el más conocido es el preservativo (González, Ávila, Gómez, y Jiménez, 2004).

Respecto a la frecuencia, el 48,1% de los estudiantes activos sexualmente utilizan preservativo masculino de forma sistemática (Lameiras, Rodríguez, Calado, y González, 2004). Sin embargo, su uso se limita al 3% de las relaciones sexo-orales (Ballester Arnal, Gil Llarío, Giménez García, y Ruiz Palomino, 2009). En otros estudios el 26,2 % de jóvenes ha tenido relaciones sexuales sin utilizar preservativo (Bellis, Hale, Bennet, Chaudry, y Kilfoyle,

2000) y en la última relación sexual el 47% de los hombres y el 62% de las mujeres no utilizaron el preservativo (Cassamo, Planes, y Gras, 2008).

UNAIDS, por su parte indica que en España el porcentaje de mujeres y hombres entre 15 y 49 años que habían tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses y que reportaron el uso de preservativo en el último contacto sexual (datos del año 2003) es de 46% en promedio para ambos sexos (42% de mujeres y 50% de hombres) (UNAIDS, 2010d).

En cuanto a los estudios relacionados con el análisis de los *factores asociados* al uso del preservativo, es posible aludir a: 1) información o conocimientos al respecto; 2) percepción de costes y beneficios, 3) habilidad autopercebida, 4) intención y motivos de uso, y 5) factores socioculturales.

#### **1.4.2.1.1 Nivel de conocimiento**

Se ha estudiado también la relación entre la variable información y uso del preservativo encontrando que ésta tienen un efecto directo sobre el mismo (Bermúdez, Herencia, y Uribe, 2009); sin embargo el conocimiento respecto al tema es bajo, por ejemplo, sólo el 23,5% de estudiantes de cuarto de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) y primero de Bachillerato ofrecían dos respuestas totalmente correctas sobre estrategias consideradas eficaces en la prevención sexual del VIH: uso del preservativo y abstinencia (Planes, et al., 2004).

Otra investigación confirma que los conocimientos y la experiencia acumulada en relación al preservativo masculino más familiar sesga favorablemente su mayor uso en detrimento del preservativo femenino (Lameiras, Faílde, Saco, y Rodríguez, 2006).

#### **1.4.2.1.2 Costes y beneficios**

En cuanto a la atribución de beneficios o ventajas del uso del preservativo, según Planes y colaboradores (2004) el 70,5% lo valora totalmente o muy eficaz para evitar la transmisión sexual del VIH, aunque un mayor porcentaje (95%) juzga totalmente eficaz la práctica de la abstinencia con la misma finalidad (Planes, et al., 2004). En cuanto a población de riesgo

muy alto, el 56% de un grupo de hombres homosexuales y bisexuales reportaron como ventaja que el uso del preservativo con parejas ocasionales les protegería de ITS (Ubillos y Páez, 2003).

Entre los costes percibidos en jóvenes se ha encontrado que no disponen siempre de un preservativo a mano y que no son baratos (Lameiras, et al., 2004).

#### **1.4.2.1.3 Habilidad autopercebida**

En otros estudios, la habilidad autopercebida del uso del preservativo masculino con la pareja habitual aparece como predictor confiable de su uso (Lameiras, Faílde, Bimbela, y Alfaro, 2008). Sin embargo otros trabajos afirman lo contrario, que el uso del preservativo no se ve mediado por la autoeficacia (Bermúdez, et al., 2009). En relación a la autoeficacia, en el mencionado estudio de Planes y colaboradores (2004), el 64,3% se siente totalmente o muy capaces de usar el preservativo, mientras que cuando se trata de la abstinencia sólo se perciben con esa competencia el 20%.

#### **1.4.2.1.4 Intención y motivos de uso**

Al igual que la información, la motivación tiene un efecto directo sobre el uso del preservativo (Bermúdez, et al., 2009). La intención de conducta de no riesgo se ha encontrado como predictor confiable del uso del preservativo (Lameiras, et al., 2008). Al respecto parece que quienes emplean el preservativo en su última relación sexual tienen más intención de volver a usarlo que aquellos que no lo usan (Cassamo, et al., 2008). En otro estudio también se encontró la intención de uso del preservativo como predictor para la realización de conductas sexuales preventivas (Páez, et al., 2003).

Los motivos por los que las personas utilizan el preservativo a lo largo de la vida sexual activa son evitar un embarazo o una ITS (Piña, Lozano, Vázquez, y Carrillo, 2010). En otro estudio se encontró que el preservativo era utilizado por los adolescentes solo para evitar embarazo más que para evitar ITS (Lameiras, et al., 2004).

También se ha estudiado las razones o explicaciones por las que no se utiliza preservativo, por ejemplo los hombres creen tener menos probabilidades que otros de infectarse con una ITS, más que las mujeres (Pons, Miralles, y Guillén, 2010). Otras razones esgrimidas son tener una relación impredecible e incontrolable, tener confianza en la pareja y estar tomando la píldora anticonceptiva (Camargo y Bousfield, 2009). Razones adicionales son la falta de disponibilidad de los mismos, una concepción del deseo como algo incontrolable, el enamoramiento, el estado de ánimo o la autoestima (Rodríguez, Hernán, Cabrera, García, y Romo, 2007).

#### **1.4.2.1.5 Factores socioculturales**

En este apartado se enfatizará en algunos factores socioculturales asociados específicamente al uso del preservativo como son el género, el tipo de relación de pareja y el uso de alcohol y otras drogas.

##### **a) Género**

Algunos indicadores de inequidad de género se relacionan significativamente con el uso del preservativo (Nájera, 2003). Entre las diferencias de sexo se ha indicado: que los hombres utilizan el preservativo con más frecuencia que las mujeres (Lameiras, et al., 2004); por ejemplo en la última relación sexual el 47% de los hombres y el 62% de las mujeres no utilizaron el preservativo (Cassamo, et al., 2008) y específicamente el preservativo como método para prevenir VIH/SIDA es más utilizado por los hombres que por las mujeres (Cerqueira, Koller, y Wilcox, 2008) quienes tienden a usarlo más como un método anticonceptivo.

Según ONUSIDA, en España el porcentaje de mujeres entre 15 y 49 años que habían tenido relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses y reportaron haber utilizado preservativo en su último contacto sexual fue de 42 mientras que el de hombres para el mismo grupo de edad fue de 50 (UNAIDS, 2010d) lo que indica que las mujeres lo utilizan menos que los hombres.

En general las mujeres se protegen menos que los hombres, esto a pesar de que tienen actitudes más positivas, una mayor percepción de control del comportamiento y una mayor intención del uso del preservativo que los hombres (Muñoz, Sánchez, Martins, y Nunes, 2009).

Otro estudio que calificó por sexos los resultados indica que para las chicas los mejores predictores del uso del preservativo masculino son el menor uso de la píldora, la menor frecuencia de uso del coito interrumpido y el sentimiento de que la atmósfera romántica no se rompe cuando se usa mientras que, para los chicos éstos son la menor frecuencia de actividad sexual, las consideraciones sobre la doble función contraceptiva y preventiva del preservativo masculino, la sensación de seguridad al usarlo y no sentirse violento al comprarlo (Lameiras, et al., 2004).

#### ***b) Tipo de relación de pareja***

La influencia del tipo de pareja se ha estudiado y los resultados indican que en general el preservativo tiende a utilizarse más con una pareja ocasional (Cassamo, et al., 2008); es decir se utiliza menos con las parejas estables - especialmente las chicas- (Muñoz, et al., 2009). En cuanto al uso del preservativo femenino, también el tipo de pareja (estable vs. casual) condiciona su uso (Lameiras, et al., 2006).

Además, las actitudes de los estudiantes hacia el preservativo son menos favorables entre quienes mantienen relaciones sexuales con personas conocidas. Los resultados revelaron dos representaciones del SIDA: una de confianza en la pareja y otra de la experiencia del sexo y el preservativo, la primera da sentido a las experiencias de los adolescentes con parejas sexuales conocidas y la segunda, con parejas menos conocidas (Camargo y Bousfield, 2009). Así parece que el riesgo percibido es menor si se asocia a una actividad sexual con una pareja afectiva que con una casual o extra pareja (Lameiras, et al., 2002).

Algunos predictores del uso del preservativo son la comunicación con la pareja sobre las prácticas sexuales por llevar a cabo (Lameiras, et al., 2008), la comunicación y argumentación con la pareja respecto a la utilización de

medidas preventivas (Páez, et al., 2003) y sobre los métodos que se van a utilizar (Lameiras, et al., 2008).

### ***c) Uso de alcohol y otras drogas***

El consumo de drogas es otro factor que se asocia con riesgo sexual; por ejemplo: los hombres tienen más relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol y otras drogas que las mujeres (Amador, Becoña, Mantecón, y Ramón, 2009) y existe relación significativa entre consumo de alcohol y uso de preservativo en el coito vaginal como relación entre el consumo de cannabis y uso de preservativo en el coito oral (Antón y Espada, 2009). Además el policonsumo o consumo elevado de drogas recreativas se relaciona con la despreocupación por los riesgos sexuales, y en hombres con pérdida de sensibilidad sexual que justifica el no uso de preservativos (Rodríguez, et al., 2007).

Habiendo analizado las conductas sexuales de prevención, así como los factores que influyen en éstas, se describirá la manera en que se ha intentado abordar la problemática mediante la planificación e implementación de programas de prevención del VIH/SIDA.

## **1.5 PROGRAMAS DE PREVENCIÓN**

Una de las metas globales de de la estrategia OMS para el 2015 es reducir en un 50% el porcentaje de la gente joven entre 15 y 24 años que está infectada, tomando como referencia los datos del 2008. Para ello propone, entre otras estrategias, optimizar la prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH, crear alianzas entre el VIH y otros programas de salud, sobre todo en cuanto a salud sexual, reproductiva y materna, tuberculosis y dependencia de drogas (WHO, 2010b).

Sin embargo, el tema de prevención requiere de una renovación significativa porque a pesar de que la inversión en prevención de VIH corresponde a casi el 22% de todo el gasto del presupuesto para el tema en 106 países de bajo y medio ingreso (UNAIDS, 2010d), las reducciones en las nuevas infecciones de VIH no han sido suficientes para contener la epidemia y

en muchos casos las respuestas de prevención no se han enfocado en los sitios donde podrían tener máximo impacto (UNAIDS, 2010c).

En general, existe una resistencia a encargarse de los problemas relacionados con la sexualidad; esto ha contribuido a enlentecer la respuesta en muchas partes del mundo (WHO, 2010a). Sin embargo, el panorama de la prevención se ha alterado a lo largo de la última década con muchas más promesas en combinación de los programas biomédicos con los de cambios de conductas (UNAIDS, 2010c).

Las respuestas de Salud Pública respecto al tema de VIH/SIDA han sido variadas y han incluido desde medidas extremas represivas -que incluyen pruebas obligatorias de algunos grupos, aislamiento de las personas infectadas y castigo por no seguir las recomendaciones del personal sanitario respecto a la práctica del sexo seguro y uso de drogas- hasta políticas más liberales que respetan los derechos humanos y civiles y se basan en la efectividad de la promoción de la salud y el cambio de conducta voluntario. A este respecto, la experiencia de algunos países europeos demuestra que el último tipo de respuesta es más efectivo y mantiene la dignidad de las personas en riesgo de adquirir o que viven con VIH y minimizan la estigmatización y discriminación sin sacrificar los derechos individuales o colectivos (Matic, 2006).

“Es ampliamente reconocido que el VIH no se previene mejor con programas únicos y aislados sino a través de una combinación de métodos de prevención que: a) cambien las conductas individuales, b) garanticen el acceso a herramientas y tecnologías biomédicas que disminuyan la probabilidad de conductas de riesgo que lleven a la transmisión del VIH, y c) alteren las normas sociales y culturales o el entorno físico para facilitar la reducción del riesgo y maximizar el alcance e impacto de los servicios de prevención” (ONUSIDA, 2010b, pg. 6).

Por tanto, las respuestas nacionales deben guiarse por información estratégica de la naturaleza de la epidemia de VIH y del contexto del país; los programas y políticas necesitan basarse en evidencias (WHO, 2010b). Tales respuestas deben construirse sobre un entendimiento claro de la epidemia local, y deben ser usados para informar acerca de las mejoras en priorización y

focalización de la respuesta a la prevención del VIH (ONUSIDA, 2010b). Conocer la epidemia implica entender, dónde, cómo y entre quiénes ocurren las nuevas infecciones. También requiere identificar las conductas y condiciones sociales que manejan la epidemia e incrementan el riesgo de transmisión de VIH y las limitaciones en el acceso a la información y los servicios relacionados a VIH (WHO, 2010b).

Como se plantea desde la Organización Mundial de la Salud, la participación total debería estar garantizada a todos los niveles, involucrando al gobierno, personas que viven con VIH, población clave, organizaciones no gubernamentales (ONG), sociedad civil, sector privado y comunidad científica y académica en la planificación, implementación y evaluación de las políticas, estrategias y programas de VIH (WHO, 2010b).

Entender la diversidad de patrones de las relaciones sexuales es un elemento necesario para la implementación efectiva de programas de prevención (UNAIDS, 2010d). Así mismo reconocer que ciertos sectores de la población son particularmente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual, incluida la población joven, las personas que trabajan con sexo transaccional o comercial y quienes han sido abusadas sexualmente o están en riesgo de violencia sexual en sus relaciones, favorecerá un cuidado clínico apropiado que incluya consejería u orientación acerca de la sexualidad, que haga referencia a tratar con la violencia, sus consecuencias o el riesgo de violencia y la asistencia en negociación acerca del uso de métodos anticonceptivos (WHO, 2010a).

Específicamente en cuanto a la prevención sexual es preciso identificar la población y redes dónde las conductas de riesgo son más prevalentes y puede ocurrir la transmisión. Igualmente importante es utilizar la “prevención combinada” que incluya un amplio rango de intervenciones como programas de uso de preservativo masculino y femenino, iniciación temprana en el tratamiento, circuncisión masculina, profilaxis post-exposición e intervenciones conductuales específicas para reducir el riesgo sexual; implementar educación sexual y modificar los servicios respondiendo a necesidades específicas de la juventud como población vulnerable en varios sentidos (WHO, 2010b).



Habiendo establecido la situación del VIH/SIDA, las formas de transmisión, vulnerabilidad y riesgo de adquirirlo y las formas de prevenirlo, creemos de interés profundizar en valoración de las conductas sexuales preventivas y los factores que influyen en éstas, principalmente en grupos vulnerables. La población universitaria constituye un grupo de especial interés debido a que está constituido principalmente por jóvenes- establecidos como un grupo vulnerable a la infección por VIH-; además ha sido escasamente estudiada y se comporta de una manera particular que debería ser evaluada mediante instrumentos fiables para planificar y elaborar los programas de prevención adecuados a la misma. Esta población será objeto de un detallado análisis en el siguiente capítulo.



## **2 CAPÍTULO EMPÍRICO: EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS SEXUALES DE PREVENCIÓN EN POBLACIÓN UNIVERSITARIA. ESTUDIO PILOTO**

### **2.1 PRESENTACIÓN**

La epidemia del VIH/SIDA sigue teniendo protagonismo dentro de los temas actuales de salud debido al número elevado de personas que de una u otra manera están afectadas y del coste económico que implica para el sistema sanitario.

Existen varios factores biopsicosociales que hacen que la población joven sea un grupo especialmente vulnerable en cuanto al tema, ya que un alto porcentaje de la epidemia se concentra en este grupo.

A nivel mundial la vía de transmisión más alta es la sexual. Esto se aplica también en el caso de España, uno de los países con mayor incidencia de SIDA en Europa Occidental, en dónde hasta hace poco tiempo la vía principal de transmisión era la parenteral y para el 2009 más de la mitad de nuevos casos de SIDA ocurrieron a consecuencia de la transmisión sexual.

Dado que muchas personas jóvenes no utilizan conductas sexuales de protección, la epidemia podría disminuirse intentando modificar las mismas. Actualmente se están implementando estrategias para lograr disminuir la transmisión y facilitando el acceso al tratamiento antirretroviral en todas las regiones del mundo. Sin embargo a nivel mundial existe muy poca cobertura de los programas de prevención para los jóvenes (ONUSIDA, 2010b).

ONUSIDA ha apoyado a varios países para evaluar algunos programas de prevención y encontró que éstos funcionan cuando se ha comprendido la situación de las poblaciones en riesgo, se centra la atención en las áreas más castigadas y se mantienen las inversiones para la prevención a lo largo del tiempo (ONUSIDA, 2010a).

Partiendo de todo lo anterior, resulta importante conocer las conductas sexuales de prevención- y de riesgo- así como los factores psicosociales asociados a las mismas en la población universitaria para lograr desarrollar programas de prevención adecuados a la misma.

## **2.2 OBJETIVOS**

El objetivo general del presente estudio es conocer la situación respecto a la información y prácticas sexuales de riesgo y protectoras, puestas en marcha por estudiantes de nivel universitario. Por lo tanto, es nuestro interés:

- 1) Identificar los beneficios percibidos sobre el uso del preservativo, el conocimiento sobre el uso del preservativo y sobre transmisión- prevención del VIH/SIDA y las conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH, así como la asociación entre todas estas variables.
  - a. Establecer comparaciones entre mujeres y hombres en las variables previamente comentadas.

Más concretamente, nos planteamos los siguientes objetivos específicos:

- 1) Describir el nivel de experiencia sexual, comportamiento sexual actual, tipo de relación y las conductas sexuales de prevención (uso del preservativo, porcentajes de su uso, prácticas eficaces para no infectarse con VIH).
- 2) Identificar los costes y beneficios percibidos sobre el uso del preservativo.
- 3) Valorar el nivel de conocimientos respecto al uso del preservativo y a la transmisión y prevención de VIH/SIDA.
- 4) Determinar la asociación entre conocimientos (sobre el uso del preservativo y transmisión-prevención del VIH/SIDA) y conductas sexuales de prevención.
- 5) Establecer la relación entre el beneficio percibido sobre el uso del preservativo, el conocimiento sobre el uso del preservativo y transmisión-prevención del VIH/SIDA y las conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH.

- 6) Establecer diferencias entre mujeres y hombres.
- 7) Analizar la influencia de los factores socio-demográficos sobre las conductas sexuales de prevención (ideología política, curso o nivel formativo, preferencia sexual, religión, estado civil, situación familiar).
- 8) Determinar si el nivel de experiencia sexual (pasada y presente) y el tipo de relación sexual se asocian con los beneficios percibidos, conocimientos y conductas sexuales de prevención.

## **2.3 HIPÓTESIS**

Los objetivos del estudio derivan en la formulación de las siguientes hipótesis:

1. El nivel de conocimiento sobre el uso del preservativo y sobre transmisión- prevención del VIH/SIDA tiene relación con las conductas sexuales de prevención.
2. Existe asociación positiva entre el beneficio percibido sobre el uso del preservativo, el conocimiento sobre el uso del preservativo y transmisión-prevencción del VIH/SIDA y las conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH.
3. Las mujeres presentarán diferencias respecto a los hombres en cuanto a beneficios percibidos, conocimientos y conductas sexuales de prevención.
4. Existe relación entre los factores sociodemográficos (ideología política, curso o nivel formativo, religión, estado civil, situación familiar) y beneficios percibidos, conocimientos y conductas sexuales de prevención.
5. El nivel de experiencia (pasada y presente) y el tipo de relación sexual (monógama, polígama) se asocian con los beneficios percibidos, conocimientos y conductas sexuales de prevención.

## 2.4 MÉTODO

### 2.4.1 VARIABLES

En este trabajo hemos identificado las siguientes **variables independientes**: datos socio-demográficos, nivel de experiencia sexual y tipo de relación sexual (monógama-polígama).

Por otro lado, como **variables dependientes** hemos seleccionado las siguientes: conductas sexuales de prevención (frecuencia del uso de preservativo, porcentaje de uso del preservativo, precauciones tomadas para no infectarse por VIH).

### 2.4.2 ANÁLISIS

Hemos realizado varios tipos de análisis estadísticos para dar respuesta a nuestros objetivos y contrastar las hipótesis planteadas. Para ello hemos empleado el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15. De modo complementario, hemos empleado el programa Excel para la presentación gráfica de los resultados.

Hemos empleado estadísticos de los tests. Así pues, en relación a las propiedades psicométricas de las escalas, hemos analizado la fiabilidad de aquéllas susceptibles de tales análisis. Para ello hemos utilizado el estadístico Alfa de Cronbach.

Hemos realizado análisis descriptivos (media, desviación típica, distribución de frecuencias, etc.) y hemos contrastado la posible relación entre variables cuantitativas utilizando el coeficiente de correlación de Pearson.

En cuanto a los estadísticos inferenciales, hemos empleado el estadístico chi cuadrado de Pearson con las variables dicotómicas y policotómicas categóricas y el Análisis de la Varianza (ANOVA) para el contraste de medias en variables cuantitativas; en los casos en que éste mostró significación estadística se efectuó un análisis post hoc, específicamente con las pruebas Duncan y Scheffé para evaluar las diferencias

entre las medias de los diferentes grupos. El nivel de significación establecido fue de  $\alpha = 0,05$  en todos los casos.

### **2.4.3 DISEÑO**

Se planteó un estudio transversal analítico cuantitativo para responder a los objetivos e hipótesis establecidas. El diseño es de tipo descriptivo-correlacional, y se trata de un estudio *ex post facto*.

### **2.4.4 PROCEDIMIENTO**

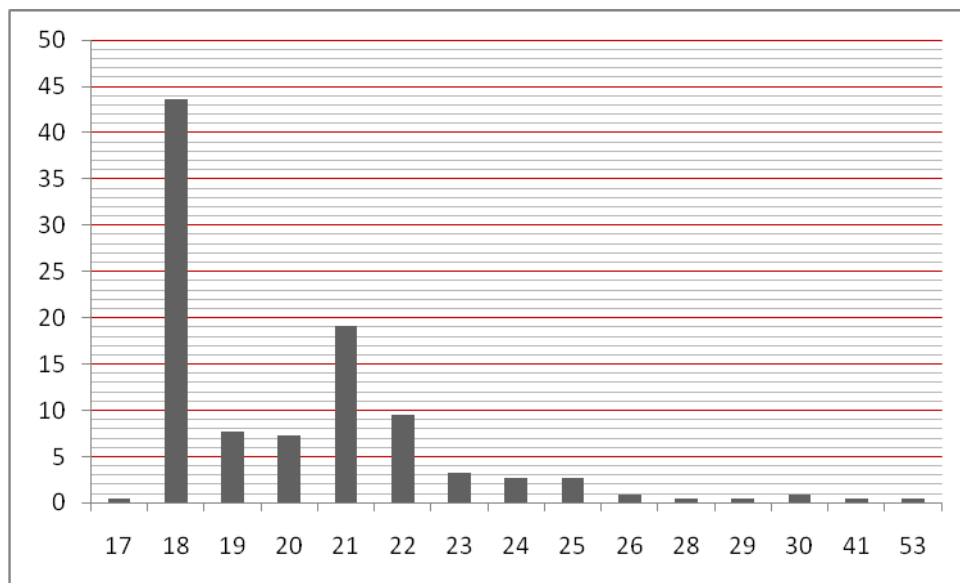
En primer lugar se realizó una revisión sobre la literatura existente respecto al tema de conductas sexuales de prevención del VIH/SIDA, factores asociados a las mismas, vulnerabilidad, riesgo y prevención; así mismo sobre instrumentos de evaluación respecto al tema.

Posteriormente se eligió la muestra y el instrumento que se publicó *online* para ser respondido por las personas que conformaban la misma. Ya cumplimentados los cuestionarios, se procedió a introducir los datos en el programa estadístico SPSS y a realizar los análisis previamente indicados y que exponemos con más detalle a continuación.

### **2.4.5 PARTICIPANTES**

Hemos elegido una muestra por conveniencia para llevar a cabo el estudio. Por razones de acceso elegimos a alumnas y alumnos de Psicología. A quienes participaron se les informó de los objetivos del estudio y se les garantizó el anonimato.

La muestra estuvo compuesta por un total de 220 estudiantes procedentes de la carrera de Psicología de la Universidad de Salamanca con una edad media de 20,23 años (desviación típica de 3,56) y cuyo rango de edad oscilaba entre los 17 y 53 años de edad. La mayor parte se concentró entre los 18 y 22 años representando el 87,2% de la muestra y la edad más frecuente fue 18 años (43,6%) seguida de 21 años (19,1%) como puede observarse en la Figura 5.



