

Género y VIH-sida: análisis diferencial de una estrategia de prevención

CRISTINA GIMÉNEZ GARCÍA
gimenezc@psb.uji.es

ESTEFANÍA RUIZ PALOMINO
eruiz@psb.uji.es

PEDRO SALMERÓN SÁNCHEZ
psalmero@uji.es

CRISTINA GASCÓN HUIGE
al117143@uji.es

RAFAEL BALLESTER ARNAL
rballest@uji.es

Resumen

Introducción. La epidemia del VIH-sida continúa siendo un problema de salud pública al que se exponen, desigualmente, hombres y mujeres. Sin embargo, las intervenciones comportamentales preventivas no siempre han tenido en cuenta dichas diferencias, lo que ha causado una disminución de su potencial eficacia. Por este motivo, el presente estudio examina si existe una respuesta diferencial entre hombres y mujeres en variables asociadas al riesgo de infección, tras participar en estrategias preventivas del VIH-sida.

Metodología. 122 estudiantes universitarios (18-24 años; 45 % hombres y 55 % mujeres) participaron en un diseño de comparación entre grupos. Los jóvenes, llevaron a cabo una serie de intervenciones basadas en modelos socio-cognitivos y cumplieron, previa y posteriormente a la intervención (postest, 1.º seguimiento y 2.º seguimiento) el Cuestionario para