**Figura 5. Distribución por edad**

En cuanto a la variable sexo, la mayoría de la muestra estuvo conformada por mujeres (88,6%) frente al 11,4% de hombres.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Andalucía	4	1,8	1,8	1,8
Aragón	5	2,3	2,3	4,1
Asturias	4	1,8	1,8	5,9
Canarias	4	1,8	1,8	7,7
Cantabria	10	4,5	4,5	12,3
CLM	2	,9	,9	13,2
CyL	107	48,6	48,6	61,8
Extremadura	55	25,0	25,0	86,8
Galicia	3	1,4	1,4	88,2
Internacional	11	5,0	5,0	93,2
La Rioja	4	1,8	1,8	95,0
Madrid	1	,5	,5	95,5
Navarra	6	2,7	2,7	98,2
País Vasco	4	1,8	1,8	100,0
<b>Total</b>	<b>220</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 1. Distribución por comunidad autónoma**

En la Tabla 1 se muestra la distribución de participantes por comunidad autónoma. Puede observarse en la misma que la mayoría procede de Castilla y



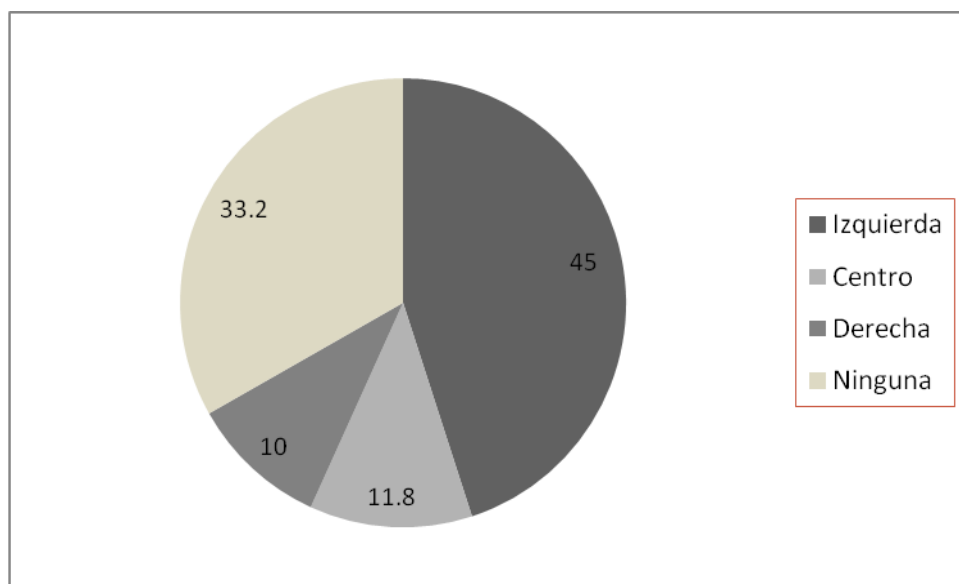
León (48,6%) seguida de Extremadura (25,0%) frente al porcentaje minoritario de Castilla La Mancha (0,9%) y Madrid (0,5%).

Respecto a la variable *preferencia sexual* un elevado porcentaje de participantes se define como heterosexual (el 92,7%) frente a quienes se identifican como bisexuales (5,9%) y homosexuales (1,4%).

En cuanto a *estado civil*, la mayoría de participantes está en soltería (el 91,4%) mientras que solo el 8,6% está casado o conviviendo. Por otra parte, la situación laboral indica que el 92,3% de participantes no trabaja mientras que el 7,7% sí lo hace.

Un 62,7% de participantes indicó que vive en piso compartido, seguido del 15,5% que vive con su familia frente al 4,5% que vive con su pareja y el 3,6% que indicó vivir a solas.

Respecto al *año de estudios*, la mayoría estaba cursando el primero (63,2%) seguido del 23,6% que cursaba el cuarto, el 11,4% quinto y por último el 1,8% cursando tercer año.



**Figura 6. Ideología política**

La *ideología política* de la muestra se representa en la Figura 6. Es posible observar cómo la mayoría de participantes es de izquierda (45,0%)

seguido de quienes se definen sin ideología política (33,2%), frente a un 11,8% considerado de centro y 10,0% de derecha.

Por último, un porcentaje alto (el 60,5%) no se considera religioso, mientras que un 33,2% se considera religioso pero no practicante y solamente un 6,4% indicó ser religioso y practicante.

## **2.4.6 INSTRUMENTOS**

La información se obtuvo mediante un instrumento conformado a su vez por diferentes variables socio-demográficas y por tres escalas: (1) Escala de costes y beneficios del preservativo, (2) Escala de conocimientos y (3) Escala de conducta sexual. Estas escalas han demostrado suficientes garantías de fiabilidad y validez habiendo sido aplicadas en investigaciones psicosociales por encuesta, en diferentes muestras y colectivos de contextos culturales dispares (países desarrollados y en vías de desarrollo). También han sido empleadas en estudios para evaluar programas de prevención sexual aplicada a jóvenes y a personas usuarias de drogas (Ubillós, et al., 1999). En los siguientes apartados comentamos con más detalle cada uno de los instrumentos.

### **2.4.6.1. Escala de costes y beneficios del preservativo**

Esta escala, conformada por 33 ítems, evalúa las creencias o expectativas asociadas al uso del preservativo a través de dos dimensiones: por un lado las ventajas o beneficios que se perciben por la utilización del preservativo (14 ítems) y por el otro, las desventajas o costes (19 ítems).

Presenta una escala numérica con 6 opciones de respuesta que van desde “muy en desacuerdo” con valor 1 hasta “muy de acuerdo” con valor 6. Para obtener la calificación se suman los ítems asignados para cada dimensión obteniendo puntuaciones que se interpretan de la siguiente manera:

En el caso de los costes, una alta puntuación (mayor o igual que 72) significa que la persona cree que el uso del preservativo lleva asociado un gran número de consecuencias negativas mientras que si es baja (menor o igual que

63) percibe pocas consecuencias negativas derivadas de su uso. En el caso de los beneficios, una alta puntuación (mayor o igual que 67) evidencia que la persona considera que la utilización del preservativo tiene un gran número de consecuencias positivas y una baja puntuación (menor o igual que 58) indica que la persona percibe pocas ventajas de su uso.

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach corregida
Los preservativos no siempre se tienen a mano	53,78	122,548	,445	,795
Hay que saber dónde comprar u obtener preservativos	52,30	136,348	,038	,815
El preservativo es engorroso, incómodo, complicado de usar	55,19	122,356	,540	,790
El preservativo crea dudas en el otro acerca del estado de salud	55,81	128,006	,414	,798
Los preservativos pueden estar defectuosos	53,58	126,993	,354	,800
Los preservativos rompen con el romanticismo de la situación	54,93	117,333	,590	,785
El preservativo interrumpe el acto sexual	54,98	119,817	,558	,788
Da corte comentar a la pareja que hay que ponerse el preservativo	55,40	126,142	,378	,799
El preservativo no es natural, es artificial	54,15	121,300	,423	,796
Los preservativos disminuyen el placer	54,11	122,494	,423	,796
Me siento incómodo/a de andar con preservativos todo el tiempo	55,08	119,948	,553	,788
El preservativo es inseguro, hay dudas de su eficacia	55,31	128,991	,334	,801
Hay que depender del preservativo, hay que pensar en tenerlo	52,61	137,672	-,015	,817
Me preocupa que me encuentren preservativos en mi casa	54,68	121,699	,338	,804
Los preservativos se rompen fácilmente, son frágiles	54,77	127,117	,404	,798
Me da vergüenza comprar preservativos	54,70	118,907	,480	,792
Si tienes preservativos crea la sensación de que tienes relaciones con cualquier persona	55,53	126,122	,426	,797
Los hombres que llevan preservativos dan la sensación de que buscan llegar a la relación sexual siempre	55,09	121,252	,535	,790
Hay que saber usar un preservativo, saber ponérselo	52,08	140,683	-,143	,820

**Tabla 2. Estadísticos total-elemento (subescala original de costes)**

En el presente estudio, el análisis de la fiabilidad de las subescalas, puso de manifiesto la baja consistencia interna de tres de los ítems (concretamente,

“Hay que saber dónde comprar u obtener preservativos”, “Hay que depender del preservativo, hay que pensar en tenerlo” y “Hay que saber usar un preservativo, saber ponérselo”) de la subescala como puede observarse en la Tabla 2.

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach corregida
Los preservativos no siempre se tienen a mano	38,42	123,340	,437	,833
El preservativo es engorroso, incómodo, complicado de usar	39,83	122,122	,571	,826
El preservativo crea dudas en el otro acerca del estado de salud	40,45	128,231	,429	,833
Los preservativos pueden estar defectuosos	38,22	128,083	,334	,838
Los preservativos rompen con el romanticismo de la situación	39,57	117,269	,610	,822
El preservativo interrumpe el acto sexual	39,62	119,889	,575	,825
Da corte comentar a la pareja que hay que ponerse el preservativo	40,05	125,697	,415	,834
El preservativo no es natural, es artificial	38,80	122,273	,410	,835
Los preservativos disminuyen el placer	38,75	123,035	,424	,833
Me siento incómodo/a de andar con preservativos todo el tiempo	39,72	119,315	,595	,824
El preservativo es inseguro, hay dudas de su eficacia	39,95	129,399	,341	,837
Me preocupa que me encuentren preservativos en mi casa	39,32	122,629	,328	,842
Los preservativos se rompen fácilmente, son frágiles	39,41	127,431	,414	,834
Me da vergüenza comprar preservativos	39,34	119,165	,489	,830
Si tienes preservativos crea la sensación de que tienes relaciones con cualquier persona	40,17	126,235	,444	,832
Los hombres que llevan preservativos dan la sensación de que buscan llegar a la relación sexual siempre	39,73	121,448	,548	,826

**Tabla 3. Estadísticos total-elemento (subescala de costes, eliminados los ítems 13, 32 y 40)**

El análisis de su contenido puso de manifiesto que para estudiantes universitarios, dichos elementos no son conceptuados como “costes” sino como hechos. Por tanto, para incrementar la fiabilidad de la subescala, optamos por la eliminación de dichos ítems.

Tras su eliminación la subescala obtuvo un valor Alfa de Cronbach = 0,84, y los ítems mostraron unos niveles de homogeneidad corregida satisfactorios y superiores a 0,30 tal como es posible apreciar en la Tabla 3.

En cuanto a la subescala de beneficios, tras su aplicación encontramos niveles de homogeneidad corregida más bajos que en la subescala anterior. Además, tres ítems (“Los preservativos se deben utilizar sólo en el momento de la penetración” y “Si utilizas preservativo no hace falta ir al médico”, y “La colocación del preservativo es un juego erótico más”) mostraron muy baja consistencia interna tal como puede apreciarse en la Tabla 4.

	Media corregida	Varianza corregida	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach corregida
Los preservativos previenen el embarazo	56,34	38,845	,343	,589
Los preservativos tranquilizan y dan seguridad en la relación	56,65	36,574	,363	,575
Los preservativos no tienen efectos negativos ni contraindicaciones	57,53	35,209	,279	,586
Es fácil tener un preservativo, es fácil tenerlo a mano	57,45	35,116	,344	,573
El preservativo me posibilita tener relaciones con varias personas sin correr riesgos	57,45	36,349	,224	,597
Los preservativos son baratos	59,20	36,624	,228	,596
Los preservativos previenen de enfermedades de transmisión sexual	56,30	37,754	,432	,577
Los preservativos son fáciles de obtener	56,94	35,585	,388	,568
El preservativo es higiénico	56,88	36,397	,364	,574
Los preservativos son sencillos y fáciles de utilizar	56,96	36,332	,408	,569
La colocación del preservativo es un juego erótico más	58,10	36,492	,176	,610
Los preservativos se deben utilizar sólo en el momento de la penetración	59,15	41,495	-,099	,666
Los preservativos previenen del SIDA	56,37	37,312	,406	,575
Si utilizas preservativo no hace falta ir al médico	59,98	39,127	,071	,625

**Tabla 4. Estadísticos total-elemento (subescala original de beneficios)**

El análisis detenido de la subescala nos permite plantear que esta subescala contiene afirmaciones que aluden a aspectos más variados en cuanto a su contenido, lo que explica su inferior consistencia interna.

Tras analizar la consistencia interna y eliminar un ítem adicional que no ofrecía adecuados valores (“Los preservativos son baratos”), finalmente obtuvimos una subescala compuesta por 10 ítems, con un Alfa de Cronbach = 0,71. Los ítems mostraron a su vez adecuados niveles de consistencia interna (véase Tabla 5).

	<b>Media corregida</b>	<b>Varianza corregida</b>	<b>Correlación elemento-total corregida</b>	<b>Alfa de Cronbach corregida</b>
Los preservativos previenen el embarazo	44,97	26,684	,409	,691
Los preservativos tranquilizan y dan seguridad en la relación	45,29	24,025	,485	,670
Los preservativos no tienen efectos negativos ni contraindicaciones	46,17	24,113	,257	,718
Es fácil tener un preservativo, es fácil tenerlo a mano	46,09	23,887	,338	,696
El preservativo me posibilita tener relaciones con varias personas sin correr riesgos	46,09	23,860	,299	,707
Los preservativos previenen de enfermedades de transmisión sexual	44,94	26,023	,453	,683
Los preservativos son fáciles de obtener	45,57	24,291	,385	,685
El preservativo es higiénico	45,52	24,315	,434	,677
Los preservativos son sencillos y fáciles de utilizar	45,60	24,799	,422	,680
Los preservativos previenen del SIDA	45,01	25,215	,482	,676

**Tabla 5. Estadísticos total-elemento de la subescala de beneficios (eliminados los ítems 25, 36, 41 y 43)**

Así pues, para el presente estudio, emplearemos las subescalas de costes y beneficios tal y como han quedado configuradas tras eliminar los ítems poco consistentes. Dichas subescalas correlacionaron entre sí = -0,435 (p=0,000), lo que pone de manifiesto la relación inversa entre ambas variables.

#### **2.4.6.2. Escala de conocimientos**

Esta escala de 32 ítems está compuesta por dos subescalas: el uso del preservativo (8 ítems) y las formas de transmisión del VIH y cómo prevenirlo (24 ítems).

La escala presenta una serie de afirmaciones que enuncian información “correcta” y otras que representan una forma “incorrecta” mediante mitos o

falacias y que deben elegirse mediante 3 alternativas de respuesta: “verdadero”, “falso” o “no sé”.

Cada respuesta se considera como un “acierto” o como un “error”. A los aciertos se les asigna el número 1 y a los errores el 0. Una alta puntuación significa que se tiene un nivel elevado de información. La escala permite obtener el número de respuestas correctas relacionadas con estrategias específicas relacionadas con el uso del preservativo y la protección frente al VIH (estrategias específicas), así como el número de aciertos ante información correcta y ante información incorrecta, con independencia del tipo de estrategia de que se trate (estrategias inespecíficas). Dicho de otro modo, en la estrategia específica relacionada con conocimientos sobre el uso del preservativo es posible sacar hasta 8 puntos; en la estrategia específica relacionada con la información sobre protección frente al VIH es posible sacar hasta 24 puntos. Por otro lado, es posible obtener hasta 13 puntos en los aciertos ante información correcta, y hasta 19 puntos en los aciertos ante la información incorrecta.

En el presente estudio hemos calculado el total de respuestas correctas y el total de respuestas incorrectas dadas a los ítems. Por tratarse de una escala de tipo categórica, no es posible analizar la fiabilidad mediante el estadístico Alfa de Cronbach. Los análisis de la asociación entre ambos tipos de respuesta ( $r=0,268$ ;  $p=0,000$ ) resultaron significativos. Ello indica que existe una asociación positiva entre conocer estrategias adecuadas e inadecuadas acerca del uso del preservativo y la prevención y transmisión del VIH.

#### **2.4.6.3. Escala de conducta sexual**

El objetivo de esta escala es evaluar el nivel de experiencia sexual alcanzado por las persona durante su vida, el tipo de relaciones sexuales mantenidas en el momento de completar la escala, la adopción de conductas preventivas y una especificación numérica de los coitos realizados en un determinado lapsus de tiempo, las veces que estos coitos han sido protegidos y a través de qué medida preventiva.

En cuanto al *nivel de experiencia*, la escala lo divide en 5: 1) ninguna, 2) experiencia de besos y caricias, 3) experiencia de Petting, 4) coito con una persona, 5) coito con varias personas. Para valorar el *actual comportamiento sexual*, divide las relaciones sexuales de los sujetos en 3 niveles: 1) ninguna relación sexual, 2) Petting, 3) relaciones coitales. La *orientación del deseo* se evalúa a través de una escala de tres puntos: homosexual, heterosexual o bisexual.

Para determinar las *conductas de riesgo y prevención*, se aplican varios ítems que indican si las relaciones son mantenidas con la misma persona o con diferentes, si adoptan conductas preventivas y el tipo de medida adoptada. Así mismo, el número de coitos en el último mes y el porcentaje de uso del preservativo y de otro método. La escala permite disponer de indicador cualitativo y cuantitativo de la frecuencia de adopción de conductas preventivas.

En cuanto a las *conductas preventivas ante el SIDA* la escala presenta dos ítems- que deben ser respondidos tanto por las personas que han tenido o tienen relaciones sexuales y por las que no han tenido experiencia de coito- distribuyéndolas en subgrupos para mejor análisis: medidas preventivas totalmente ineficaces, medidas preventivas cuestionables y medidas preventivas eficaces. Así pues, es posible distinguir entre:

1.- *Medidas preventivas totalmente ineficaces*: no tomar ninguna precaución, lavarse después de tener una relación sexual de penetración, utilizar el coito interrumpido (marcha atrás), cremas espermicidas o la píldora anticonceptiva y acudir al médico para realizarse controles periódicos. Algunos autores indican que esta última conducta es adoptada por algunos usuarios de drogas como una medida preventiva de cara a la transmisión del VIH.

2.- *Medidas preventivas cuestionables en cuanto a su eficacia real y muy extendidas*: ser monógamo, fijarse en el aspecto exterior de la pareja, tener relaciones sólo con personas conocidas, realizar prácticas sexuales de penetración con poca gente o con menos gente que antes, no tener relaciones



con gente que se inyecta drogas e informarse sobre el estado de salud de la pareja.

3.- *Medidas preventivas eficaces*: utilizar el preservativo, mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo (besos, heteromasturbación, etc.) y abstenerse de tener relaciones sexuales si no se tiene una medida preventiva a mano.

En el presente estudio hemos calculado el total obtenido por cada participante en cada tipo de medida preventiva (ineficaces, cuestionables, y eficaces). Por tratarse de una lista de chequeo, no es posible obtener datos sobre su consistencia interna. El análisis de la correlación entre los tres factores puso de manifiesto la existencia de una asociación significativa y positiva entre puesta en marcha de prácticas ineficaces y cuestionables ( $r=0,239$ ;  $p<0,01$ ), así como de una asociación significativa y negativa entre la puesta en marcha de prácticas ineficaces y eficaces ( $r=-0,135$ ;  $p<0,05$ ). La asociación entre la puesta en marcha de prácticas cuestionables y prácticas eficaces no fue significativa ( $r=0,094$ ;  $p>0,05$ ).

Para finalizar, la escala incluye una pregunta cerrada y dicotómica (Sí vs. No) para evaluar la percepción de que las precauciones que se toman para no infectarse con el VIH son suficientes o no lo son.

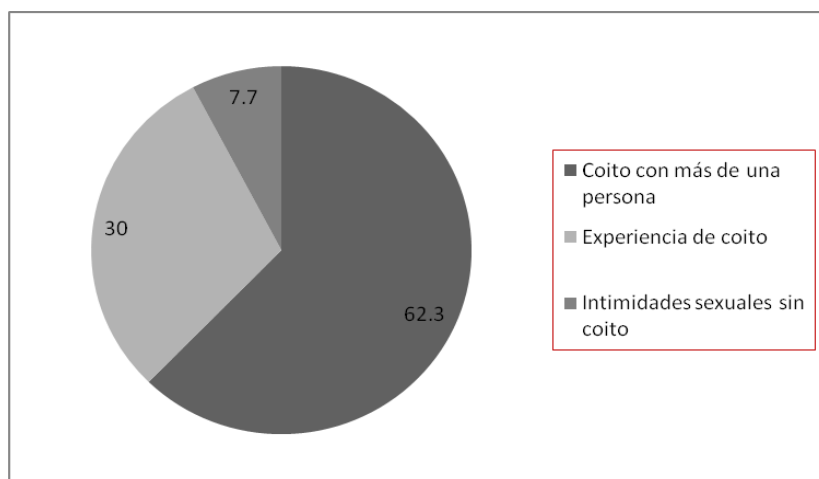
## **2.5 RESULTADOS**

Comenzamos en este apartado con la descripción de las conductas sexuales de los participantes. Así pues, respecto a la experiencia sexual a lo largo de su vida, un 62,3% de los 220 participantes indicó haber tenido relaciones coitales con más de una persona y el 30% ha tenido experiencia de haber llegado al coito; mientras que solo el 7,7% ha tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él tal como se muestra en la Figura 7.

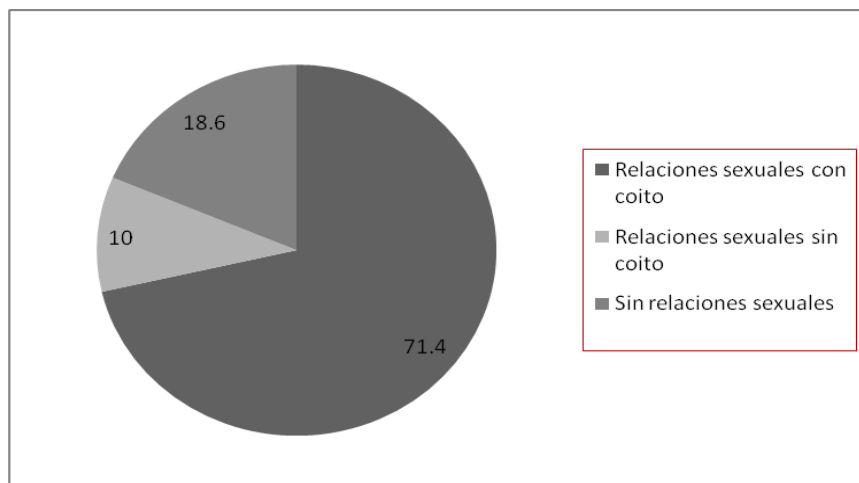
En cuanto al comportamiento sexual actual, el 71,4 % afirma tener relaciones sexuales que incluyen el coito, el 10% tiene relaciones sexuales sin

coito y el 18,6% no tiene relaciones sexuales tal como puede verse representado en la Figura 8.

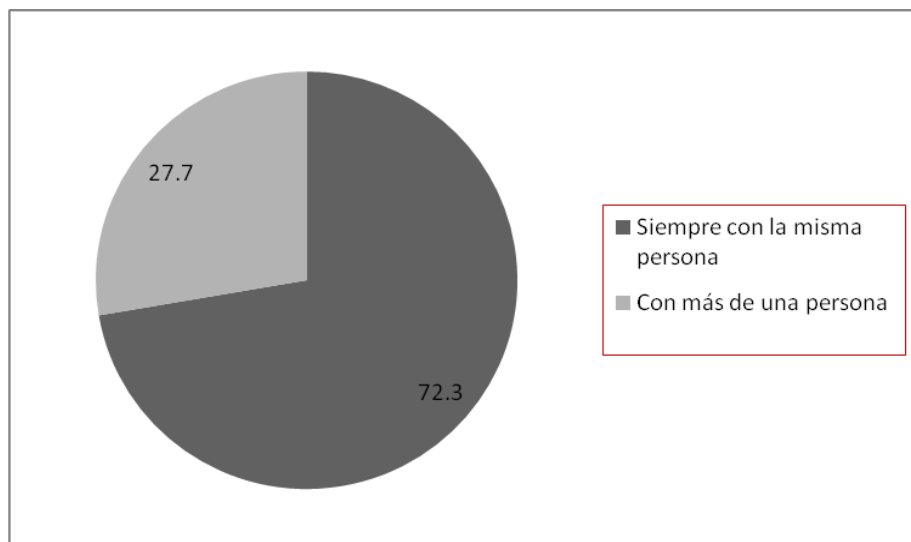
En la Figura 9 puede apreciarse como las y los participantes definieron sus relaciones sexuales coitales actuales. Así el 72,3% indicó que las tiene siempre con la misma persona mientras que el 27,7% con más de una persona.



**Figura 7. Nivel de experiencia sexual máxima a lo largo de su vida**



**Figura 8. Comportamiento sexual actual**



**Figura 9. Definición de las relaciones sexuales coitales**

Respecto al uso de algún método anticonceptivo el 82,3% indicó que lo utiliza siempre, el 15,5% que a veces y el 2,3% nunca lo hace. En la Tabla 6 se presentan los tipos de métodos anticonceptivos utilizados por las y los participantes en frecuencias y porcentajes. El más frecuente es el preservativo; 189 participantes indicaron utilizarlo (el 85,9 %) seguido de las píldoras anticonceptivas que son utilizadas por un 25% (N=55) y el coito interrumpido (marcha atrás) por un 13,6% (N=30) de la muestra. Por otra parte, los métodos anticonceptivos menos utilizados son los naturales (1,4%), y por menos del 1% el DIU (dispositivo intrauterino) y el diafragma.

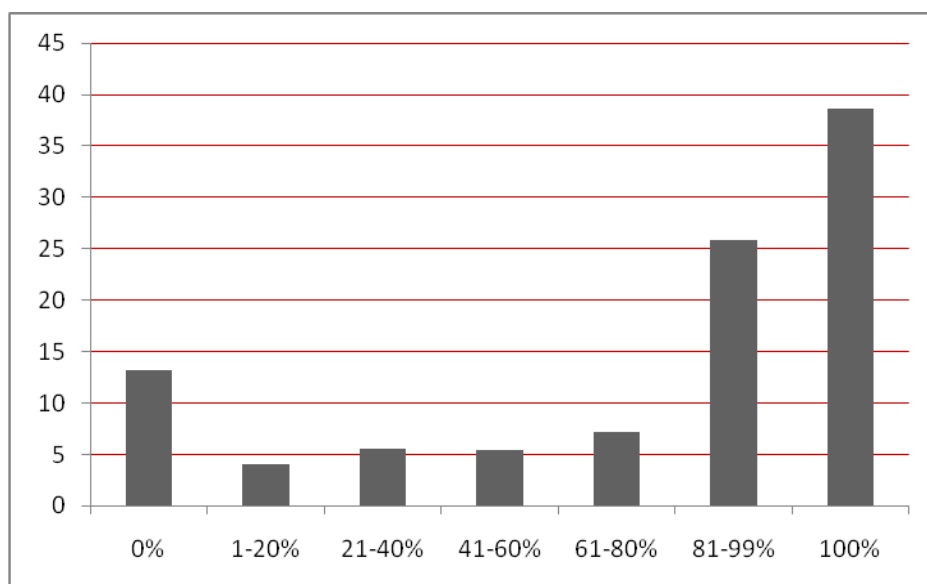
	No	Sí
Coito interrumpido (marcha atrás)	190 (86,4)	30 (13,6)
Píldoras anticonceptivas	165 (75,0)	55 (25,0)
DIU (dispositivo intrauterino)	218 (99,1)	2 (0,9)
<b>Preservativo (condones)</b>	<b>31 (14,1)</b>	<b>189 (85,9)</b>
Diafragma	219 (99,5)	1 (0,5)
Métodos naturales (ogino, temperatura)	217 (98,6)	3 (1,4)
Otros	206 (93,6)	14 (6,4)

**Tabla 6. Métodos anticonceptivos utilizados**

Por otro lado, según se desprende de las respuestas al cuestionario, el 35% de participantes ha tenido más de 5 relaciones sexuales coitales en el último mes. El número de veces que ha tenido relaciones sexuales coitales en el último mes varía desde 0 (30,9%) hasta 40 (0,5%).

Respecto al porcentaje de uso del preservativo en sus relaciones sexuales el 27,3% indicó que lo utiliza menos de la mitad o la mitad de veces en sus relaciones sexuales.

En la Figura 10 puede observarse que el 38,6% de participantes utiliza siempre el preservativo (en un 100%). Por otra parte el 13,2% no lo utiliza nunca (0%). La mayoría de participantes (el 64,5%) lo utiliza en más del 81% de sus relaciones sexuales.



**Figura 10. Porcentaje de uso del preservativo en las relaciones sexuales**

En cuanto al uso de cualquier otro método anticonceptivo (diferente al preservativo) en sus relaciones sexuales, el 55% de participantes indican no utilizarlo mientras que el 12,7% lo utiliza siempre.

En la Tabla 7 se puede observar además cómo un 9,1% indica que se le había roto el preservativo cuando en realidad no lo había utilizado. Por su parte cabe también destacar cómo un 16,2% de las participantes (N=36) han utilizado la píldora poscoital por no haber utilizado el preservativo.

	Frecuencia (y porcentajes) de respuestas					
	MD	BD	D	A	BA	MA
He dicho que se me había roto el preservativo cuando en realidad no lo había usado	185 (84,1)	7 (3,2)	8 (3,6)	8 (3,6)	3 (1,4)	9 (4,1)
He tomado la píldora poscoital por no haber utilizado preservativo	169 (76,8)	7 (3,2)	8 (3,6)	10 (4,5)	8 (3,6)	18 (8,2)

**Tabla 7. Uso de preservativo**

En la Tabla 8 se presentan los estadísticos descriptivos y dispersión de las puntuaciones respecto a la frecuencia de las relaciones coitales y de uso de métodos anticonceptivos del grupo. Como antes indicamos, el número de veces que el grupo ha tenido relaciones sexuales coitales en el último mes oscila entre 0 y 40 veces con una media de 5,18 (desviación típica de 6,6).

Por otro lado, el porcentaje promedio de uso del preservativo del grupo en sus relaciones sexuales es de 73,47% (desviación típica de 36,56) y el de uso de otro método anticonceptivo es de 25,87% (desviación típica de 38,97).

	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Número de veces que ha tenido relaciones sexuales coitales en el último mes	0	40	5,18	6,607
Porcentaje de uso de preservativo en sus relaciones sexuales	0	100	73,47	36,565
Porcentaje de uso de otro método anticonceptivo en sus relaciones sexuales	0	100	25,87	38,966

**Tabla 8. Estadísticos descriptivos y dispersión de las puntuaciones (Frecuencia de relaciones coitales y de uso de métodos anticonceptivos)**

Ante la pregunta ¿qué tipo de precauciones toma para no infectarse de VIH? se puede ver (Tabla 9) cómo, entre las prácticas eficaces de prevención un alto porcentaje utiliza el preservativo (81,4%); así mismo el 50,5% se abstiene de tener relaciones sexuales si no tiene una medida preventiva. Como prácticas cuestionables el 45,9% solo tendría relaciones coitales con una persona y el 36,8% se informaría sobre el estado de salud de su pareja. Por otra parte, de las prácticas totalmente ineficaces para evitar infección por VIH el 22,7% indicó lavarse después de tener una relación sexual de penetración y un 20,5% acudir al médico para realizarse controles periódicos.

	No	Sí
No hago nada/ No tomo ninguna precaución	208 (94,5)	12 (5,5)
Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano	193 (87,7)	27 (12,3)
No tengo relaciones con gente que sé que se inyecta droga	139 (63,2)	81 (36,8)
Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente	174 (79,1)	46 (20,9)
Realizo prácticas sexuales de penetración con menos gente que antes	219 (99,5)	1 (0,5)
Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida	176 (80,0)	44 (20,0)
Sólo tengo relaciones coitales con una persona	119 (54,1)	101 (45,9)
Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual	139 (63,2)	81 (36,8)
Me lavo después de tener una relación sexual de penetración	170 (77,3)	50 (22,7)
Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo	194 (88,2)	26 (11,8)
Utilizo el coito interrumpido	210 (95,5)	10 (4,5)
Utilizo cremas espermicidas	220 (100)	0
Utilizo la píldora anticonceptiva	199 (90,5)	21 (9,5)
Utilizo el preservativo (condón)	41 (18,6)	179 (81,4)
Acudo al médico para realizarme controles periódicos	175 (79,5)	45 (20,5)
Me abstengo de tener relaciones sexuales si no tengo una medida preventiva	109 (49,5)	111 (50,5)
Otras	212 (96,4)	8 (3,6)

**Tabla 9. Precauciones para evitar infección por de VIH**

En la Tabla 10 se observa cómo ante la pregunta: ¿Cree que las precauciones que toma son suficientes para no infectarse con el VIH?, un 18,7% de los casos (N=41) responden negativamente.

	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No	41	18,6	18,7
Sí	178	80,9	99,5
N.R.	1	,5	100,0
<b>Total</b>	<b>219</b>	<b>100,0</b>	

**Tabla 10. ¿Cree que las precauciones que toma son suficientes para no infectarse con el VIH?**

En respuesta a nuestro segundo objetivo, se presentan (véase Tabla 11) los resultados relativos a la frecuencia de mención de cada ítem de la escala de costes y beneficios del preservativo. Entre los costes percibidos, el 65,9% muestra cierto grado de acuerdo en que “los preservativos pueden estar defectuosos” y el 42,3% en que “disminuyen el placer”.

Por otro lado, entre los beneficios percibidos por las y los participantes un alto porcentaje está muy de acuerdo en que “los preservativos previenen de enfermedades de transmisión sexual” (71,8%), “previenen del SIDA” (69,5%) y “previenen el embarazo” (66,8%). Además, el 93,2% muestra cierto grado de acuerdo en que “los preservativos son fáciles de obtener” y el 81,3% en que “el preservativo me posibilita tener relaciones con varias personas sin correr riesgos”.

Otro dato relevante es que un alto porcentaje (el 74,5%) de participantes está en cierto grado de desacuerdo con la afirmación “los preservativos son baratos”.

	Frecuencia (y porcentajes) de respuestas					
	MD	BD	D	A	BA	MA
Los preservativos previenen el embarazo	0	0	0	13 (5,9)	60 (27,3)	47 (66,8)
Los preservativos no siempre se tienen a mano	16 (7,3)	39 (17,7)	31 (14,1)	70 (31,8)	43 (19,5)	21 (9,5)
Hay que saber dónde comprar u obtener preservativos	4 (1,8)	0	10 (4,5)	40 (18,2)	57 (25,9)	109 (49,5)
El preservativo es engorroso, incómodo, complicado de usar	72 (32,7)	68 (30,9)	47 (21,4)	22 (10,0)	6 (2,7)	5 (2,3)
Los preservativos tranquilizan y dan seguridad en la relación	2 (0,9)	3 (1,4)	5 (2,3)	27 (12,3)	65 (29,5)	118 (53,6)
El preservativo crea dudas en el otro acerca del estado de salud	134 (60,9)	52 (23,6)	22 (10,0)	7 (3,2)	2 (0,9)	3 (1,4)
Los preservativos pueden estar defectuosos	4 (1,8)	33 (15,0)	38 (17,3)	82 (37,3)	39 (17,7)	24 (10,9)
Los preservativos no tienen efectos negativos ni contraindicaciones	8 (3,6)	16 (7,3)	32 (14,5)	43 (19,5)	63 (28,6)	58 (26,4)
Los preservativos rompen con el romanticismo de la situación	75 (34,1)	50 (22,7)	36 (16,4)	32 (14,5)	19 (8,6)	8 (3,6)
Es fácil tener un preservativo, es fácil tenerlo a mano	4 (1,8)	9 (4,1)	33 (15,0)	61 (27,7)	54 (24,5)	59 (26,8)
El preservativo me posibilita tener relaciones con varias personas sin correr riesgos	9 (4,1)	14 (6,4)	18 (8,2)	52 (23,6)	72 (32,7)	55 (25,0)
El preservativo interrumpe el acto sexual	64 (29,1)	66 (30,0)	42 (19,1)	27 (12,3)	13 (5,9)	8 (3,6)
Da corte comentar a la pareja que hay que ponerse el preservativo	104 (47,3)	52 (23,6)	26 (11,8)	29 (13,2)	6 (2,7)	3 (1,4)
El preservativo no es natural, es artificial	41 (18,6)	29 (13,2)	46 (20,9)	56 (25,5)	24 (10,9)	24 (10,9)
Los preservativos son baratos	39 (17,7)	60 (27,3)	65 (29,5)	37 (16,8)	11 (5,0)	8 (3,6)
Los preservativos previenen de enfermedades de transmisión sexual	1 (0,5)	0	2 (0,9)	8 (3,6)	51 (23,2)	158 (71,8)
Los preservativos disminuyen el placer	21 (9,5)	52 (23,6)	54 (24,5)	40 (18,2)	31 (14,1)	22 (10,0)
Me siento incómodo/a de andar con preservativos todo el tiempo	79 (35,9)	52 (23,6)	42 (19,1)	29 (13,2)	12 (5,5)	6 (2,7)
Los preservativos son fáciles de obtener	4 (1,8)	3 (1,4)	8 (3,6)	45 (20,5)	72 (32,7)	88 (40,0)
El preservativo es inseguro, hay dudas de su eficacia	71 (32,3)	83 (37,7)	38 (17,3)	21 (9,5)	6 (2,7)	1 (0,5)
El preservativo es higiénico	1 (0,5)	3 (1,4)	10 (4,5)	44 (20,0)	71 (32,3)	91 (41,4)
Hay que depender del preservativo, hay que pensar en tenerlo	0	6 (2,7)	19 (8,6)	50 (22,7)	75 (34,1)	70 (31,8)
Me preocupa que me encuentren preservativos en mi casa	84 (38,2)	33 (15,0)	28 (12,7)	25 (11,4)	24 (10,9)	26 (11,8)
Los preservativos son sencillos y fáciles de utilizar	0	2 (0,9)	12 (5,5)	48 (21,8)	83 (37,7)	75 (34,1)

**Tabla 11. Costes y beneficios del preservativo**



	Frecuencia (y porcentajes) de respuestas					
	MD	BD	D	A	BA	MA
Los preservativos se rompen fácilmente, son frágiles	28 (12,7)	78 (35,5)	68 (30,9)	31 (14,1)	13 (5,9)	2 (0,9)
La colocación del preservativo es un juego erótico más	17 (7,7)	25 (11,4)	42 (19,1)	63 (28,6)	37 (16,8)	36 (16,4)
Me da vergüenza comprar preservativos	71 (32,3)	40 (18,2)	33 (15,0)	38 (17,3)	24 (10,9)	14 (6,4)
Si tienes preservativos crea la sensación de que tienes relaciones con cualquier persona	108 (49,1)	57 (25,9)	30 (13,6)	16 (7,3)	8 (3,6)	1 (0,5)
Los hombres que llevan preservativos dan la sensación de que buscan llegar a la relación sexual siempre	76 (34,5)	53 (24,1)	47 (21,4)	27 (12,3)	14 (6,4)	3 (1,4)
Hay que saber usar un preservativo, saber ponérselo	0	4 (1,8)	2 (0,9)	34 (15,5)	48 (21,8)	132 (60,0)
Los preservativos se deben utilizar sólo en el momento de la penetración	49 (22,3)	58 (26,4)	45 (20,5)	34 (15,5)	24 (10,9)	10 (4,5)
Los preservativos previenen del SIDA	0	2 (0,9)	6 (2,7)	9 (4,1)	50 (22,7)	153 (69,5)
Si utilizas preservativo no hace falta ir al médico	109 (49,5)	51 (23,2)	35 (15,9)	12 (5,5)	9 (4,1)	4 (1,8)

**Tabla 11 (cont.) Costes y beneficios del preservativo**

Respecto al tercer objetivo, en primer lugar, en cuanto a los conocimientos sobre el uso del preservativo, en la Tabla 12 se puede observar cómo referente a la información correcta (colocarlo cuando el pene está en erección, mirar la fecha de caducidad, no manipularlo hasta su colocación, sujetar el preservativo por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación) la mayoría de participantes acertó. Así mismo para la información incorrecta (colocarlo antes de la erección, colocarlo justo en el momento de la eyaculación, inflarlo de aire para comprobar si está pinchado, esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el preservativo sujetándolo por los bordes). Aunque llama la atención que un 50% no acertó en cuanto a la respuesta “inflarlo de aire para comprobar si está pinchado”; al respecto el 35,5 % de participantes piensa que sí hay que inflarlo y el 14,5% no sabe. También que el 9,5% piensa que el preservativo debe colocarse antes de la erección, y el 1,8% no sabe; mientras que un 13,2% desconoce si hay que esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal para después retirarlo sujetándolo por los bordes y el 5,5% cree que sí hay que hacerlo.

	Frecuencia (y porcentajes) de respuestas		
	Verdadero	Falso	No sé
Colocarlo antes de la erección	21 (9,5)	195 (88,6)	4 (1,8)
Colocarlo cuando el pene está en erección	205 (93,2)	12 (5,5)	3 (1,4)
Colocarlo justo en el momento de la eyaculación	5 (2,3)	210 (95,5)	5 (2,3)
Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado	78 (35,5)	110 (50,0)	32 (14,5)
Mirar la fecha de caducidad	217 (98,6)	1 (0,5)	2 (0,9)
No manipularlo hasta su colocación	210 (95,5)	3 (1,4)	7 (3,2)
Sujetar el preservativo por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación	173 (78,6)	20 (9,1)	27 (12,3)
Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el preservativo sujetándolo por los bordes	12 (5,5)	179 (81,4)	29 (13,2)

**Tabla 12. Conocimientos sobre el uso del preservativo**

En segundo lugar, por lo que se refiere a los conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA se presentan los resultados en la Tabla 13. Respecto a la información correcta (a través de relaciones sexuales, inyectándose heroína compartiendo la jeringuilla, compartiendo objetos personales-cepillo de dientes, cuchillas, etc.-, a través del coito interrumpido, de mujer embarazada a su hijo) y a la información incorrecta (esnifando heroína, donando sangre, utilizando piscinas públicas, recibiendo sangre -transfusión-, a través de los cubiertos o vasos, besándose en la boca, inyectándose heroína siempre con la propia jeringuilla, a través de picaduras de insecto, a través de la saliva, a través de las lágrimas) la mayoría de participantes acertó. Sin embargo, es posible apreciar que aunque el 100% sabe que se transmite a través de relaciones sexuales e inyectándose heroína compartiendo jeringuilla, existe desconocimiento sobre si esnifando heroína (24,1%), por picaduras de insecto (26,4%) y a través del coito interrumpido (10,5%). Así mismo, incorrectamente el 26,8% cree que no se transmite recibiendo sangre (transfusión), el 34,5% piensa que se transmite donando sangre y el 22,7% a través de picaduras de insecto.

	Frecuencia (y porcentajes) de respuestas		
	Verdadero	Falso	No sé
A través de las relaciones sexuales	220 (100,0)	0	0
Esnifando heroína	16 (7,3)	151 (68,6)	53 (24,1)
Donando sangre	76 (34,5)	129 (58,6)	15 (6,8)
Utilizando piscinas públicas	2 (0,9)	201 (91,4)	17 (7,7)
Recibiendo sangre (transfusión)	145 (65,9)	59 (26,8)	16 (7,3)
A través de los cubiertos, vasos	10 (4,5)	193 (87,7)	17 (7,7)
Besándose en la boca	20 (9,1)	187 (85,0)	13 (5,9)
Inyectándose heroína siempre con la propia jeringuilla	20 (9,1)	187 (85,0)	13 (5,9)
Inyectándose heroína compartiendo la jeringuilla	220 (100,0)	0	0
A través de picaduras de insecto	50 (22,7)	112 (50,9)	58 (26,4)
A través de la saliva	20 (9,1)	183 (83,2)	17 (7,7)
A través de las lágrimas	2 (0,9)	204 (92,7)	14 (6,4)
Compartiendo objetos personales (cepillo de dientes, cuchillas, etc.)	160 (72,7)	41 (18,6)	19 (8,6)
A través del coito interrumpido	181 (82,3)	16 (7,3)	23 (10,5)
De mujer embarazada a su hijo	181 (82,3)	9 (4,1)	30 (13,6)

**Tabla 13. Conocimientos sobre transmisión del VIH/SIDA**

Por último, en lo referente a los conocimientos relativos a conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH, en la Tabla 14 se presenta un resumen. En cuanto a la información correcta (estar bien informado sobre lo que es el SIDA, utilizar el preservativo, no utilizar agujas ya usadas, evitar el contacto con sangre de otros) y a la incorrecta (acudir al médico para realizarse controles periódicos, tener siempre la misma pareja sexual, tomar la píldora anticonceptiva, utilizar cremas espermicidas, no existen medidas que nos protejan) se encontró que la mayoría de participantes acertó, a excepción de acudir al médico para realizarse controles periódicos; respecto a ello, es posible observar cómo 160 participantes (72,7%) afirmaron que ésta es una conducta de prevención. También llama la atención que tener siempre la misma pareja sexual es considerada como medida preventiva por el 13,6% y que el 16,8% desconoce si la utilización de cremas espermicidas lo es.

	Frecuencia (y porcentajes) de respuestas		
	Verdadero	Falso	No sé
Acudir al médico para realizarse controles periódicos	160 (72,7)	44 (20)	16 (7,3)
Estar bien informado sobre lo que es el SIDA	218 (99,1)	2 (0,9)	0
Tener siempre la misma pareja sexual	30 (13,6)	185 (84,1)	5 (2,3)
Utilizar el preservativo	219 (99,5)	1 (0,5)	0
No utilizar agujas ya usadas	216 (98,2)	3 (1,4)	1 (0,5)
Evitar el contacto con sangre de otros	195 (88,6)	12 (5,5)	13 (5,9)
Tomar la píldora anticonceptiva	5 (2,3)	206 (93,6)	9 (4,1)
Utilizar cremas espermicidas	4 (1,8)	179 (81,4)	37 (16,8)
No existen medidas que nos protejan	3 (1,4)	210 (95,5)	7 (3,2)

**Tabla 14. Conocimientos relativos a las conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH**

## 2.5.1 CONTRASTE DE HIPÓTESIS

### 2.5.1.1. Relación entre conocimientos y conductas de prevención

En la Tabla 15 (para facilitar su exposición, las correlaciones no significativas se han eliminado) se puede observar cómo las variables: Conocimientos, Información e Identificación adecuada de respuestas correctas, muestran correlaciones con conductas sexuales de prevención. Así, el conocimiento sobre el uso correcto del preservativo y la identificación de las respuestas correctas se relacionan positivamente ( $r=0,193$ ;  $p<0,01$  y  $r=0,171$ ;  $p<0,05$  respectivamente) con el porcentaje de uso de preservativo en las relaciones sexuales.

A la vista de los resultados, es posible afirmar que la hipótesis 1 ha recibido un sustancial apoyo.

	Uso de preservativo	Prácticas Ineficaces	Prácticas Cuestionables	Prácticas Eficaces	Porcentaje de uso de preservativo en relaciones sexuales
Conocimientos sobre uso correcto del preservativo					,193**
Información sobre formas de transmisión del VIH					
Identificación adecuada de respuestas correctas					,171*
Identificación adecuada de respuestas incorrectas					
Uso de Preservativo		-,251**		,569**	,586**
Prácticas Ineficaces			,239**	-,135*	-,162*
Prácticas Cuestionables					
Prácticas Eficaces					,399**

**Tabla 15. Correlaciones entre los factores de la Escala de Conocimientos y la conducta sexual** \*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). \* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

### 2.5.1.2. Asociación entre beneficios, conocimientos y conductas sexuales de prevención

En la Tabla 16 se muestran las correlaciones entre las variables Conocimientos sobre uso correcto del preservativo, Información sobre las formas de transmisión del VIH, Identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas, Uso del preservativo, Prácticas preventivas ineficaces, Prácticas preventivas cuestionables, Prácticas preventivas eficaces, Porcentaje de uso de preservativo en sus relaciones sexuales, Costes y Beneficios percibidos sobre la utilización del preservativo.

En primer lugar existen asociaciones entre los beneficios y los conocimientos e información; de manera que es posible apreciar como los beneficios se asocian positivamente con los conocimientos sobre el uso correcto del preservativo ( $r=0,144$ ;  $p<0,05$ ), con la información sobre las formas de transmisión del VIH ( $r=0,186$ ;  $p<0,01$ ) y con la identificación adecuada de respuestas incorrectas ( $r=0,210$ ;  $p<0,01$ ). Además, los costes percibidos del preservativo se relacionan negativamente con los mismos factores - conocimientos sobre el uso correcto del preservativo ( $r=-0,191$ ;  $p<0,01$ ),

información sobre las formas de transmisión del VIH ( $r=-0,142$ ;  $p<0,01$ ) e identificación adecuada de respuestas incorrectas ( $r=-0,248$ ;  $p<0,01$ ).

En segundo lugar, puede observarse la asociación positiva entre los beneficios y las prácticas preventivas eficaces ( $r=0,15$ ;  $p<0,05$ ); así mismo entre los costes y los otros dos tipos de prácticas preventivas: las ineficaces ( $r=0,150$ ;  $p<0,05$ ) y las cuestionables ( $r=0,232$ ;  $p<0,01$ ). También, que los costes percibidos del preservativo se relacionan negativamente con el porcentaje de uso del preservativo en sus relaciones sexuales ( $r=-0,148$ ;  $p<0,05$ ).

Lo anterior evidencia la asociación entre beneficios, conocimientos y conductas sexuales de prevención; apoyando a la hipótesis 2.

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	,220**	,501**	,471**					,193**	-,191**	,144*
2		,480**	,892**						-,142*	,186**
3			,268**					,171*		
4									-,248**	,210**
5					-,251**		,569**	,586**		
6						,239**	-,135*	-,162*	,150*	
7							,094		,232**	
8								,399**		,155*
9									-,148*	
10										-,359**

**Tabla 16. Correlaciones entre beneficios, conocimientos y conductas sexuales de prevención** \*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral); \* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Nota: 1= Estrategia Específica (Conocimientos sobre uso correcto del preservativo); 2=Estrategia Específica (Información sobre las formas de transmisión del VIH); 3=Aciertos (Inespecífica Correcta); 4= Aciertos (Inespecífica Incorrecta); 5=Preservativo (condones); 6=Prácticas Ineficaces; 7= Prácticas Cuestionables; 8=Prácticas Eficaces; 9=Porcentaje de uso de preservativo en sus relaciones sexuales; 10=Costes; 11=Beneficios.

### 2.5.1.3. Diferencias en función del sexo

En la Tabla 17 se puede observar cómo al realizar el contraste de las medias obtenidas en cuanto a las variables Conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, Información sobre las formas de transmisión del VIH, Identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas, Prácticas

preventivas ineficaces, Prácticas preventivas cuestionables, Prácticas preventivas eficaces, Costes y Beneficios del uso del preservativo, en función del factor sexo no han resultado significativas sus diferencias; es decir, no hay diferencias entre mujeres y hombres en cuanto a dichas variables. Así pues, según el Análisis de la Varianza (ANOVA) los resultados no fueron significativos; por lo que a la vista de los éstos, nuestra tercera hipótesis no se ha visto confirmada.

		N	Media	D.T.	F	Sig.
Estrategia (Conocimientos)	Específica				7,627	,006
	Mujer	195	6,73	1,25		
	Hombre	25	7,44	,77		
Estrategia Específica (Información)					,463	,497
	Mujer	195	18,33	2,61		
	Hombre	25	17,96	2,35		
Aciertos (Inespecífica Correcta)					,086	,769
	Mujer	195	10,91	1,17		
	Hombre	25	10,84	1,14		
Aciertos (Inespecífica Incorrecta)					,554	,457
	Mujer	195	14,15	2,61		
	Hombre	25	14,56	2,18		
Prácticas Ineficaces					,819	,366
	Mujer	195	,65	,89		
	Hombre	25	,48	,65		
Prácticas Cuestionables					,144	,705
	Mujer	195	1,37	1,14		
	Hombre	25	1,28	1,37		
Prácticas Eficaces					,001	,981
	Mujer	195	1,44	,79		
	Hombre	25	1,44	,82		
Costes					3,166	,077
	Mujer	195	42,59	11,78		
	Hombre	25	38,16	11,36		
Beneficios					1,151	,284
	Mujer	195	50,44	5,43		
	Hombre	25	51,68	5,52		

**Tabla 17. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en las variables de interés, en función del sexo**

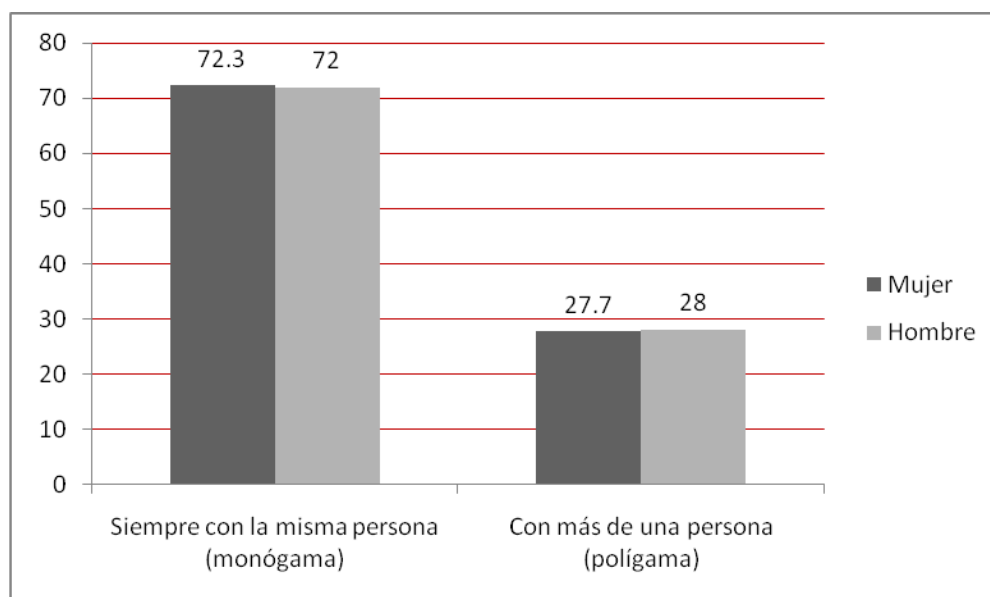
De modo complementario, los análisis de la posible asociación entre la variable sexo y la variable uso o no del preservativo, evidenciaron una ausencia de asociación significativa ( $\chi^2=0,102$ ;  $gl=1$ ;  $p=0,750$ ).

Tampoco la variable sexo se encontró asociada significativamente a la existencia de relaciones polígamas vs. monógamas, tal y como se puede ver en la Tabla 18 en donde se refleja cómo la mayoría de participantes, tanto mujeres como hombres en porcentajes similares (72,3% y 72,0% respectivamente) indican que sus relaciones sexuales coitales son siempre con la misma persona (Chi cuadrado=0,001; gl=1; p=0,974).

	Mujeres	Hombres
Siempre con la misma persona (monógama)	141 (72,3%)	18 (72,0%)
Con más de una persona (polígama)	54 (27,7%)	7 (28,0%)

**Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Defina sus relaciones sexuales coitales”**

Puede observarse en la Figura 11 los porcentajes bastante similares entre mujeres (72,3%) y hombres (72%) en cuanto a la definición de sus relaciones sexuales coitales como monógama o polígama.



**Figura 11. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Defina sus relaciones sexuales coitales”**

Así mismo, el análisis de posibles diferencias en porcentaje de uso del preservativo en función del sexo, no reveló dichas diferencias (F=0,001; p=0,976). Todo lo anterior contribuye a rechazar la hipótesis 3.



## **2.5.1.4. Análisis de las diferencias en función de factores sociodemográficos**

### **a) Ideología política**

En la Tabla 19 se presentan los datos relativos a las valoraciones de las y los participantes, agrupados según su ideología política. En la misma es posible observar cómo, al realizar el análisis de varianza, los grupos difieren significativamente en 5 variables: Información sobre las formas de transmisión del VIH, Identificación adecuada de respuestas incorrectas, Prácticas preventivas cuestionables, Costes y Beneficios del uso del preservativo.

Por otro lado se puede visualizar que no existe diferencia significativa entre los grupos y las variables Conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, Identificación adecuada de respuestas correctas, Prácticas preventivas ineficaces y Prácticas preventivas eficaces.

Con las pruebas post-hoc (Duncan y Scheffé) fue posible evidenciar cuál es el grupo que difiere significativamente de los demás (en la Tabla, en negrita). Al respecto, es posible observar que quienes se declaran de ideología de derecha tienen menos información sobre las formas de transmisión del VIH, identifican adecuadamente menos respuestas incorrectas de la escala de conocimientos y perciben menos beneficios en el uso del preservativo que quienes son de otras ideologías políticas.

Por otra parte, las y los participantes que se declaran de izquierda, ponen en marcha menos prácticas cuestionables como estrategias preventivas y perciben menos costes en el uso del preservativo que los otros grupos.

El análisis de la asociación entre ideología política y conductas sexuales puso de manifiesto algunas asociaciones significativas. Así, en la Tabla 20 se aprecia que las y los participantes que se declaran de ideología de izquierda es bastante menos probable que empleen como estrategia preventiva cuestionable el fijarse en que la pareja tenga un aspecto exterior sano (Chi cuadrado=16,808; gl=3; p=0,001) que quienes son de otras ideologías políticas.

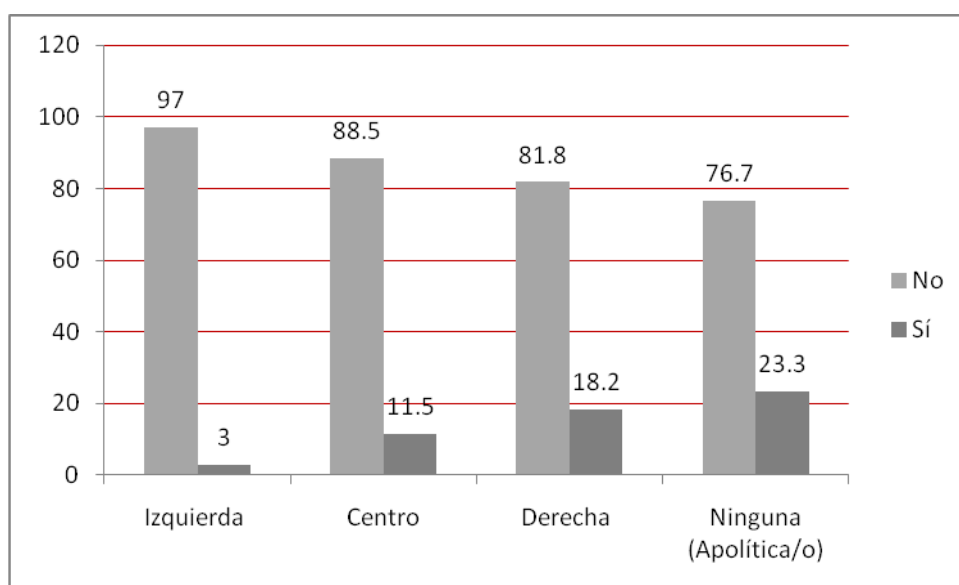
		<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D.T.</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Estrategia Específica (Conocimientos)					,476	,700
	Izquierda	99	6,80	1,26		
	Centro	26	7,08	,84		
	Derecha	22	6,73	1,55		
	Ninguna (apolítica/o)	73	6,77	1,18		
Estrategia Específica (Información)					7,370	,000
	Izquierda	99	18,86	2,30		
	Centro	26	19,12	2,21		
	<b>Derecha</b>	<b>22</b>	<b>16,59</b>	<b>2,40</b>		
	Ninguna (apolítica/o)	73	17,74	2,79		
Aciertos (Inespecífica Correcta)					1,711	,166
	Izquierda	99	10,82	1,14		
	Centro	26	11,38	,70		
	Derecha	22	10,86	1,46		
	Ninguna (apolítica/o)	73	10,86	1,22		
Aciertos (Inespecífica Incorrecta)					7,719	,000
	Izquierda	99	14,84	2,27		
	Centro	26	14,81	2,04		
	<b>Derecha</b>	<b>22</b>	<b>12,45</b>	<b>2,54</b>		
	Ninguna (apolítica/o)	73	13,64	2,79		
Prácticas Ineficaces					1,445	,231
	Izquierda	99	,53	,81		
	Centro	26	,58	,90		
	Derecha	22	,91	,87		
	Ninguna (apolítica/o)	73	,70	,91		
Prácticas Cuestionables					4,730	,003
	<b>Izquierda</b>	<b>99</b>	<b>1,08</b>	<b>1,05</b>		
	Centro	26	1,27	1,08		
	Derecha	22	1,82	1,26		
	Ninguna (apolítica/o)	73	1,64	1,24		
Prácticas Eficaces					1,152	,329
	Izquierda	99	1,37	,80		
	Centro	26	1,38	,85		
	Derecha	22	1,32	,78		
	Ninguna (apolítica/o)	73	1,58	,76		
Costes (Escala Rev)					7,268	,000
	<b>Izquierda</b>	<b>99</b>	<b>38,26</b>	<b>9,78</b>		
	Centro	26	45,35	9,83		
	Derecha	22	47,50	13,60		
	Ninguna (apolítica/o)	73	44,49	12,90		
Beneficios (Escala Rev)					3,833	,011
	Izquierda	99	51,79	4,84		
	Centro	26	50,96	5,94		
	<b>Derecha</b>	<b>22</b>	<b>48,86</b>	<b>5,25</b>		
	Ninguna (apolítica/o)	73	49,33	5,76		

**Tabla 19. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función de la ideología política**

	No	Sí
Izquierda	96 (97,0%)	3 (3,0%)
Centro	23 (88,5%)	3 (11,5%)
Derecha	18 (81,8%)	4 (18,2%)
Ninguna (apolítica/o)	56 (76,7%)	17 (23,3%)

**Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano”**

En la Figura 12 puede observarse cómo el grupo de izquierda muestra el mayor porcentaje (97%) de respuesta negativa ante la pregunta “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano” comparado con los grupos de centro, derecha y apolítico y, por otra parte, cómo el grupo que más tiende a fijarse en el aspecto exterior (23,3%) es el conformado por las y los participantes que se consideran sin ninguna preferencia política.



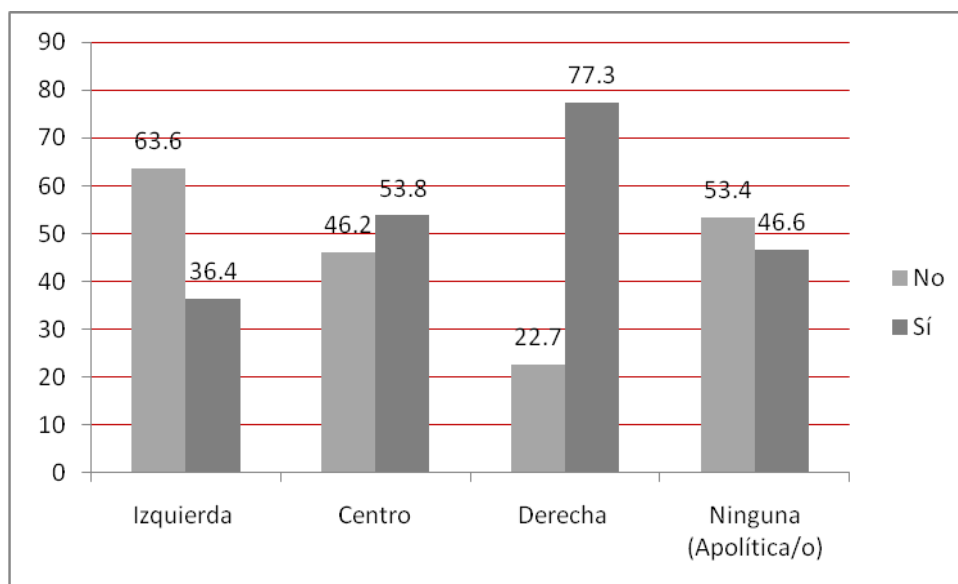
**Figura 12. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano”**

En la Tabla 21 se puede observar cómo quienes se declaran de izquierda en cuanto a ideología política es bastante menos probable que utilicen como estrategia preventiva cuestionable tener relaciones coitales con solo una persona (Chi cuadrado =13,020; gl=3; p=0,005).

	No	Sí
Izquierda	63 (63,6%)	36 (36,4%)
Centro	12 (46,2%)	12 (53,8%)
Derecha	5 (22,7%)	17 (77,3%)
Ninguna (apolítica/o)	39 (53,4%)	34 (46,6%)

**Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Sólo tengo relaciones coitales con una persona”**

Respecto a lo anterior, se ofrece una visualización en la Figura 13. Puede apreciarse que el grupo de ideología de derecha muestra el más alto porcentaje (77,3%) de respuesta positiva a la pregunta “Solo tengo relaciones coitales con una persona”; también puede observarse que quienes se declaran de ideología izquierda respondieron en mayor porcentaje negativamente a tal pregunta (63,6%).



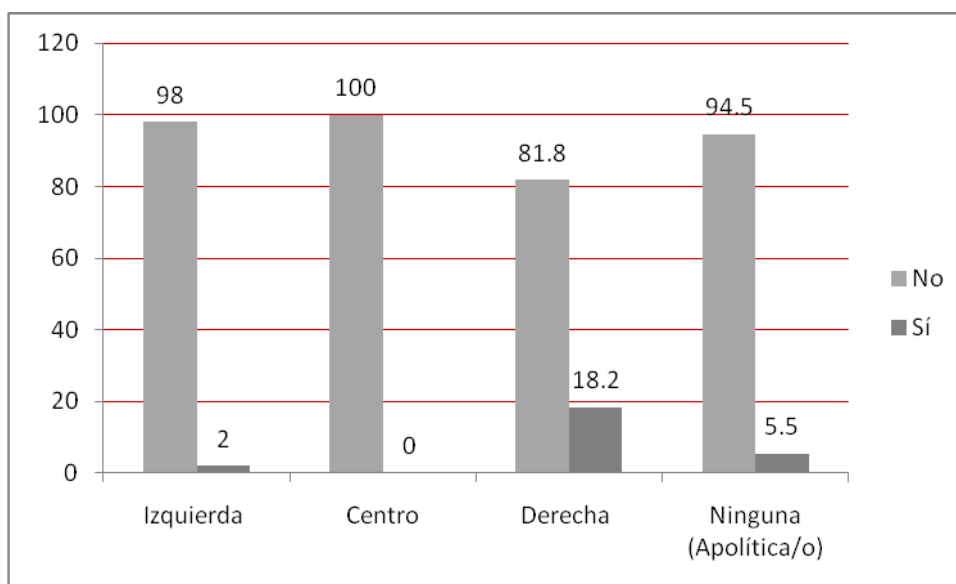
**Figura 13. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Sólo tengo relaciones coitales con una persona”**

En la Tabla 22 puede observarse cómo las y los participantes de ideología política de centro es improbable que utilicen el coito interrumpido como estrategia preventiva (Chi cuadrado =12,268; gl=3; p=0,007).

	No	Sí
Izquierda	97 (98,0%)	2 (2,0%)
Centro	26 (100,0%)	0 (0,0%)
Derecha	18 (81,8%)	4 (18,2%)
Ninguna (apolítica/o)	69 (94,5%)	4 (5,5%)

**Tabla 22. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Utilizo el coito interrumpido”**

En la Figura 14 se observa cómo la totalidad de participantes que se consideran de ideología de centro han respondido negativamente a la pregunta “Utilizo el coito interrumpido”. Así mismo puede apreciarse que las y los del grupo de derecha son quienes más utilizan el coito interrumpido como estrategia de prevención ya que el 18,2% respondió afirmativamente.



**Figura 14. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Utilizo el coito interrumpido”**

### **b) Curso o nivel formativo**

Por lo que se refiere al posible impacto del nivel formativo, el análisis de varianza puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas en varios de los factores analizados: Conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, Información sobre las formas de transmisión del VIH, Identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas y Prácticas preventivas cuestionables (ver Tabla 23). Por otra parte los factores Prácticas

preventivas ineficaces, Prácticas preventivas eficaces, Costes y Beneficios del uso del preservativo no mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Podemos observar cómo las y los participantes de primer año tienen menos conocimientos del uso correcto del preservativo, información sobre las formas de transmisión del VIH, identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas que las y los participantes de otros cursos. Así mismo, quienes son de primer curso llevan o llevarían a cabo más prácticas preventivas cuestionables.

		<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>D.T</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
Estrategia Específica (Conocimientos)	Primero	139	6,59	1,34	13,353	<b>,000</b>
	Otros	81	7,20	,87		
Estrategia Específica (Información)	Primero	139	18,03	2,66	3,951	<b>,048</b>
	Otros	81	18,74	2,39		
Aciertos (Inespecífica Correcta)	Primero	139	10,77	1,22	5,151	<b>,024</b>
	Otros	81	11,14	1,03		
Aciertos (Inespecífica Incorrecta)	Primero	139	13,85	2,60	7,274	<b>,008</b>
	Otros	81	14,80	2,41		
Prácticas Ineficaces	Primero	139	,55	,77	3,314	<b>,070</b>
	Otros	81	,77	,99		
Prácticas Cuestionables	Primero	139	1,48	1,28	3,928	<b>,049</b>
	Otros	81	1,16	,93		
Prácticas Eficaces	Primero	139	1,37	,82	2,335	<b>,128</b>
	Otros	81	1,54	,74		
Costes (Escala Rev)	Primero	139	43,23	11,83	3,567	<b>,060</b>
	Otros	81	40,14	11,53		
Beneficios (Escala Rev)	Primero	139	50,19	5,67	1,999	<b>,159</b>
	Otros	81	51,26	4,98		

**Tabla 23. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del nivel formativo**

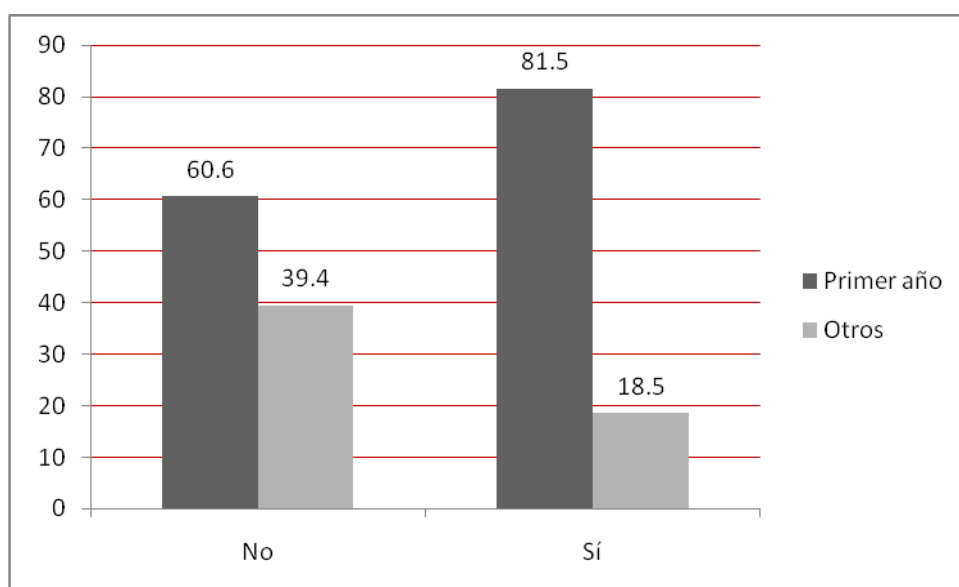
El análisis de la asociación entre nivel formativo y conductas sexuales puso de manifiesto varias asociaciones significativas. Así, en la Tabla 24 es posible observar cómo las y los participantes que cursaban el primer año tienen mucha más probabilidad de fijarse en el aspecto exterior de su pareja como

práctica cuestionable para prevenir la transmisión de VIH comparados con quienes cursan otros años (Chi cuadrado=4,431; gl=1; p=0,035).

	Primer año	Otros
No	117 (60,6%)	76 (39,4%)
Sí	22 (81,5%)	5 (18,5%)

**Tabla 24. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano”**

En la Figura 15 puede observarse una diferencia importante en la respuesta afirmativa a la pregunta “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano” respecto a la que el 81,5% fue de quienes cursaban el primero, mientras que solo el 18,5% pertenecía a estudiantes de otros cursos.



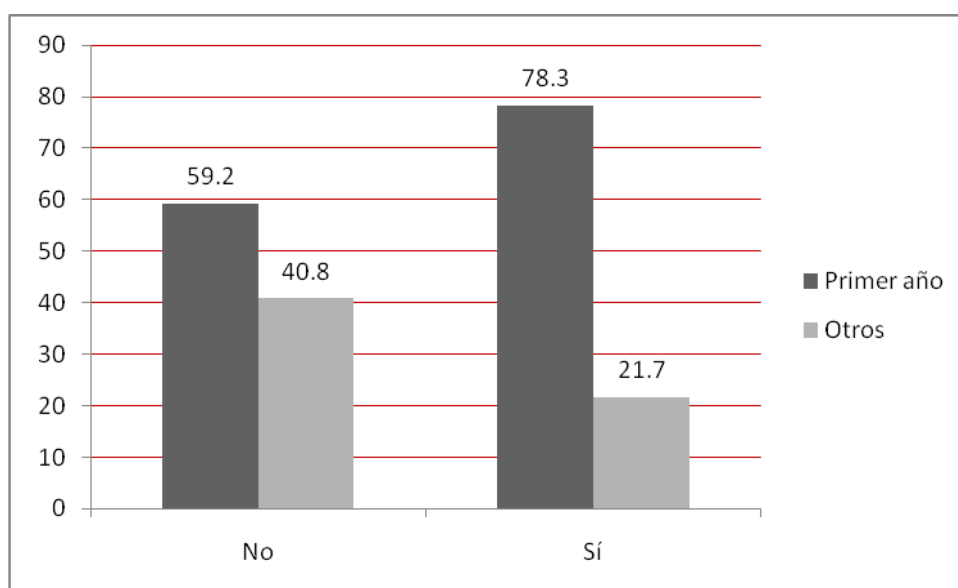
**Figura 15. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano”**

En la Tabla 25 se aprecia cómo quienes cursan el primer año tienen más posibilidades de realizar prácticas de penetración con poca gente como una estrategia cuestionable de prevención ante el VIH que las y los que cursan otros años (Chi cuadrado=5,685; gl=1; p=0,017).

	Primer año	Otros
No	103 (59,2%)	71 (40,8%)
Sí	36 (78,3%)	10 (21,7%)

**Tabla 25. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente”**

En la Figura 16 se visualiza cómo, del total de participantes que respondieron afirmativamente ante la pregunta “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente”, el 78,3% cursa el primer año, mientras que el 21,7% pertenece a otros.



**Figura 16. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente”**

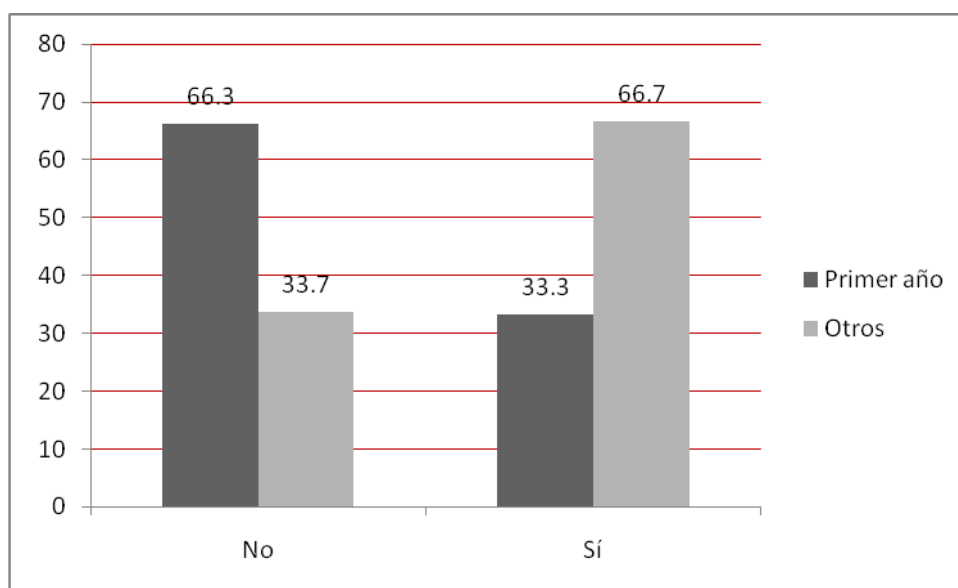
En la Tabla 26 puede observarse cómo las y los participantes de otros años de estudio tienen más probabilidades de utilizar como medida preventiva ineficaz ante la prevención del VIH, la píldora anticonceptiva que quienes cursan el primer año (Chi cuadrado=8,892; gl=1; p=0,003).



	Primer año	Otros
No	132 (66,3%)	67 (33,7%)
Sí	7 (33,3%)	14 (66,7%)

**Tabla 26. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Utilizo la píldora anticonceptiva”**

En la Figura 17 se observa cómo ante la pregunta “Utilizo la píldora anticonceptiva” la mayoría de respuestas afirmativas fue de participantes que cursan otros años (66,7%) y las de primero fueron minoría (33,3%).



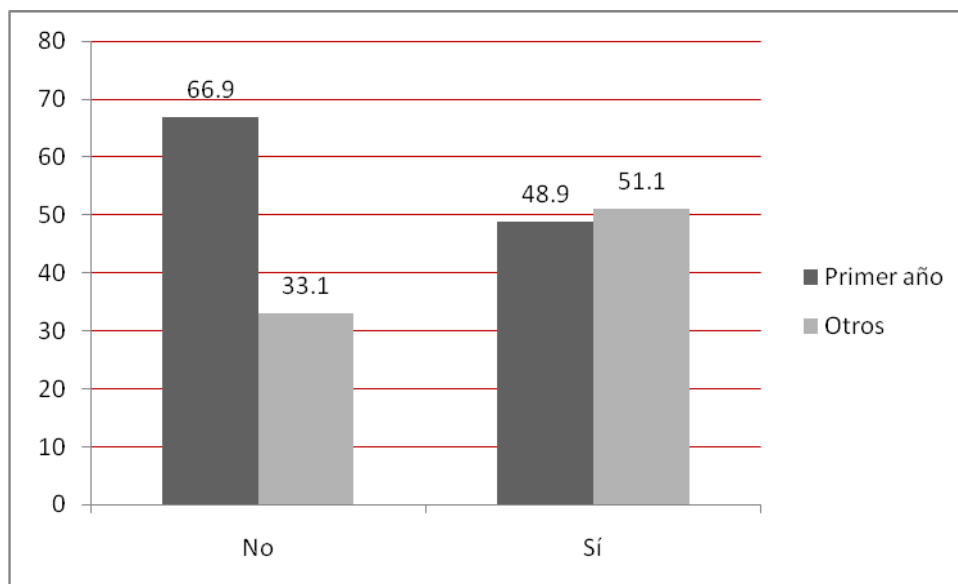
**Figura 17. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Utilizo la píldora anticonceptiva”**

En cuanto a la estrategia de acudir al médico para realizarse controles periódicos (Tabla 27) se encontró más probable que participantes de primer año la identifiquen como una medida preventiva ineficaz ante el VIH que las personas que cursan otros años (Chi cuadrado=4,968; gl=1; p=0,026).

	Primer año	Otros
No	117 (66,9%)	58 (33,1%)
Sí	22 (48,9%)	23 (51,1%)

**Tabla 27. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Acudo al médico para realizarme controles periódicos”**

En la Figura 18 se aprecia cómo la mayoría de participantes que respondió negativamente a la pregunta “Acudo al médico para realizarme controles periódicos” son de primer año (66,9%), mientras que el resto cursa en otros (33,1%).



**Figura 18. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Acudo al médico para realizarme controles periódicos”**

### **c) Otros factores socio demográficos**

El análisis de posibles diferencias en función de la preferencia sexual no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Tampoco el análisis de posibles diferencias en función de la religión ni el estado civil. La situación familiar (convivencia) no se ha analizado por la existencia de una gran disparidad en el tamaño de los subgrupos.

Tomando en cuenta lo anterior, la hipótesis 4 tiene sustento en cuanto a la asociación entre ideología política y los beneficios percibidos, conocimientos y conductas sexuales de prevención. También se ve apoyada para dichos factores y el tipo de curso o nivel formativo. Sin embargo no se ha encontrado relación entre los mencionados factores y la preferencia sexual, el estado civil o la religión. Así pues, podemos decir que la hipótesis se acepta parcialmente.

### 2.5.1.5. Asociación experiencia y tipo de relación sexual con beneficios, conocimientos y conductas sexuales de prevención

Como se puede observar en la Tabla 28, al realizar el análisis de la varianza en función del nivel de experiencia sexual a lo largo de la vida, se manifestaron diferencias significativas en algunos factores: Conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, Información sobre las formas de transmisión del VIH, Identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas y Prácticas preventivas cuestionables. En estos factores han obtenido menores puntuaciones quienes han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él.

Al contrario, entre los factores Prácticas preventivas ineficaces, Prácticas preventivas eficaces, Costes y Beneficios del uso del preservativo no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas.

	N	Media	DT	F	Sig.
<b>Estrategia Específica (Conocimientos)</b>				11,057	<b>,000</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	6,29	1,26		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	6,35	1,47		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	7,10	,98		
<b>Estrategia Específica (Información)</b>				4,904	<b>,008</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	16,65	3,30		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	18,06	2,81		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	18,61	2,28		
<b>Aciertos (Inespecífica Correcta)</b>				8,474	<b>,000</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	9,94	1,30		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	10,77	1,30		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	11,09	1,01		

**Tabla 28. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del nivel de experiencia sexual**

	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>F</b>	<b>Sig.</b>
<b>Aciertos (Inespecífica Incorrecta)</b>				5,511	<b>,005</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	13,00	2,96		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	13,64	2,89		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	14,62	2,25		
<b>Prácticas Ineficaces</b>				2,423	<b>,091</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	,29	,47		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	,53	,66		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	,72	,97		
<b>Prácticas Cuestionables</b>				3,622	<b>,028</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	,65	,93		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	1,38	1,00		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	1,45	1,24		
<b>Prácticas Eficaces</b>				2,476	<b>,086</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	1,76	1,09		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	1,30	,82		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	1,46	,73		
<b>Costes (Escala Rev)</b>				2,672	<b>,071</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	44,53	11,49		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	44,41	11,29		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	40,67	11,91		
<b>Beneficios (Escala Rev)</b>				2,458	<b>,088</b>
He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él	17	50,24	5,98		
He tenido experiencia de haber llegado al coito	66	49,41	5,03		
He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida	137	51,19	5,50		

**Tabla 28 (cont.) Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del nivel de experiencia sexual**

En cuanto a la posible incidencia del comportamiento sexual actual de las y los participantes, al realizar el análisis de la varianza, ésta resultó asociada con los factores: Conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, Identificación adecuada de respuestas correctas, Prácticas preventivas ineficaces, Prácticas preventivas eficaces (Tabla 29). Quienes no tienen coito tienen menos conocimientos sobre el uso del preservativo, identificación adecuada de respuestas correctas y prácticas ineficaces; así mismo practicarían más prácticas preventivas eficaces.

	N	Media	DT	F	Sig.
<b>Estrategia Específica (Conocimientos)</b>				4,435	<b>,013</b>
No tengo relaciones sexuales	41	6,59	1,69		
No tengo coito	22	6,23	1,41		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	6,96	1,01		
<b>Estrategia Específica (Información)</b>				,804	,449
No tengo relaciones sexuales	41	18,02	2,39		
No tengo coito	22	17,82	3,17		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	18,43	2,54		
<b>Aciertos (Inespecífica Correcta)</b>				5,131	<b>,007</b>
No tengo relaciones sexuales	41	10,66	1,22		
No tengo coito	22	10,32	1,29		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	11,05	1,10		
<b>Aciertos (Inespecífica Incorrecta)</b>				,770	,464
No tengo relaciones sexuales	41	13,95	2,90		
No tengo coito	22	13,73	2,88		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	14,33	2,43		
<b>Prácticas Ineficaces</b>				4,184	<b>,016</b>
No tengo relaciones sexuales	41	,37	,49		
No tengo coito	22	,36	,66		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	,73	,94		
<b>Prácticas Cuestionables</b>				1,354	,260
No tengo relaciones sexuales	41	1,12	1,23		
No tengo coito	22	1,59	1,47		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	1,39	1,10		
<b>Prácticas Eficaces</b>				9,372	<b>,000</b>
No tengo relaciones sexuales	41	1,56	,78		
No tengo coito	22	2,05	,79		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	1,32	,76		
<b>Costes (Escala Rev)</b>				,220	,803
No tengo relaciones sexuales	41	43,00	11,50		
No tengo coito	22	42,77	10,20		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	41,76	12,12		
<b>Beneficios (Escala Rev)</b>				,438	,646
No tengo relaciones sexuales	41	51,27	5,10		
No tengo coito	22	50,73	5,29		
Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.	157	50,38	5,56		

**Tabla 29. Estadísticos descriptivos y significación de las diferencias (Anova) en función del comportamiento sexual actual**

Por otra parte, el comportamiento sexual actual después de someterse al análisis no resultó asociado a la Información sobre las formas de transmisión del VIH, Identificación adecuada de respuestas incorrectas, Prácticas preventivas cuestionables ni Costes y Beneficios del uso del preservativo.

El hecho de mantener relaciones sexuales monógamas o polígamas no produjo un impacto significativo en las variables previamente analizadas.

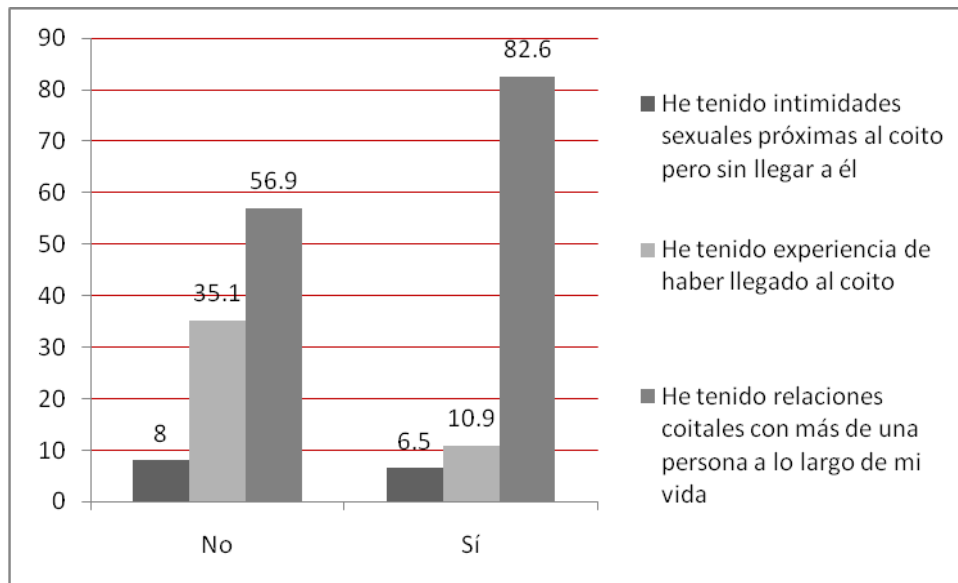
Por otro lado, el análisis de la posible asociación entre nivel de experiencia sexual y conductas, puso de manifiesto varias asociaciones significativas.

De manera que, en la Tabla 30 puede observarse cómo las personas que han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida tienen bastante más probabilidad de utilizar como estrategia preventiva cuestionable las prácticas sexuales de penetración con poca gente que las que han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él o las que han tenido experiencia de coito ( $\chi^2=11,067$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,004$ ).

	<b>He tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él</b>	<b>He tenido experiencia de haber llegado al coito</b>	<b>He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida</b>
No	14 (8,0%)	61(35,1%)	99 (56,9%)
Sí	3 (6,5%)	5 (10,9%)	38 (82,6%)

**Tabla 30. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente”**

Puede verse en la Figura 19 cómo los porcentajes de las personas que han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él (6,5%) y las que han tenido coito (10,9%) difieren en gran medida con las que han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida (82,6%) en cuanto a la respuesta positiva de la pregunta “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente”.



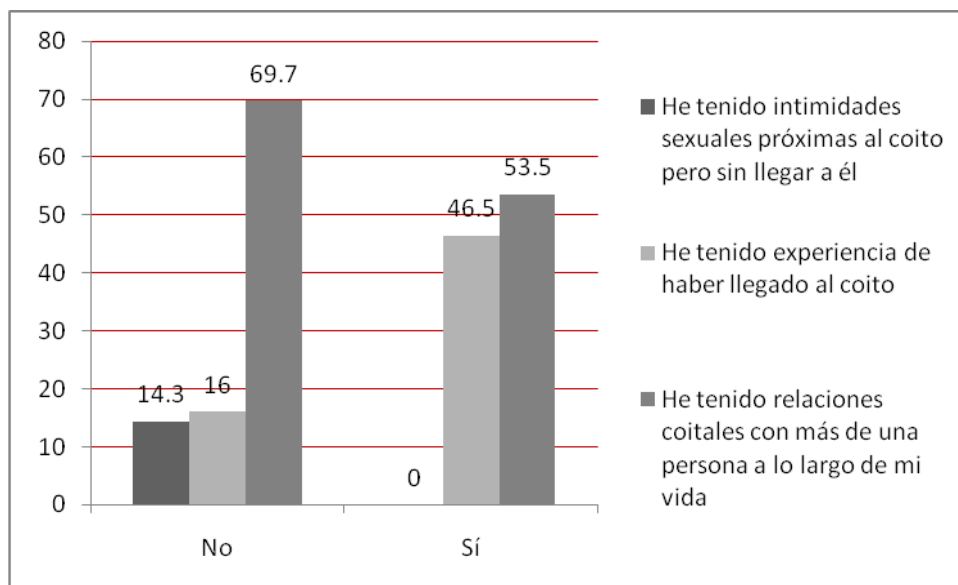
**Figura 19. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente”**

Por otro lado, puede observarse en la Tabla 31 que las personas que han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida tienen menor probabilidad de utilizar como estrategia preventiva cuestionable el tener relaciones coitales con una sola persona que las que han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él o las que han tenido experiencia de coito (Chi cuadrado=33,771; gl=2; p=0,000).

	He tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él	He tenido experiencia de haber llegado al coito	He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida
No	17 (14,3%)	19 (16,0%)	83 (69,7%)
Sí	0 (0%)	47 (46,5%)	54 (53,5%)

**Tabla 31. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona”**

Es posible apreciar en la Figura 20 la diferencia entre los porcentajes de quienes han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él (14,3%), las que han tenido coito (16%) y las que han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida (69,7%) en cuanto a la respuesta negativa a la pregunta “Solo tengo relaciones coitales con una persona”.



**Figura 20. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona”**

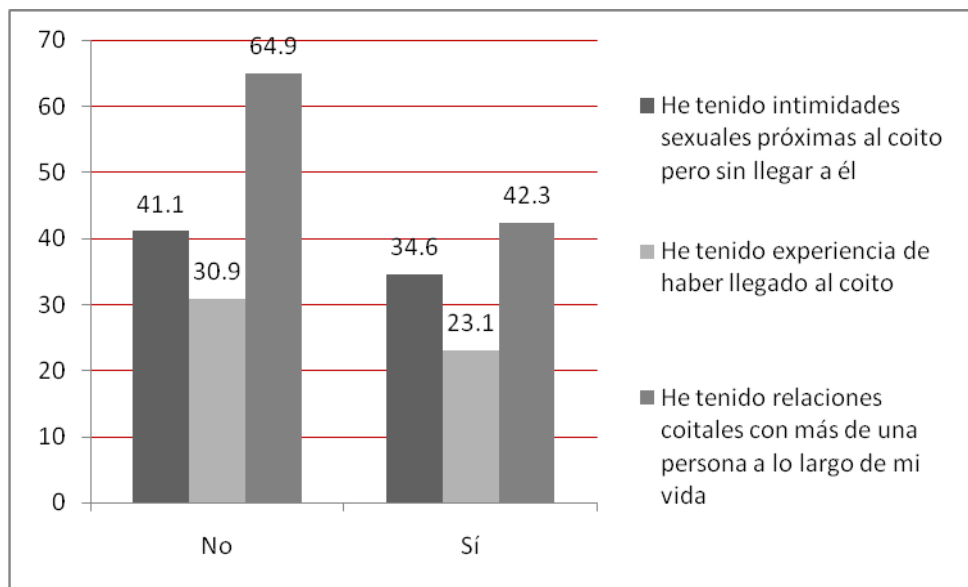
Como una medida preventiva eficaz, el hecho de mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo (ver Tabla 32), ha sido valorado negativamente en un mayor porcentaje por las personas que han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida comparadas con las que han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él o las que han tenido experiencia de coito (Chi cuadrado=29,944; gl=2; p=0,000).

	He tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él	He tenido experiencia de haber llegado al coito	He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida
No	8 (41,1%)	60 (30,9%)	126 (64,9%)
Sí	9 (34,6%)	6 (23,1%)	11 (42,3%)

**Tabla 32. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo”**

Podemos ver en la Figura 21 cómo se distribuyen los porcentajes de respuestas ante la pregunta “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo”. Así, el 41,1% de personas que han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él, el 30,9% de quienes que han tenido coito y el 64,9% de quienes han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida respondieron negativamente.





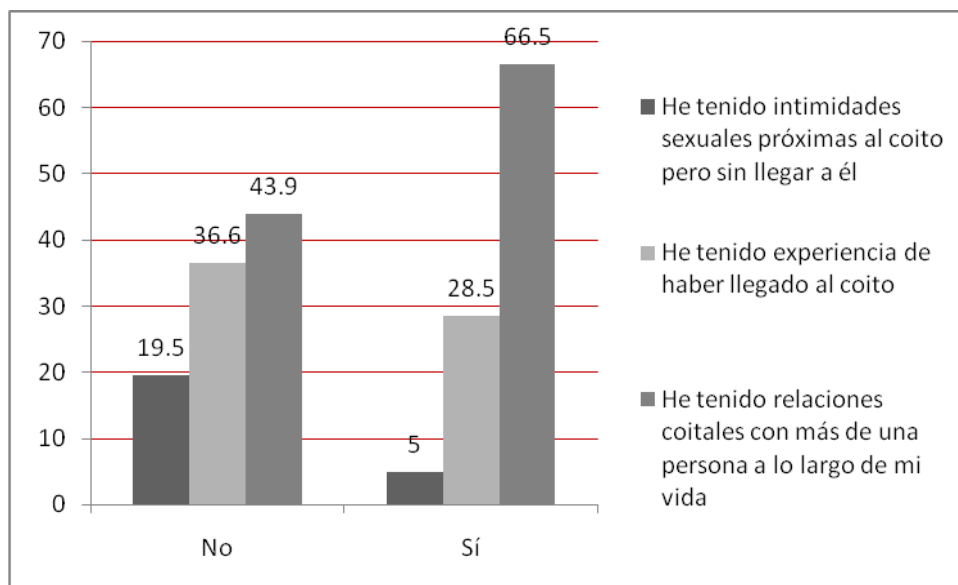
**Figura 21. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo”**

En la Tabla 33 respecto al uso del preservativo como una medida preventiva eficaz, puede observarse cómo el grupo de quienes han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida es más probable que utilicen el preservativo como estrategia de prevención comparado con quienes han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él o quienes han tenido experiencia de coito (Chi cuadrado=12,516; gl=2; p=0,002).

	He tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él	He tenido experiencia de haber llegado al coito	He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida
No	8 (19,5%)	15 (36,6%)	18 (43,9%)
Sí	9 (5,0%)	51 (28,5%)	119 (66,5%)

**Tabla 33. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Utilizo el preservativo (condón)”**

En la Figura 22 puede visualizarse cómo el mayor porcentaje de respuesta positiva ante la pregunta “Utilizo el preservativo” pertenece al grupo que ha tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida (66,5%) a diferencia del 28,5% de quienes han tenido coito y de solo el 5% de quienes han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él.



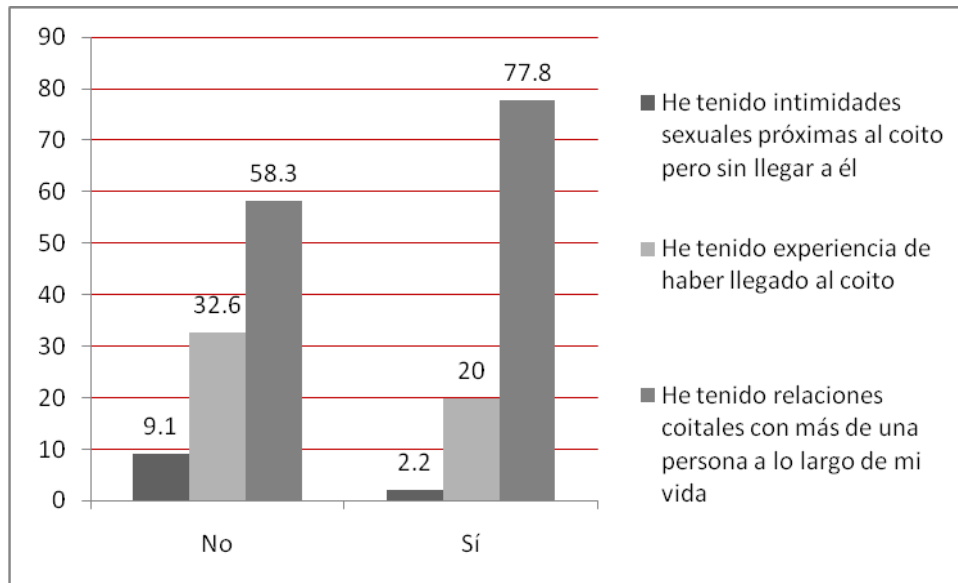
**Figura 22. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: "Utilizo el preservativo (condón)"**

La Tabla 34 muestra la práctica de acudir al médico para realizar controles periódicos. Al respecto, puede apreciarse cómo el grupo que ha tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida tiene más probabilidad de utilizar dicha estrategia como medida preventiva comparado con los otros dos grupos (Chi cuadrado=6,288; gl=2; p=0,043).

	He tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él	He tenido experiencia de haber llegado al coito	He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida
No	16 (9,1%)	57 (32,6%)	102 (58,3%)
Sí	1 (2,2%)	9 (20,0%)	35 (77,8%)

**Tabla 34. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: "Acudo al médico para realizarme controles periódicos"**

Respecto a lo anterior se ofrece una visualización en la Figura 23 en donde es posible observar que el mayor porcentaje (77,8%) de respuestas positivas ante la pregunta "Acudo al médico para realizarme controles periódicos" pertenece a quienes han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida, mientras que solo el 20% de quienes han tenido coito y el 2,2% de quienes han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él han respondido lo mismo.



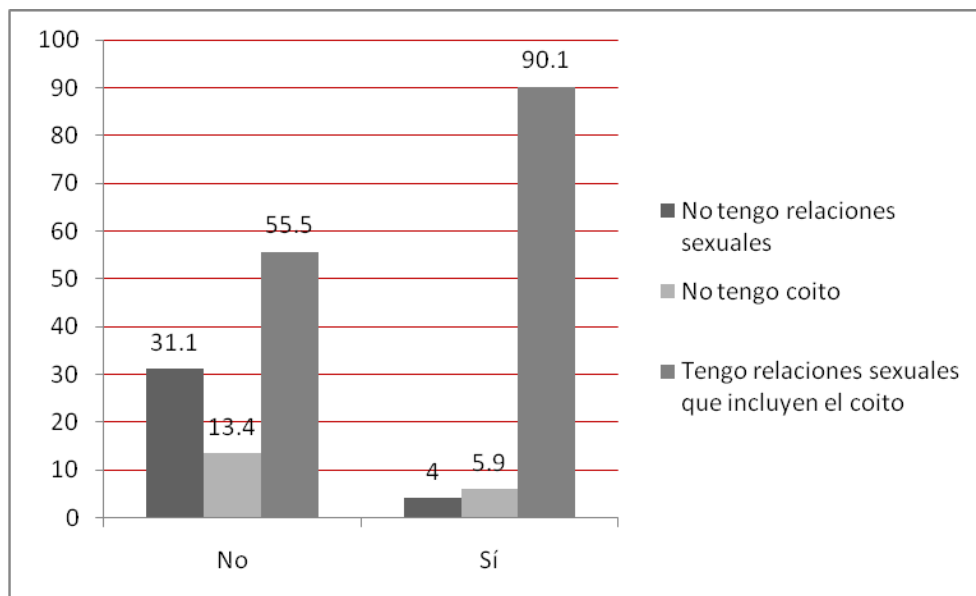
**Figura 23. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Acudo al médico para realizarme controles periódicos”**

También, al realizar el análisis de la posible asociación entre el comportamiento sexual actual y conductas, hubo manifestación de varias asociaciones significativas. Puede apreciarse en la Tabla 35 cómo la práctica preventiva de tener relaciones coitales con una persona ha sido valorada positivamente en su mayoría por el grupo de quienes actualmente tienen relaciones sexuales que incluyen el coito comparado con quienes no tienen coito y quienes no tienen relaciones sexuales (Chi cuadrado=33,841; gl=2; p=0,000).

	No tengo relaciones sexuales	No tengo coito	Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito
No	37 (31,1%)	16 (13,4%)	66 (55,5%)
Sí	4 (4,0%)	6 (5,9%)	91 (90,1%)

**Tabla 35. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona”**

Puede observarse en la Figura 24 cómo el mayor porcentaje ante la respuesta positiva de la pregunta “Solo tengo relaciones coitales con una persona” pertenece al grupo que actualmente tiene relaciones sexuales que incluyen coito mientras que solo el 5,9% de quienes no tienen coito y el 4% de quienes no tienen relaciones sexuales respondieron afirmativamente a tal pregunta.



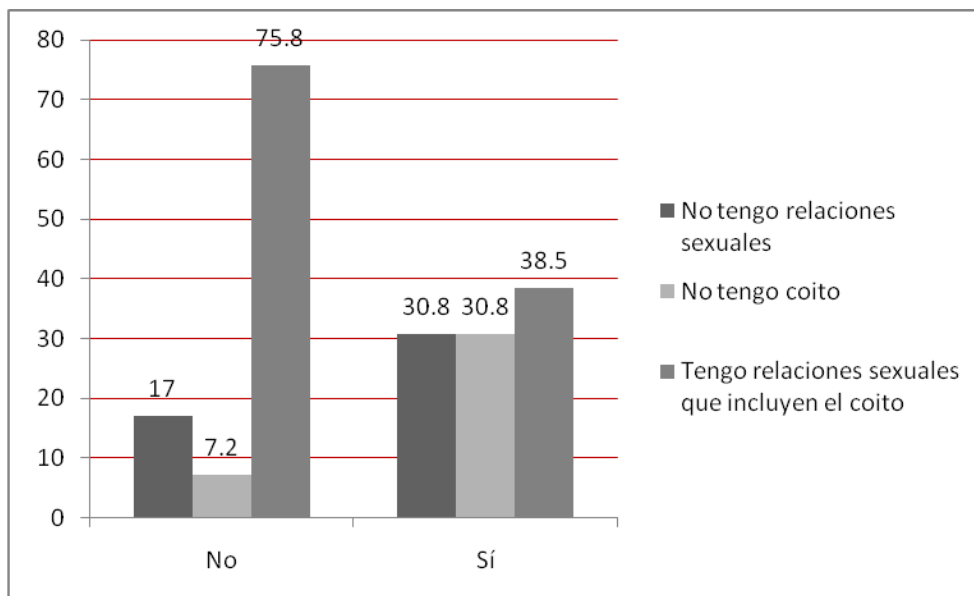
**Figura 24. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona”**

En la Tabla 36 puede observarse que el grupo de las personas que actualmente tienen relaciones sexuales que incluyen el coito reconoce el riesgo al que se expone ya que en su mayoría ha sido valorado negativamente el mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo a diferencia de quienes no tienen coito y quienes no tienen relaciones sexuales (Chi cuadrado=19,520; gl=2; p=0,000).

	No tengo relaciones sexuales	No tengo coito	Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito
No	33 (17,0%)	14 (7,2%)	147 (75,8%)
Sí	8 (30,8%)	8 (30,8%)	10 (38,5%)

**Tabla 36. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo”**

En la Figura 25 pueden observarse visualmente tales porcentajes. Ante la respuesta negativa a la pregunta “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo” el 75,8% representa a las personas que tienen relaciones sexuales que incluyen coito mientras que el 7,2% a las que no tienen coito y el 17% a las que no tienen relaciones sexuales.



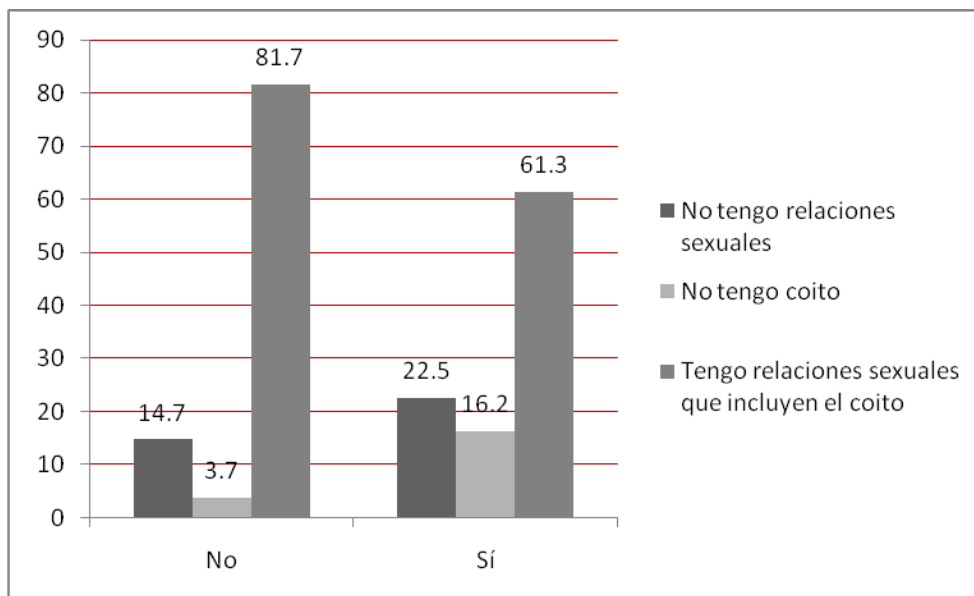
**Figura 25. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo”**

En cuanto a la estrategia eficaz de abstenerse de tener relaciones sexuales sin tener una medida preventiva, en la Tabla 37 se observa cómo es más probable que las personas que actualmente tienen relaciones sexuales que incluyen el coito la practiquen menos ya que el mayor porcentaje de quienes la valoraron negativamente pertenecían a dicho grupo y los menores porcentajes a quienes no tienen coito o no tienen relaciones sexuales (Chi cuadrado=13,677; gl=2; p=0,001).

	No tengo relaciones sexuales	No tengo coito	Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito
No	16 (14,7%)	4 (3,7%)	89 (81,7%)
Sí	25 (22,5%)	18 (16,2%)	68 (61,3%)

**Tabla 37. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Me abstengo de tener relaciones sexuales si no tengo una medida preventiva”**

Puede apreciarse en la Figura 26 cómo ante la pregunta “Me abstengo de tener relaciones sexuales si no tengo una medida preventiva” el mayor porcentaje de respuestas negativas pertenece al grupo de quienes tienen relaciones sexuales que incluyen coito (81,7%), mientras que solo el 3,7% a quienes no tienen coito y el 14,7% a quienes no tienen relaciones sexuales.



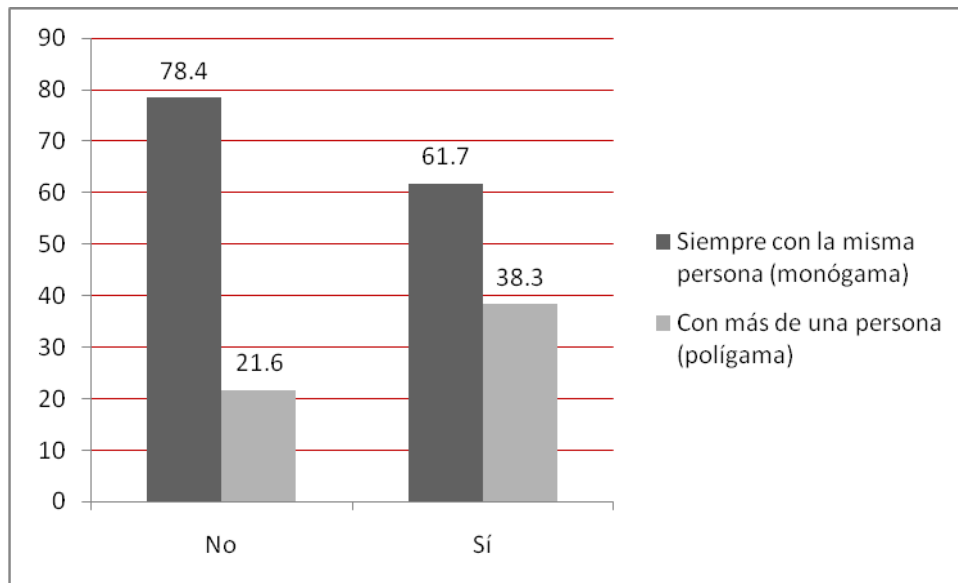
**Figura 26. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Me abstengo de tener relaciones sexuales si no tengo una medida preventiva”**

En cuanto al análisis de la posible asociación entre tipo de relación (monógama, polígama) y las conductas, se manifestaron algunas asociaciones significativas. Así, en la Tabla 38 puede observarse cómo las personas monógamas es menos probable que eviten las relaciones sexuales con gente que se inyecta droga como estrategia preventiva que las polígamas (Chi cuadrado=7,113; gl=1; p=0,008).

	Siempre con la misma persona (monógama)	Con más de una persona (polígama)
No	109 (78,4%)	30 (21,6%)
Sí	50 (61,7%)	31 (38,3%)

**Tabla 38. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “No tengo relaciones sexuales con gente que se inyecta droga”**

La distribución de porcentajes de las respuestas ante la pregunta “No tengo relaciones sexuales con gente que se inyecta droga” está reflejada en la Figura 27. Un alto porcentaje (78.4%) de respuestas negativas pertenece a las personas monógamas a diferencia del mínimo (21,6%) que representa a las polígamas.



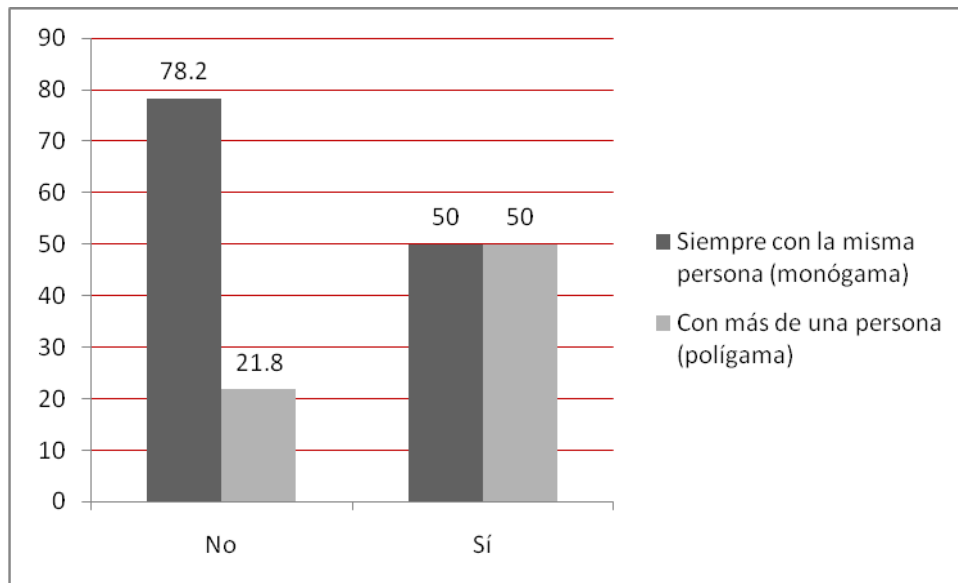
**Figura 27. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “No tengo relaciones sexuales con gente que se inyecta droga”**

En cuanto a la utilización de las prácticas de penetración con poca gente, como estrategia de prevención cuestionable (ver Tabla 39), las personas monógamas tienen menor probabilidad de hacerlo que las polígamas (Chi cuadrado=14,398; gl=1; p=0,000).

	Siempre con la misma persona (monógama)	Con más de una persona (polígama)
No	136 (78,2%)	38 (21,8%)
Sí	23 (50,0%)	23 (50,0%)

**Tabla 39. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente”**

Puede observarse en la Figura 28 cómo el mayor porcentaje (78,2%) de respuestas negativas ante la pregunta “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente” pertenece al grupo de personas monógamas y solamente un 21,8% a las polígamas.



**Figura 28. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente”**

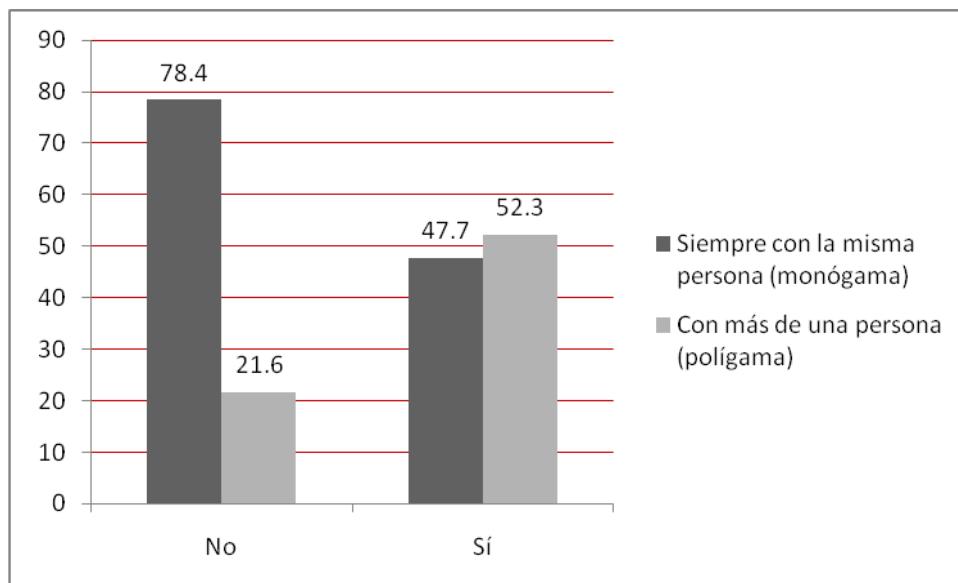
En la Tabla 40 es posible observar como es bastante menos probable que las personas monógamas realicen prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida como estrategia preventiva cuestionable que las polígamas (Chi cuadrado=16,536; gl=1; p=0,000).

	Siempre con la misma persona (monógama)	Con más de una persona (polígama)
No	138 (78,4%)	38 (21,6%)
Sí	21 (47,7%)	23 (52,3%)

**Tabla 40. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida”**

Puede visualizarse en la Figura 29 que, en cuanto a la respuesta negativa a la pregunta “Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida” existe diferencia entre los porcentajes de respuesta de las personas monógamas, con el más alto (78,4%) y las polígamas con el menor (21,6%).





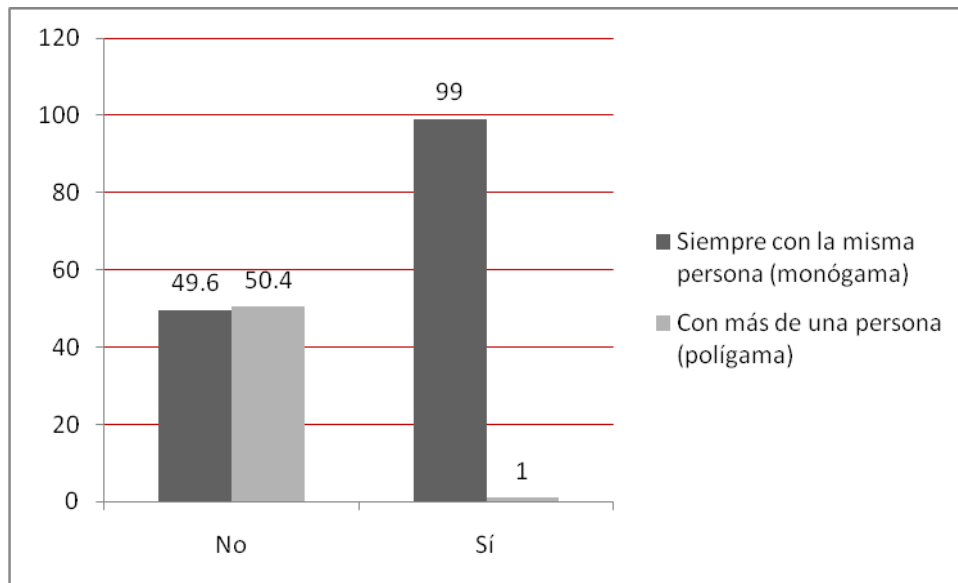
**Figura 29. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida”**

Puede verse en la Tabla 41 que es bastante más probable que las personas monógamas utilicen como estrategia preventiva cuestionable ante el VIH el tener relaciones coitales con una persona que las polígamas (Chi cuadrado=66,611; gl=1; p=0,000).

	Siempre con la misma persona (monógama)	Con más de una persona (polígama)
No	59 (49,6%)	60 (50,4%)
Sí	100 (99,0%)	1 (1,0%)

**Tabla 41. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona”**

En la Figura 30 es posible apreciar la diferencia entre personas monógamas y polígamas respecto a la respuesta positiva ante la pregunta “Solo tengo relaciones coitales con una persona”. Al respecto, casi la totalidad (99%) representa a las monógamas mientras que solo el 1% a las polígamas.



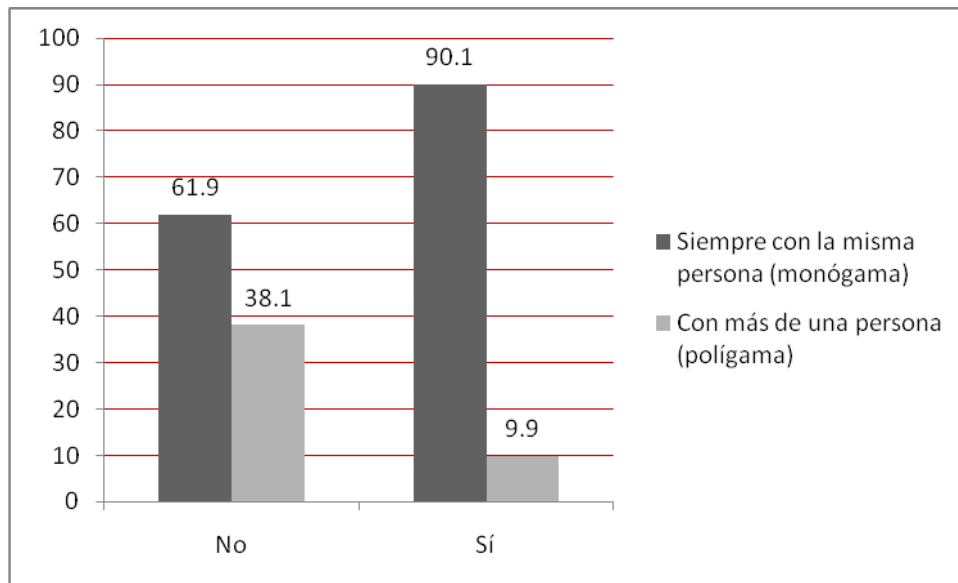
**Figura 30. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Solo tengo relaciones coitales con una persona”**

Es posible observar en la Tabla 42 cómo las personas monógamas tienden a informarse más que las polígamas sobre el estado de salud de su pareja sexual como estrategia preventiva cuestionable (Chi cuadrado=20,386; gl=1; p=0,000).

	Siempre con la misma persona (monógama)	Con más de una persona (polígama)
No	86 (61,9%)	53 (38,1%)
Sí	73 (90,1%)	8 (9,9%)

**Tabla 42. Frecuencia y porcentaje de respuestas ante la pregunta: “Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual”**

Lo anterior se representa en la Figura 31; el 90,1% de personas monógamas respondió afirmativamente a la pregunta “Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual” y solamente el 9,9% de las polígamas lo hizo.



**Figura 31. Distribución de porcentajes de respuestas ante la pregunta: “Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual”**

De manera que, al visualizar los resultados, es posible afirmar que la hipótesis 5 ha recibido apoyo.

## 2.6 RESUMEN

En cuanto a nuestro **objetivo 1**, los resultados ponen de manifiesto, respecto al *nivel de experiencia sexual* que un 62,3% de participantes indicó haber tenido relaciones coitales con más de una persona, el 30% ha tenido experiencia de haber llegado al coito; mientras que solo el 7.7% ha tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él.

Mientras que el *comportamiento sexual actual* pone de manifiesto que el 71,4 % tiene relaciones sexuales que incluyen el coito, el 10% tiene relaciones sexuales sin coito y el 18,6% no tiene relaciones sexuales. El número de veces que el grupo ha tenido relaciones sexuales coitales en el último mes oscila entre 0 y 40 veces con una media de 5,18 (desviación típica de 6,6).

En cuanto al *tipo de relación* el 72,3% es monógamo y el 27,7% polígamo. El uso de algún método anticonceptivo varía desde el 82,3% que lo utiliza siempre, el 15,5% a veces hasta el 2,3% que nunca lo hace.

El *uso del preservativo*, resultó ser el método anticonceptivo más frecuente, así, es utilizado por el 85,9% seguido de las píldoras anticonceptivas que son utilizadas por un 25% y el coito interrumpido (marcha atrás) por un 13,6%.

Ahora bien, respecto al *porcentaje de uso del preservativo* en sus relaciones sexuales el 27,3% indicó que lo utiliza menos de la mitad o la mitad de veces en sus relaciones sexuales; mientras que el 38,6% de participantes utiliza siempre el preservativo y el 13,2% no lo utiliza nunca. El porcentaje promedio de uso del preservativo en sus relaciones sexuales es de 73,47% (desviación típica de 36,56). En cuanto al uso de cualquier otro método anticonceptivo (diferente al preservativo) en sus relaciones sexuales, el 55% de participantes indican no utilizarlo mientras que el 12,7% lo utiliza siempre (promedio de uso de 25,87% y desviación típica de 38,97). En cuanto a comportamiento ante el uso de preservativo es interesante que un 9,1% indicara haber dicho que se le había roto el preservativo cuando en realidad no lo había utilizado y cómo un 16,2% de las participantes han utilizado la píldora poscoital por no haber utilizado el preservativo.

Entre las *prácticas preventivas eficaces* de prevención del VIH, las y los participantes afirmaron que utilizarían el preservativo (81,4%); así mismo el 50,5% se abstendría de tener relaciones sexuales sin tener una medida preventiva. Como *prácticas preventivas cuestionables* el 45,9% solo tendría relaciones coitales con una persona y un 36,8% se informaría sobre el estado de salud de su pareja. Por otra parte, de las *prácticas totalmente ineficaces* para evitar infección por VIH el 22,7% de participantes indicó lavarse después de tener una relación sexual de penetración y un 20,5% acudir al médico para realizarse controles periódicos. Así mismo, el 18,7% cree que las precauciones que toma no son suficientes para no infectarse con el VIH.

En respuesta al **objetivo 2**, identificamos entre los *costes percibidos* que el 65,9% de participantes muestra cierto grado de acuerdo en que éstos pueden estar defectuosos y el 42,3% en que disminuyen el placer. Por otra parte, entre los *beneficios percibidos* encontramos que el 71,8% está muy de acuerdo en que los preservativos previenen de enfermedades de transmisión

sexual, el 69,5% en que previenen del SIDA y el 66,8% que previene el embarazo. Así mismo, el 81,3% muestra cierto grado de acuerdo en que los preservativos les posibilita tener relaciones con varias personas sin correr riesgos y el 93,2% en que son fáciles de obtener (aunque el 74,5% muestra cierto grado de desacuerdo en que son baratos).

En cuanto al **objetivo 3**, en primer lugar, los resultados respecto a los *conocimientos sobre el uso del preservativo* indican respecto a información correcta e incorrecta que la mayoría de participantes acertó. Sin embargo es llamativo el hecho de que un 50% no acertó en cuanto a la respuesta “inflarlo de aire para comprobar si está pinchado”; al respecto el 35,5 % de participantes piensa que sí hay que inflarlo y el 14,5% no sabe. También que el 9,5% piensa que el preservativo debe colocarse antes de la erección, y el 1,8% no sabe; mientras que un 13,2% desconoce si hay que esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal para después retirarlo sujetándolo por los bordes y el 5,5% cree que sí hay que hacerlo.

En segundo lugar, por lo que se refiere a los *conocimientos sobre la transmisión del VIH/SIDA* observamos que la mayoría de participantes acertó tanto en cuanto a la información correcta como a la incorrecta, aunque, cabe mencionar algunos datos llamativos como que aunque el 100% sabe que el VIH se transmite a través de relaciones sexuales e inyectándose heroína compartiendo jeringuilla, el 65,9% desconoce si recibiendo sangre y el 24,1% si esnifando heroína. Así mismo, el 34,5% cree que se transmite donando sangre y el 22,7% a través de picaduras de insecto; mientras que el 26,4% desconoce si éste se transmite por picaduras de insecto y el 10,5% si a través del coito interrumpido.

En tercer lugar, los *conocimientos relativos a conductas sexuales de prevención relacionadas con la infección por VIH* indicaron un alto porcentaje de aciertos en la mayoría de participantes en cuanto a la información correcta e incorrecta. La excepción fue que acudir al médico para realizarse controles periódicos es considerada por un alto porcentaje (72,7%) como una conducta de prevención. También llama la atención que tener siempre la misma pareja

sexual es considerada como medida preventiva por el 13,6% y que el 16,8% desconoce si la utilización de cremas espermicidas lo es.

Los resultados respecto al **objetivo 4** (hipótesis 1) indican que las variables conocimientos, información e identificación adecuada de respuestas correctas muestran correlaciones con las conductas sexuales de prevención. Así, el conocimiento sobre el uso correcto del preservativo y la identificación de las respuestas correctas se relacionan positivamente ( $r=0,193$ ;  $p<0,01$  y  $r=0,171$ ;  $p<0,05$  respectivamente) con el porcentaje de uso de preservativo en las relaciones sexuales. Por lo que la hipótesis 1 ha recibido un sustancial apoyo.

En el **objetivo 5** (hipótesis 2) se manifiesta en primer lugar que existen asociaciones entre los beneficios y los conocimientos e información; de manera que es posible apreciar cómo los beneficios se asocian positivamente con los conocimientos sobre el uso correcto del preservativo ( $r=0,144$ ;  $p<0,05$ ), con la información sobre las formas de transmisión del VIH ( $r=0,186$ ;  $p<0,01$ ) y con la identificación adecuada de respuestas incorrectas ( $r=0,210$ ;  $p<0,01$ ). Además, los costes percibidos del preservativo se relacionan negativamente con los mismos factores -conocimientos sobre el uso correcto del preservativo ( $r=-0,191$ ;  $p<0,01$ ), información sobre las formas de transmisión del VIH ( $r=-0,142$ ;  $p<0,01$ ) e identificación adecuada de respuestas incorrectas ( $r=-0,248$ ;  $p<0,01$ ).

En segundo lugar, puede observarse la asociación positiva entre los beneficios y las prácticas preventivas eficaces ( $r=0,15$ ;  $p<0,05$ ); así mismo entre los costes y los otros dos tipos de prácticas preventivas: las ineficaces ( $r=0,150$ ;  $p<0,05$ ) y las cuestionables ( $r=0,232$ ;  $p<0,01$ ). Por otro lado, los costes percibidos del preservativo se relacionan negativamente con el porcentaje de uso del preservativo en sus relaciones sexuales ( $r=-0,148$ ;  $p<0,05$ ). Lo anterior evidencia la asociación entre beneficios, conocimientos y conductas sexuales de prevención, apoyando a la hipótesis 2.

Con referencia a nuestro **objetivo 6** (hipótesis 3) no encontramos diferencias significativas al realizar el contraste de las medias obtenidas en

cuanto a las variables conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, Información sobre las formas de transmisión del VIH, identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas, prácticas preventivas ineficaces, prácticas preventivas cuestionables, prácticas preventivas eficaces, costes y beneficios del uso del preservativo en función del sexo. Tampoco hubo asociación entre la variable sexo y la variable uso o no del preservativo ( $\text{Chi}^2=0,102$ ;  $\text{gl}=1$ ;  $p=0,750$ ); ni diferencias en porcentaje de uso del preservativo en función del sexo ( $F=0,001$ ;  $p=0,976$ ). Así mismo ésta variable no se encontró asociada significativamente a la existencia de relaciones polígamas vs. monógamas ( $\text{Chi cuadrado}=0,001$ ;  $\text{gl}=1$ ;  $p=0,974$ ). Todo lo anterior contribuye a rechazar la hipótesis 3.

En cuanto al **objetivo 7** (hipótesis 4) resultó, respecto al análisis de la varianza de las y los participantes agrupados según su *ideología política*, que estos grupos difieren significativamente en 5 variables: información sobre las formas de transmisión del VIH, identificación adecuada de respuestas incorrectas, prácticas preventivas cuestionables, costes y beneficios del uso del preservativo.

Así mismo se estableció que las y los participantes que se declaran de ideología de derecha tienen menos información sobre las formas de transmisión del VIH, identifican adecuadamente menos respuestas incorrectas de la escala de conocimientos y perciben menos beneficios en el uso del preservativo que quienes son de otras ideologías políticas y que las y los participantes que se declaran de izquierda, ponen en marcha menos prácticas cuestionables como estrategias preventivas y perciben menos costes en el uso del preservativo que los otros grupos.

Por su parte, el análisis de la asociación entre ideología política y conductas sexuales puso de manifiesto varias asociaciones significativas: las y los participantes que se declaran de ideología de izquierda es bastante menos probable que empleen como estrategias preventivas cuestionables fijarse en que la pareja tenga un aspecto exterior sano ( $\text{Chi cuadrado}=16,808$ ;  $\text{gl}=3$ ;  $p=0,001$ ) y tener relaciones coitales con solo una persona ( $\text{Chi cuadrado}=13,020$ ;  $\text{gl}=3$ ;  $p=0,005$ ) que los de otras ideologías políticas. Así mismo es

improbable que las y los participantes de ideología política de centro utilicen el coito interrumpido como estrategia preventiva (Chi cuadrado =12,268; gl=3; p=0,007).

En lo referente al posible impacto del *nivel formativo*, el análisis de varianza puso de manifiesto la existencia de diferencias significativas en varios de los factores analizados: conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, información sobre las formas de transmisión del VIH, identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas y prácticas preventivas cuestionables. Así, las y los participantes de primer año tienen menos conocimientos del uso correcto del preservativo, información sobre las formas de transmisión del VIH, identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas que quienes cursan otros años. También quienes son de primer curso llevan o llevarían a cabo más prácticas preventivas cuestionables.

El análisis de la asociación entre el nivel formativo y las conductas sexuales puso de manifiesto varias asociaciones significativas: las y los participantes que cursan el primer año tienen mucha más probabilidad de fijarse en el aspecto exterior de su pareja (Chi cuadrado=4,431; gl=1; p=0,035), de realizar prácticas de penetración con poca gente (Chi cuadrado=5,685; gl=1; p=0,017) como estrategias cuestionables de prevención ante el VIH que quienes cursan otros años.

En cuanto a las estrategias ineficaces de prevención las y los participantes de otros años de estudio tienen más probabilidades de utilizar la píldora anticonceptiva que quienes cursan el primer año de estudio (Chi cuadrado=8,892; gl=1; p=0,003) y resultó más probable que quienes son de primer año identifiquen como una medida preventiva ineficaz ante el VIH la estrategia de acudir al médico para realizarse controles periódicos (Chi cuadrado=4,968; gl=1; p=0,026) que las y los participantes que cursan otros años.

Por su parte, el análisis de posibles diferencias en función de la *preferencia sexual* no arrojó diferencias estadísticamente significativas. Tampoco el análisis de posibles diferencias en función de la *religión* ni el



*estado civil*. La *situación familiar* (convivencia) no se ha analizado por la existencia de una gran disparidad en el tamaño de los subgrupos.

Así pues, la hipótesis 4 se acepta parcialmente ya que encontramos asociación entre ideología política y los beneficios percibidos, conocimientos y conductas sexuales de prevención. También en cuanto tales factores y el tipo de curso o nivel formativo. Sin embargo no hubo relación entre los mencionados factores y la preferencia sexual, el estado civil o la religión.

En relación al **objetivo 8** (hipótesis 5), al realizar el análisis de la varianza en función *del nivel de experiencia sexual a lo largo de la vida*, se manifestaron diferencias significativas en algunos factores: conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, información sobre las formas de transmisión del VIH, identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas y prácticas preventivas cuestionables. En estos factores han obtenido menores puntuaciones quienes han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él.

El análisis de la posible asociación entre nivel de experiencia sexual y conductas, puso de manifiesto varias asociaciones significativas: en cuanto a las medidas preventivas eficaces, el hecho de mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo ha sido valorado negativamente en un mayor porcentaje por las personas que han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida comparadas con las que han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él o las que han tenido experiencia de coito (Chi cuadrado=29,944; gl=2; p=0,000) y respecto al uso del preservativo el grupo de personas que ha tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida es más probable que lo utilice como estrategia preventiva comparado con los otros grupos (Chi cuadrado=12,516; gl=2; p=0,002). También las personas que han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida tienen bastante más probabilidad de utilizar como estrategias preventivas cuestionables las prácticas sexuales de penetración con poca gente (Chi cuadrado=11,067; gl=2; p=0,004) y el tener relaciones coitales con una sola persona (Chi cuadrado=33,771; gl=2; p=0,000) que las que han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él o las

que han tenido experiencia de coito. Por último, el grupo de personas que ha tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida tiene más probabilidad de utilizar la práctica de acudir al médico para realizar controles periódicos como medida preventiva totalmente ineficaz (Chi cuadrado=6,288; gl=2; p=0,043) comparado con los otros dos grupos.

En cuanto a la posible incidencia del *comportamiento sexual actual* de las y los participantes, al realizar el análisis de la varianza, ésta resultó asociada con los factores: conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, identificación adecuada de respuestas correctas, prácticas preventivas ineficaces, prácticas preventivas eficaces. Quienes no tienen coito poseen menos conocimientos sobre el uso del preservativo, menor identificación adecuada de respuestas correctas y prácticas ineficaces; así mismo practicarían más prácticas preventivas eficaces que las personas que actualmente tienen relaciones sexuales que incluyen el coito y de quienes no tienen relaciones sexuales.

Al realizar el análisis de la posible asociación entre el comportamiento sexual actual y conductas, hubo manifestación de varias asociaciones significativas: en cuanto a estrategias eficaces de prevención el abstenerse de tener relaciones sexuales sin tener una medida preventiva es menos practicada por las personas que actualmente tienen relaciones sexuales que incluyen el coito (Chi cuadrado=13,677; gl=2; p=0,001) al igual que mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo (Chi cuadrado=19,520; gl=2; p=0,000) comparada con quienes no tienen coito y quienes no tienen relaciones sexuales. Y la práctica preventiva cuestionable de tener relaciones coitales con una persona ha sido valorada positivamente en su mayoría por el grupo de las personas que actualmente tienen relaciones sexuales que incluyen el coito (Chi cuadrado=33,841; gl=2; p=0,000) comparada con los otros dos grupos.

El hecho de mantener relaciones sexuales monógamas o polígamas (*tipo de relación*) no produjo un impacto significativo en cuanto al análisis de la varianza. Sin embargo, en cuanto al análisis de la posible asociación entre tipo de relación y las conductas, se manifestaron algunas asociaciones significativas: las personas monógamas es menos probable que eviten las

relaciones sexuales con gente que se inyecta droga (Chi cuadrado=7,113; gl=1; p=0,008), realicen prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida (Chi cuadrado=16,536; gl=1; p=0,000) y que utilicen prácticas de penetración con poca gente (Chi cuadrado=14,398; gl=1; p=0,000) como estrategias preventivas cuestionables que las polígamas. Y es bastante más probable que las personas monógamas utilicen como estrategia preventiva cuestionable ante el VIH el tener relaciones coitales con una persona (Chi cuadrado=66,611; gl=1; p=0,000) y el informarse más sobre el estado de salud de su pareja sexual (Chi cuadrado=20,386; gl=1; p=0,000) que las polígamas.

De manera que, al visualizar los resultados, es posible afirmar que la hipótesis 5 ha recibido apoyo.

### 3 CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Tras analizar los resultados obtenidos del presente estudio y exponer la fundamentación teórica que permitió su elaboración, se presentan en este apartado las conclusiones obtenidas, así como las limitaciones y líneas de trabajo futuro.

El análisis permitió corroborar datos puestos de manifiesto en estudios anteriores que ya mostraban la situación de riesgo en muestras universitarias (Antón y Espada, 2009; Hofstadt, et al., 2007; Lameiras, et al., 2006; Lameiras, et al., 2007; Lameiras, Núñez, Rodríguez, Bretón, y Agudelo, 2005; Lameiras, et al., 2002; Muñoz, et al., 2009; Piña, et al., 2010; Planes, et al., 2005-2006) permitiendo conocer las conductas sexuales, así como las estrategias de prevención ante el VIH/SIDA desde el modelo biopsicosocial, asociando algunos factores -los costes y beneficios percibidos del uso del preservativo, los conocimientos sobre el uso del preservativo, transmisión y prevención de VIH- a tales estrategias.

Así, encontramos en primer lugar, que un alto porcentaje (92,3%) de estudiantes universitarios ha tenido a lo largo de su vida al menos un contacto sexual coital y el resto ha tenido intimidades sexuales sin coito. Esto coincide con datos que indican que el número de relaciones sexuales prematrimoniales en población joven es muy alto, situación que les hace vulnerables a la infección por VIH (WHO, 2010a) por lo que como una estrategia preventiva, aun en la actualidad, sigue proponiéndose la abstinencia sexual premarital (UNAIDS, 2010d) aunque ésta parece no tener mucho apoyo. Además cabe mencionar que más de la mitad (62,3%) ha tenido relaciones coitales con más de una persona aunque bien, en el comportamiento sexual actual solo un 27,7% se declaró polígamo y el resto monógamo. Lo anterior aumenta el riesgo de transmisión en tal población, ya que las personas con múltiples parejas simultánea o secuencialmente tienen un riesgo mayor que las que no (UNAIDS, 2010d). Al respecto, un alto porcentaje indica tener relaciones sexuales que

incluyen el coito (71,4 %) y solo el 18,6% no tiene relaciones sexuales actualmente. El resto sí tiene relaciones sexuales pero sin coito; y aunque no investigamos específicamente a qué tipo de prácticas se referían (besos, heteromasturbación, sexo oral o anal) la mayoría de ellas, exceptuando el sexo anal, supondría un menor riesgo de transmisión del VIH (Pasquau, et al., 2003).

Respecto a las precauciones que las y los participantes toman para prevenir el VIH encontramos que, aunque entre las *prácticas preventivas eficaces* un alto porcentaje (81,4%) indicó el uso del preservativo y que más de la mitad se abstendría de tener relaciones sexuales sin tener una medida preventiva, la mayoría (88,2%) no estaría dispuesto a adoptar la otra práctica eficaz que es mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo (besos, heteromasturbación, etc.) lo cual podría sugerir que las y los estudiantes prefieren relaciones penetrativas de mayor riesgo para la transmisión del VIH. Cabe mencionar que la intención de uso del preservativo manifestada por las y los estudiantes es positiva ya que precede a la conducta de prevención (Ubillos, 2000), esto indicaría que quienes manifestaron que usarían el preservativo tienen más posibilidades de utilizarlo que quienes no.

Por otra parte, existe un porcentaje de estudiantes que toma o tomaría *precauciones totalmente ineficaces* para evitar la infección por VIH, así el 22,7% de participantes indicó lavarse después de tener una relación sexual de penetración y un 20,5% acudir al médico para realizarse controles periódicos. Tales prácticas indican desinformación respecto al tema y suponen un claro aumento de riesgo.

Es importante mencionar que un grupo de estudiantes (18,7%) cree que las precauciones que toma no son suficientes para evitar la infección por VIH. Esto podría indicar que este grupo de estudiantes tiene más percepción de riesgo que el resto, aunque la carencia de estudios al respecto requeriría de análisis o estudios posteriores.

En el presente estudio, encontramos que la mayoría de estudiantes indicó utilizar siempre un método anticonceptivo (82,3%); el **uso del preservativo** resultó ser el método anticonceptivo más frecuente coincidiendo

con algunos estudios que ya lo habían puesto de manifiesto (Hofstadt, et al., 2007; Lameiras, et al., 2007). Así, encontramos que el preservativo es utilizado por el 85,9% de estudiantes, seguido de las píldoras anticonceptivas y del coito interrumpido (marcha atrás).

Debido a que las respuestas dicotómicas en cuanto al uso del preservativo sobrestiman el sexo seguro y subestiman el sexo inseguro (Ubillos, et al., 1999), una ventaja que teníamos con el instrumento utilizado era obtener dos indicadores en cuanto a la medida preventiva del uso del preservativo, el uso y el porcentaje de uso en las relaciones coitales del último mes. Al respecto, es necesario analizar el hecho de que, aunque un alto porcentaje utiliza el preservativo (85,9%), solo el 38,6% de participantes lo utilizó siempre (uso consistente). Así, partiendo de que el uso del mismo puede considerarse como una conducta sexual de prevención solo si se utiliza correcta y consistentemente (WHO, 2010c), el uso inconsistente reflejado en los resultados sitúa a un grupo de estudiantes en algún riesgo de infección. El porcentaje de estudiantes que afirma utilizar siempre el preservativo en nuestro estudio es solo un poco menor que el resultado obtenido en otro estudio que afirma que el 48,1% lo utiliza de forma sistemática (Lameiras, et al., 2004). Si analizamos los resultados de otra manera, dado que el porcentaje promedio de uso del preservativo resultó ser del 73,47%, éste dejaría un 26,53% de relaciones sexuales desprotegidas.

En cuanto a comportamiento ante el uso de preservativo obtuvimos como dato interesante que algunos estudiantes (9,1%) indicaron haber dicho que se les había roto el preservativo cuando en realidad no lo habían utilizado y que un 16,2% han utilizado la píldora poscoital por no haber utilizado el preservativo lo cual podría sugerir que su uso se percibe como un método anticonceptivo más que como uno preventivo de ITS.

En cuanto a los **costes y beneficios percibidos** sobre el uso del preservativo encontramos que la mayoría de participantes percibe varios beneficios de su uso aunque simultáneamente un porcentaje considerable manifiesta alguna duda respecto al mismo. Así, la mayoría está muy de acuerdo en que previenen de embarazo y de enfermedades de transmisión

sexual (incluido SIDA) coincidiendo con un estudio en donde la mayoría lo valora totalmente o muy eficaz para evitar la transmisión sexual del VIH (Planes, et al., 2004) y con otro que indicó que lo utilizan para evitar un embarazo y para evitar una ITS (Piña, et al., 2010). Sin embargo, más de la mitad piensa que pueden estar defectuosos y casi la mitad que disminuyen el placer. Otro dato importante de nuestro estudio que coincide con trabajos previos (Lameiras, et al., 2004) es que un alto porcentaje de estudiantes no está de acuerdo con que los preservativos son baratos lo cual contradice lo que Organización Mundial para la Salud indica como ventaja de los mismos (WHO, 2010c). Respecto al uso del preservativo, también coincidiendo con otro estudio que encontró que éste era utilizado por un mayor porcentaje de jóvenes solo para evitar embarazo que el porcentaje de quienes lo utilizaban solo para evitar ITS (Lameiras, et al., 2004), encontramos que el uso del preservativo es percibido por un mayor porcentaje como método anticonceptivo más que como método de prevención del VIH/SIDA.

Respecto a los **conocimientos sobre el uso del preservativo** resultó que aunque la mayoría de participantes acertó en cuanto a la información correcta e incorrecta, lo que indica que la mayoría sabe cómo utilizarlo; aun persisten creencias erróneas respecto a su uso: la mitad cree que hay que inflarlo de aire para comprobar si está pinchado o no lo sabe; más de una décima parte piensa que hay que colocarlo antes de la erección o no lo sabe y casi la quinta parte desconoce si hay que esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal para después retirarlo sujetándolo por los bordes o cree que así hay que hacerlo. Esta situación pone en cuestionamiento el hecho de que su uso sea correcto en todos los contactos sexuales, y tomando en cuenta nuevamente que la Organización Mundial para la Salud considera la utilización del preservativo como una conducta sexual de prevención solo si se hace correcta y consistentemente (WHO, 2010c) cabría esperar que los jóvenes que lo usan incorrectamente incrementen el riesgo de adquirir VIH. Estos datos avalan la importancia de seguir incidiendo en conductas preventivas incluso en esta población universitaria.

Algo similar a los conocimientos sobre el uso del preservativo ocurrió con los **conocimientos sobre transmisión de VIH**. Aunque en general el nivel de conocimiento del tema es alto dado que la mayoría de participantes acertó tanto en cuanto a la información correcta como incorrecta, aun persisten algunas creencias erróneas. Por ejemplo, casi la cuarta parte desconoce si se transmite esnifando heroína; solo la mitad acertó en cuanto a que no se transmite mediante picaduras de insecto; más de la cuarta parte cree incorrectamente que se transmite donando sangre o que no se transmite recibéndola (transfusión) y casi una quinta parte respondió incorrectamente si el VIH puede transmitirse mediante el coito interrumpido. Ésta última adquiere relevancia en cuanto a conductas sexuales de prevención dado que podría haber un grupo de estudiantes que piensan que están previniendo el VIH al utilizar el coito interrumpido como método anticonceptivo, tomando en cuenta que es el tercer método más frecuentemente utilizado. Y si tenemos en cuenta que únicamente en dos respuestas acertó la totalidad de estudiantes podemos decir que aun hay desinformación en cuanto al tema coincidiendo con datos que indican que existe un déficit significativo de conocimiento sobre el VIH entre jóvenes a nivel mundial (ONUSIDA, 2010b).

Respecto a los **conocimientos relativos a conductas sexuales de prevención de VIH** también ocurrió que la mayoría de respuestas fue acertada, tanto para la información correcta como para la incorrecta, lo que indica un nivel alto de conocimiento. Cabe mencionar que la mayoría piensa que acudir al médico para realizarse controles periódicos es una conducta de prevención; tal conducta es considerada como una medida preventiva totalmente ineficaz (Ubillos, et al., 1999) debido a que cuando la persona acude al servicio sanitario podría ya estar infectada por lo que se considera de nivel preventivo secundario no primario.

Respecto a lo anterior, parece que las y los estudiantes tienen un alto nivel de conocimiento e información en general aunque aún existe desinformación o creencias erróneas que podrían influir de alguna manera sobre sus conductas sexuales de prevención ya que el tener un información adecuada sobre la prevención sexual del VIH es necesario para que las



personas adopten medidas preventivas (Ubillos, 2000). Y en nuestro estudio encontramos además **asociación de los conocimientos y las conductas sexuales de prevención** corroborando lo que se había indicado en otro respecto al efecto directo de la variable información sobre el uso del preservativo (Bermúdez, et al., 2009). Así, encontramos correlaciones positivas entre el conocimiento sobre el uso correcto del preservativo y la identificación de las respuestas correctas con el porcentaje de uso de preservativo en las relaciones sexuales. Es decir que las y los estudiantes que más identificaron respuestas correctas y quienes demostraron mayor conocimiento sobre el uso correcto del preservativo también indicaron utilizarlo en mayor porcentaje que el resto.

Aunque no todas las personas que perciben como beneficio y tienen el conocimiento de que el preservativo previene de la infección por VIH lo utilizarían como una medida preventiva para no infectarse o lo utilizan como método anticonceptivo, también encontramos **asociación entre los beneficios percibidos, los conocimientos e información y las prácticas preventivas eficaces**. Los beneficios se asociaron positivamente con los conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, con la información sobre las formas de transmisión del VIH y con la identificación adecuada de respuestas incorrectas en la escala de conocimientos. Así mismo, existe asociación positiva entre los beneficios y las prácticas preventivas eficaces y entre los costes y los otros dos tipos de prácticas preventivas: las ineficaces y las cuestionables. Y los costes percibidos del preservativo se relacionan negativamente con el porcentaje de uso del preservativo en sus relaciones sexuales; lo anterior indica que quienes valoran negativamente el uso del preservativo lo utilizan menos que quienes perciben más ventajas de su uso apoyando al Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, et al., 1994) el cual sugiere que las personas adoptarán o no una conducta de salud en función de los beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención y los costes o barreras físicas, psicológicas y económicas de llevar a cabo la acción.

En cuanto a **diferencias por sexo** no encontramos alguna significativa. Parece ser que las mujeres perciben los mismos beneficios y costes del uso del

preservativo, tienen conocimientos y conductas sexuales similares a los hombres.

Los resultados indican que, en este contexto cultural, las mujeres tienen la misma capacidad que los hombres para adoptar conductas sexuales de prevención, contrario a lo que ocurre en otros lugares en donde dicha capacidad se ve comprometida por la falta de acceso a la información, servicios y productos básicos relacionados con el VIH así como por las desigualdades de género en cuanto a las condiciones sociales, culturales y económicas (ONUSIDA, 2010b). Cabe mencionar que las mujeres en cualquier contexto social y cultural, tienen mayor vulnerabilidad para adquirir VIH y otras ITS debido a factores biológicos (UNAIDS, 2010a) y que culturalmente predominan las prácticas penetrativas centralizadas en el placer masculino (coito) incluso cuando el placer de las mujeres se centra en actividades diferentes a las penetrativas (Ubillos, 2000). Lo anterior se visualiza en los porcentajes de relaciones coitales: el 92,3% de participantes indicó haber tenido al menos una a lo largo de su vida y el 71,4% tiene relaciones que incluyen el coito actualmente.

No encontramos diferencias en función del sexo en cuanto al tipo de relación (monógama o polígama), tampoco en cuanto al uso o no del preservativo ni en cuanto al porcentaje de uso del mismo, contrario a algunos estudios que indican que sí existen diferencias en las prácticas sexuales en función del sexo (Diz, et al., 2003; Muñoz, et al., 2009). Por ejemplo, los hombres utilizan el preservativo con más frecuencia que las mujeres (Cassamo, et al., 2008; Lameiras, et al., 2004), en general las mujeres se protegen menos que los hombres (Muñoz, et al., 2009) y el preservativo específicamente como método para prevenir VIH/SIDA es más utilizado por los hombres que por las mujeres (Cerqueira, et al., 2008). Estas diferencias podrían deberse a los variados contextos en que se realizaron los estudios.

Una razón por la que podrían minimizarse las diferencias entre mujeres y hombres es el nivel de educación en el que realizamos el estudio. Quizá el nivel universitario disminuye la vulnerabilidad de las mujeres que sugiere el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS,

2010a). Cabe mencionar que, aunque en este nivel no encontramos diferencia estadísticamente significativa entre las conductas sexuales de mujeres y hombres, no tenemos datos a nivel cualitativo que nos permitan valorar tales diferencias ni sabemos si esto puede ocurrir en otro nivel educativo.

Los **factores socio demográficos** estudiados indicaron diferencias en cuanto a la ideología política y tipo de curso o nivel formativo mas no en cuanto a la preferencia sexual, religión ni estado civil.

En el análisis según *ideología política* hubo diferencias significativas. Así establecimos que las y los participantes que se declaran de ideología de derecha tienen menos información sobre las formas de transmisión del VIH, identifican adecuadamente menos respuestas incorrectas de la escala de conocimientos y perciben menos beneficios en el uso del preservativo que quienes son de otras ideologías políticas. También que quienes tienen ideología de izquierda, ponen en marcha menos prácticas cuestionables como estrategias preventivas (por ejemplo se fijan menos en el aspecto exterior de la pareja y reconocen que el tener relaciones coitales con una persona no es una estrategia de prevención) y perciben menos costes en el uso del preservativo que quienes son de otra ideología. Los resultados obtenidos apoyan el reconocimiento de que las fuerzas políticas influyen en la vulnerabilidad de la salud-enfermedad sexual (WHO, 2010a).

Otro factor socio demográfico en el que obtuvimos diferencias al realizar el análisis fue el *nivel formativo*. Así encontramos que las y los participantes de primer año tienen menos conocimientos del uso correcto del preservativo, información sobre las formas de transmisión del VIH, identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas. El hecho de que estudiantes de primer año tengan en general menor conocimiento resulta lógico ya que éste podría irse adquiriendo mediante la formación. También quienes cursan primer año llevan o llevarían a cabo más prácticas preventivas cuestionables por ejemplo fijarse en el aspecto exterior de su pareja y realizar prácticas de penetración con poca gente, que quienes cursan otros años. Por otro lado también son quienes más identificaron la estrategia de acudir al médico para realizarse controles periódicos como una medida preventiva ineficaz ante el VIH. Las y los

participantes que cursan otros años tienen más probabilidad de utilizar la píldora anticonceptiva, que se considera una medida preventiva ineficaz frente al VIH/SIDA, que quienes cursan el primer año de estudio.

Los resultados que obtuvimos al analizar el **nivel de experiencia sexual** a lo largo de la vida evidenciaron que las personas que han tenido intimidades sexuales próximas al coito pero sin llegar a él tienen menos conocimientos sobre el uso correcto del preservativo, información sobre las formas de transmisión del VIH, identificación adecuada de respuestas correctas e incorrectas y prácticas preventivas cuestionables que las que han tenido experiencia de coito y quienes han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida. Esto sugiere que al iniciarse la actividad sexual coital, se va adquiriendo más conocimientos e información respecto al tema.

Por otra parte, encontramos que quienes han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida es más probable que utilicen el preservativo como medida de prevención eficaz. Pero también tienen más probabilidades que los otros grupos de utilizar algunas estrategias cuestionables: por ejemplo las prácticas sexuales de penetración con poca gente y el tener relaciones coitales con una sola persona. También más probabilidad de utilizar como una medida preventiva totalmente ineficaz, la práctica de acudir al médico para realizar controles periódicos. Al respecto, resulta interesante que las personas que han tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida reconocen el riesgo que corren al tener relaciones sexuales y aun así pondrían o ponen en marcha más estrategias cuestionables que los otros grupos.

Respecto al **comportamiento sexual actual** encontramos que quienes no tienen coito actualmente tienen menos conocimientos sobre el uso del preservativo, identificación adecuada de respuestas correctas y prácticas ineficaces pero también que llevarían a cabo más prácticas preventivas eficaces que quienes no tienen relaciones sexuales y quienes actualmente tienen relaciones sexuales que incluyen el coito. Los resultados también indican que las personas que actualmente tienen relaciones sexuales que incluyen el coito se abstendrían menos de tener relaciones sexuales sin tener

una medida preventiva o de mantener relaciones sexuales que no tienen riesgo que quienes no tienen coito y quienes no tienen relaciones sexuales. También que valoran el tener relaciones coitales con una persona más positivamente que los otros dos grupos. Lo anterior resulta importante porque al presentar menos prácticas eficaces aumenta el riesgo de las personas que tienen coito.

En cuanto al análisis de la posible asociación entre **tipo de relación (monógama, polígama)** y las conductas obtuvimos datos que indican que es bastante más probable que las personas monógamas utilicen como estrategia preventiva el tener relaciones coitales con una persona y el informarse más sobre el estado de salud de su pareja sexual que las polígamas. Ahora bien, estas estrategias son consideradas como medidas preventivas cuestionables en cuanto a su eficacia real (Ubillos, et al., 1999) para prevenir el VIH ya que suponen riesgos. Debido a que el 62,3% de estudiantes ha tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de su vida y que en el comportamiento sexual actual solo un 27,7% se declaró polígamo los resultados anteriores podrían tener relación con el hecho de que los jóvenes no suelen detectar el elevado riesgo relacionado a la monogamia serial o monogamia con parejas afectivas sucesivas (Planes, et al., 2005-2006).

Algunas **limitaciones** del estudio son que la muestra no fue seleccionada al azar por lo que corremos el riesgo de que no sea representativa y puede ser que el tamaño no sea el adecuado.

Otras limitaciones son que no estudiamos otro tipo de contacto sexual diferente al coito ni las diferencias de comportamiento entre parejas estables y ocasionales. Tampoco tomamos en cuenta otros factores del Modelo de Creencias de Salud como la autoeficacia o la susceptibilidad percibida.

Cabe mencionar que en este estudio solamente es posible aludir a asociaciones o correlaciones significativas distintas de la atribución de causalidad dado que la relación causa-efecto puede demostrarse únicamente en estudios experimentales.

La siguiente fase para complementar este estudio incluiría tomar en cuenta los factores mencionados en limitaciones así como aplicar técnicas cualitativas de evaluación para profundizar en el análisis de las variables.

Dado que el diseño es transversal recomendamos que se realicen en el futuro estudios longitudinales para observar las tendencias en las conductas sexuales de prevención a lo largo del tiempo, así como estudios en niveles formativos previos al universitario en donde el efecto de igualdad por sexo parece no haberse probado aun.

Por último, para conseguir eficacia e impacto, la elaboración de programas preventivos para este grupo deberá tomar en cuenta sus deficiencias específicas en cuanto a la información respecto al VIH/SIDA y al uso del preservativo; así mismo los factores psicosociales que influyen en las conductas preventivas del mismo.



## 4 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguado, C., y Brea, T. (2003). Prevención de la infección por el VIH. In J. Pachón, E. Pujol y A. Rivero (Eds.), *La infección por el VIH: guía práctica* (pp. 507-514). España: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.
- Amador, M., Becoña, E., Mantecón, A., y Ramón, A. (2009). Sexualidad de riesgo y consumo de drogas en el contexto recreativo. Una perspectiva de género. *Psicothema, Vol. 21 (2)*, 227-233.
- Antón, F., y Espada, J. (2009). Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH en una muestra de estudiantes universitarios. *Anales de Psicología, Vol. 25 (2) Dic*, 344-350.
- Aramini, M. (2007). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida *Bioética*. Bogotá: San Pablo.
- Ardila, R. (2000). Prevención Primaria en Psicología de la Salud. In L. Oblitas y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la Salud* (pp. 53-65). México: Plaza y Valdés, S.A.
- Ballester Arnal, R., Gil Llario, M. D., Giménez García, C., y Ruiz Palomino, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VHS/SIDA en jóvenes españoles. *Attitudes and risk sexual behaviors for HIV infection/AIDS in young people in Spain, 14(3)*, 181-191.
- Becoña, E., Vásquez, F., y Oblitas, L. (2000). Promoción de estilos de vida saludables: ¿realidad, reto o utopía? In L. Oblitas y E. Becoña (Eds.), *Psicología de la Salud* (pp. 67-110). México: Plaza y Valdés, S.A.
- Bellis, M., Hale, G., Bennet, M., Chaudry, M., y Kilfoyle, M. (2000). Ibiza al descubierto: cambios en el consumo de drogas y en el comportamiento sexual de los jóvenes que pasan sus vacaciones en lugares conocidos internacionalmente por su vida nocturna. *Adicciones. Revista de Sociodrogalcohol, Vol. 12 (4)*, 571-578.
- Bermúdez, M., Herencia, A., y Uribe, A. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología, Vol. 41 (3)*, 587-598.
- Camargo, V., y Bousfield, B. (2009). Representaciones sociales, conductas de riesgo y SIDA. *The Spanish Journal of Psychology, Vol. 12 (2) Nov*, 565-575.
- Cassamo, H., Planes, M., y Gras, M. (2008). Uso del preservativo en estudiantes de secundaria de Mozambique. Diferencias en razón del género y del tipo de pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, (86-87) Abr-Sep*, 60-66.



- Cerqueira, E., Koller, S., y Wilcox, B. (2008). Uso del condón, métodos contraceptivos y religiosidad entre jóvenes de bajo nivel socioeconómico. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 11 (1) May, 94-102.
- Correa, A. (2005). El virus de la inmunodeficiencia humana. In H. Vélez, W. Rojas, J. Borrero, J. Restrepo, J. Betancur, A. Correa, S. Estrada y B. Orozco (Eds.), *Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual* (pp. 3-5). Medellín: Fondo Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas.
- Del Río, C., y Curran, J. (2006). Epidemiología y prevención del SIDA y de la infección por VIH. In G. Mandell, J. Bennett y R. Dolin (Eds.), *Enfermedades infecciosas: principios y práctica* (pp. 1477-1506). Madrid: Elsevier.
- Diz, M., Sueiro, E., Chas, M., y Diéguez, J. (2003). Comportamientos sexuales de adolescentes en el medio rural gallego (3ª parte). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (67/68) Jul-Dic, 46-609.
- González, F., Ávila, A., Gómez, E., y Jiménez, M. (2004). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva en jóvenes entre 14 y 25 años de edad de estratos 1 y 2 del SISBEN de un Municipio del Departamento de Cundinamarca. *Acta Colombiana de Psicología*, (12) Nov, 59-68.
- Hofstadt, C., Antón, F., Tirado, S., y Navarro, F. (2007). Hábitos sexuales en mujeres estudiantes de medicina. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (84-85) Oct-Dic, 32-48.
- Instituto\_de\_Salud\_Carlos\_III. (2010). Vigilancia Epidemiológica del SIDA en España. Registro Nacional de casos de SIDA from [http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi\\_sida.jsp](http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp):
- Lameiras, M., Faílde, J., Bimbela, J., y Alfaro, N. (2008). Uso del preservativo masculino en las relaciones con coito vaginal de jóvenes españoles entre catorce y veinticuatro años. *Vol. 4 (2) Jul-Dic*, 401-415.
- Lameiras, M., Faílde, J., Saco, A., y Rodríguez, Y. (2006). Un estudio cualitativo de la viabilidad del uso del preservativo femenino en estudiantes universitarios españoles. *Vol. 6 (1) Ene*, 189-199.
- Lameiras, M., Núñez, A., Carrera, M., y Rodríguez, Y. (2007). Conducta sexual y uso de preservativo masculino en una muestra de jóvenes universitarios gallegos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (84-85) Oct-Dic, 52-59.
- Lameiras, M., Núñez, A., Rodríguez, Y., Bretón, J., y Agudelo, D. (2005). Actividad sexual y uso del preservativo masculino en jóvenes universitarios gallegos. *Clínica y Salud*, Vol. 16 (3), 253-267.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M., y González, M. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychologica*, Vol. 3 (1), 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*, Vol. 14 (2) May, 255-261.
- León, J., Medina, S., Barriga, S., Ballesteros, A., y Herrera, I. (2004). *Psicología de la salud y de la calidad de vida*. Barcelona: Editorial Univeritat Oberta de Catalunya.
- Matic, S. (2006). Twenty-five years of HIV/AIDS in Europe. In W.H.O (Ed.), *HIV/AIDS in Europe: Moving from death sentence to chronic disease management*. (pp. 1-14). Copenhagen: World Health Organization.
- Meera, A. (2005). Role of Social Anthropology in the study of HIV/AIDS in the context of Globalization. In K. K. Misra (Ed.), *Anthropology, new global order, and other essays* (pp. 235-257). New Delhi: Concept Publishing Company.
- Merson, M., y Piot, P. (2006). Perspectivas globales sobre la infección por el VIH y el SIDA. In G. Mandell, J. Bennett y R. Dolin (Eds.), *Enfermedades infecciosas* (pp. 1465-1477). Madrid: Elsevier.
- Moliner, O., y García, R. (2003). *La prevención del SIDA en adolescentes: propuestas pedagógicas*. Castelló de la Plana: Publicacions de la Universitat Jaume I.
- Muñoz, S., Sánchez, M., Martins, A., y Nunes, C. (2009). Diferencias de género en la conducta sexual relacionada con VIH entre estudiantes de España y Portugal. *The Spanish Journal of Psychology*, Vol. 12 (2) Nov, 485-495.
- Nájera, P. (2003). Desigualdades de género, violencia íntima en la pareja y prácticas de prevención del VIH: hallazgos de un estudio transversal sudafricano. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida [edición electrónica]*, Vol. 14 (1) Ene.
- OMS. (2007). *Estrategia Mundial de Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual 2006–2015*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- ONUSIDA. (2010a). *Informe anual del ONUSIDA 2009*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- ONUSIDA. (2010b). *Podemos empoderar a los jóvenes para que se protejan del VIH*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
- Páez, D., Sánchez, F., Usieto, R., Ubillos, S., Mayordomo, S., Caballero, A., et al. (2003). Características psicosociales asociadas a la conducta sexual de riesgo ante el VIH en la población adulta española. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida [edición electrónica]*, Vol. 14 (8) Sep, 1-10.
- Pasquau, J., Valera, B., y García, P. (2003). Mecanismos de transmisión del VIH. In J. Pachón, E. Pujol y A. Rivero (Eds.), *La infección por VIH: guía práctica* (pp. 55-66). España: Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas.

- Piña, J., Lozano, D., Vázquez, P., y Carrillo, I. (2010). Motivos y uso de preservativo en estudiantes universitarios de Ciudad Juárez (México). *Anales de Psicología*, Vol. 26 (1) Ene, 18-26.
- Planes, M., Gómez, A., Gras, M., Font, S., Cunil, M., Aymerich, M., et al. (2005-2006). Cambios en las percepciones de riesgo frente al SIDA de los estudiantes universitarios durante la última década. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (76-77) Oct-Dic/Ene-Mar, 39-45.
- Planes, M., Gras, M., Cunill, M., Gómez, A., Romero, M., Font, S., et al. (2004). Prevención de la transmisión sexual del VIH en adolescentes. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (71-72) Jul-Dic, 76-85.
- Pons, G., Miralles, M., y Guillén, F. (2010). El efecto del optimismo no realista en la intención de uso del condón como método de prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. *Anales de Psicología*, Vol. 26 (2) Jul, 310-317.
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., García, J., y Romo, N. (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo? *Adicciones : Revista de Sociodrogalcohol*, Vol. 19 (2), 153-167.
- Rosenstock, I., Strecher, V., y Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV Risk Behavior Change. In R. Diclemente y J. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS: theories and methods of behavioral interventions* (pp. 5-24). New York: Plenum Press.
- Ubillos, S. (2000). Conducta sexual e infección por VIH. In S. Yubero y E. Larrañaga (Eds.), *SIDA: una visión multidisciplinar* (pp. 63-94). Cuenca: Ediciones de la Universidad Castilla-La Mancha.
- Ubillos, S., Insúa, P., y De Andrés, M. (1999). *Manual de educación sanitaria: Recursos para diseñar Talleres de Prevención con usuarios de drogas*. España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ubillos, S., y Páez, D. (2003). Pros y contras del uso del preservativo entre hombre homo y bisexuales según datos obtenidos por Internet. *Publicación Oficial de la Sociedad Española Interdisciplinaria de Sida [edición electrónica]*, Vol. 14 (9) Oct.
- UNAIDS. (2010a). *The Agenda for Accelerated Country Action for Women, Girls, Gender Equality and HIV 2010–2014* Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. (2010b). *The Benchmark: what the world thinks about the AIDS response*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. (2010c). *GETTING TO ZERO: 2011–2015 Strategy*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- UNAIDS. (2010d). *Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS

- UNAIDS/WHO. (2008). *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS: Spain*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization.
- WHO. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2009). *Global Health Risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010a). *Developing sexual health programmes*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010b). *Draft WHO HIV/AIDS strategy 2011–2015*. Geneva: World Health Organization.
- WHO. (2010c). *International Travel and Health*. Geneva: World Health Organization.



## 5 ANEXO I. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN ONLINE

### ESTUDIO SOBRE CONDUCTA SEXUAL DE ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS<sup>1</sup>

Estamos realizando un estudio sobre prácticas sexuales en estudiantes universitarios, para lo que solicitamos tu colaboración. Tan sólo tienes que responder a las siguientes preguntas y dar al botón de enviar el cuestionario, una vez finalizado. La información que nos proporcionas es completamente anónima y te garantizamos que la encuesta está configurada de modo que no es posible identificarte. Es fundamental que contestes con sinceridad. Las preguntas son fáciles de contestar, por lo que no te llevará más de diez minutos.

Te agradecemos tu colaboración.

Karla María Guzmán y Cristina Jenaro.

1 Edad:

2 Provincia en la que se ubica su lugar de nacimiento:

3 Sexo:

- Mujer Hombre

4 Estado civil:

- Soltero/a Casado/a o conviviendo en pareja

5 Preferencia sexual:

- Heterosexual Homosexual Bisexual

6 Curso más alto en el que se encuentra matriculado:

- Primero Segundo Tercero Cuarto Quinto

7 ¿Trabaja?

Sí No

8 ¿Se considera religioso?

- Sí, pero no practicante
- Sí y practicante
- No

9 ¿Con quien vive en estos momentos?

- Solo/a Con compañero(s) de piso Con pareja Con familia Otras situaciones

10 ¿Dónde se sitúa políticamente?

- Izquierda Centro Derecha Ninguna (apolítico/a)

Desde su punto de vista, señale su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes características relacionadas con los preservativos.

Responda señalando el número de la escala que mejor refleje su respuesta, teniendo en cuenta que:

1 = Muy en desacuerdo

2 = Bastante en desacuerdo

---

<sup>1</sup> Se ha modificado el formato online para facilitar su presentación en el presente TFM.

3 = En desacuerdo

4 = De acuerdo

5 = Bastante de acuerdo

6 = Muy de acuerdo

12 Los preservativos previenen el embarazo

1 2 3 4 5 6

13 Los preservativos no siempre se tienen a mano

1 2 3 4 5 6

14 Hay que saber dónde comprar u obtener preservativos

1 2 3 4 5 6

15 El preservativo es engorroso, incómodo, complicado de usar

1 2 3 4 5 6

16 Los preservativos tranquilizan y dan seguridad en la relación

1 2 3 4 5 6

17 El preservativo crea dudas en el otro acerca del estado de salud

1 2 3 4 5 6

18 Los preservativos pueden estar defectuosos

1 2 3 4 5 6

19 Los preservativos no tienen efectos negativos ni contraindicaciones

1 2 3 4 5 6

20 Los preservativos rompen con el romanticismo de la situación

1 2 3 4 5 6

21 Es fácil tener un preservativo, es fácil tenerlo a mano

1 2 3 4 5 6

22 El preservativo me posibilita tener relaciones con varias personas sin correr riesgos

1 2 3 4 5 6

23 El preservativo interrumpe el acto sexual

1 2 3 4 5 6

24 Da corte comentar a la pareja que hay que ponerse el preservativo

1 2 3 4 5 6

25 El preservativo no es natural, es artificial

1 2 3 4 5 6

26 Los preservativos son baratos

1 2 3 4 5 6

27 Los preservativos previenen de enfermedades de transmisión sexual

1 2 3 4 5 6

28 Los preservativos disminuyen el placer

1 2 3 4 5 6

29 Me siento incómodo/a de andar con preservativos todo el tiempo

- 1 2 3 4 5 6
- 30 Los preservativos son fáciles de obtener  
1 2 3 4 5 6
- 31 El preservativo es inseguro, hay dudas de su eficacia  
1 2 3 4 5 6
- 32 El preservativo es higiénico  
1 2 3 4 5 6
- 33 Hay que depender del preservativo, hay que pensar en tenerlo  
1 2 3 4 5 6
- 34 Me preocupa que me encuentren preservativos en mi casa  
1 2 3 4 5 6
- 35 Los preservativos son sencillos y fáciles de utilizar  
1 2 3 4 5 6
- 36 Los preservativos se rompen fácilmente, son frágiles  
1 2 3 4 5 6
- 37 La colocación del preservativo es un juego erótico más  
1 2 3 4 5 6
- 38 Me da vergüenza comprar preservativos  
1 2 3 4 5 6
- 39 Si tienes preservativos crea la sensación de que tienes relaciones con cualquier persona  
1 2 3 4 5 6
- 40 Los hombres que llevan preservativos dan la sensación de que buscan llegar a la relación sexual siempre  
1 2 3 4 5 6
- 41 Hay que saber usar un preservativo, saber ponérselo  
1 2 3 4 5 6
- 42 Los preservativos se deben utilizar sólo en el momento de la penetración  
1 2 3 4 5 6
- 43 Los preservativos previenen del sida  
1 2 3 4 5 6
- 44 Si utilizas preservativo no hace falta ir al médico  
1 2 3 4 5 6
- 45 He dicho que se me había roto el preservativo cuando en realidad no lo había usado  
1 2 3 4 5 6
- 46 He tomado la píldora poscoital por no haber utilizado preservativo  
1 2 3 4 5 6

A) A continuación, responda marcando con un círculo o con una "X" la respuesta que considere correcta, es decir, si cada una de las afirmaciones es verdadera, falsa o no sabe.



A) Para usar bien el preservativo es necesario:

48 Colocarlos antes de la erección

Verdadero Falso No sé

49 Colocarlos cuando el pene está en erección.

Verdadero Falso No sé

50 Colocarlos justo en el momento de la eyaculación.

Verdadero Falso No sé

51 Inflarlo de aire para comprobar si está pinchado.

Verdadero Falso No sé

52 Mirar la fecha de caducidad.

Verdadero Falso No sé

53 No manipularlo hasta su colocación.

Verdadero Falso No sé

54 Sujetar el preservativo por los bordes y retirar el pene de la vagina, justo después de la eyaculación.

Verdadero Falso No sé

55 Esperar dentro de la vagina a que el pene vuelva a su estado normal y después retirar el preservativo sujetándolo por los bordes.

Verdadero Falso No sé

B) Según su opinión, el SIDA se puede "pillar":

57 A través de las relaciones sexuales.

Verdadero Falso No sé

58 Esnifando heroína.

Verdadero Falso No sé

59 Donando sangre.

Verdadero Falso No sé

60 Utilizando piscinas públicas.

Verdadero Falso No sé

61 Recibiendo sangre (transfusión).

Verdadero Falso No sé

62 A través de los cubiertos, vasos.

Verdadero Falso No sé

63 Besándose en la boca.

Verdadero Falso No sé

64 Inyectándose heroína siempre con la propia jeringuilla.

Verdadero Falso No sé

65 Inyectándose heroína compartiendo la jeringuilla.

Verdadero Falso No sé

66 A través de picaduras de insecto.

Verdadero Falso No sé

67 A través de la saliva.

Verdadero Falso No sé

68 A través de las lágrimas.

Verdadero Falso No sé

69 Compartiendo objetos personales(cepillo de dientes, cuchillas, etc.).

Verdadero Falso No sé

70 A través del coito interrumpido.

Verdadero Falso No sé

71 De mujer embarazada a su hijo.

Verdadero Falso No sé

C) Para no contraer el SIDA, es necesario:

73 Acudir al médico para realizarse controles periódicos

Verdadero Falso No sé

74 Estar bien informado sobre lo que es el SIDA.

Verdadero Falso No sé

75 Tener siempre la misma pareja sexual.

Verdadero Falso No sé

76 Utilizar el preservativo.

Verdadero Falso No sé

77 No utilizar agujas ya usadas.

Verdadero Falso No sé

78 Evitar el contacto con sangre de otros.

Verdadero Falso No sé

79 Tomar la píldora anticonceptiva.

Verdadero Falso No sé

80 Utilizar cremas espermicidas.

Verdadero Falso No sé

81 No existen medidas que nos protejan.

Verdadero Falso No sé

82 D) Lea atentamente cada nivel de experiencia sexual y seleccione el nivel en el que se encuentre. Al margen de sus relaciones sexuales actuales, indique la experiencia máxima que ha tenido a lo largo de su vida.

1 No he tenido ninguna experiencia sexual.

2 He besado en los labios y abrazado con caricias en las manos y por encima de la ropa.

3 He tenido intimidades sexuales, próximas al coito pero sin llegar a él. Esto incluye haber acariciado directamente y haber sido acariciado directamente en cualquier parte del cuerpo, incluido los genitales, con o sin orgasmos (petting).

4 He tenido experiencia de haber llegado al coito, es decir, a la introducción del pene dentro de la vagina, con una sola persona a lo largo de mi vida.

5 He tenido relaciones coitales con más de una persona a lo largo de mi vida.

83 En la ACTUALIDAD cómo es su comportamiento sexual:

- 1 No tengo relaciones sexuales.
  - 2 Tengo relaciones sexuales que consisten en besos, caricias, caricias genitales, etc..., pero no tengo experiencia del coito.
  - 3 Tengo relaciones sexuales que incluyen el coito.
- 84 Defina sus relaciones sexuales coitales:
- 1 Siempre con la misma persona ("su pareja"): monógamo.
  - 2 Con más de una persona: polígamo.
- 85 Cuando mantiene relaciones sexuales coitales, ¿utiliza algún método anticonceptivo?
- Siempre A veces Nunca
- 86 Señale los métodos anticonceptivos que utiliza:
- El coito interrumpido (marcha atrás).  
Píldoras anticonceptivas.  
DIU (dispositivo intrauterino).  
Preservativo (condones).  
Diafragma  
Métodos naturales (ogino, temperatura).  
Otros
- 87 Indique el número de veces que ha tenido relaciones sexuales coitales en el último mes
- 88 Indique el porcentaje (p.e. 70%, etc.) de veces que ha utilizado preservativo en sus relaciones sexuales
- 89 Indique el porcentaje (p.e. 70%, etc.) de veces que ha utilizado otro método anticonceptivo en sus relaciones sexuales
- 90 ¿Qué tipo de precauciones toma para no infectarse de VIH? (señale todas las que procedan)
- 1 No hago nada/ No tomo ninguna precaución.
  - 2 Me fijo en que mi pareja tenga un aspecto exterior sano.
  - 3 No tengo relaciones con gente que sé que se inyecta droga.
  - 4 Realizo prácticas sexuales de penetración con poca gente.
  - 5 Realizo prácticas sexuales de penetración con menos gente que antes.
  - 6 Realizo prácticas sexuales de penetración sólo con gente conocida.
  - 7 Sólo tengo relaciones coitales con una persona.
  - 8 Me informo sobre el estado de salud de mi pareja sexual.
  - 9 Me lavo después de tener una relación sexual de penetración.
  - 10 Mantengo relaciones sexuales que no tienen riesgo (besos, heteromasturbación, etc.).

11 Utilizo el coito interrumpido (marcha atrás, sacar el pene antes de eyacular).

12 Utilizo cremas espermicidas.

13 Utilizo la píldora anticonceptiva.

14 Utilizo el preservativo (condón).

15 Acudo al médico para realizarme controles periódicos.

16 Me abstengo de tener relaciones sexuales si no tengo una medida preventiva.

17 Otras.

91 ¿Cree que las precauciones que toma son suficientes para no infectarse con el VIH?

Sí No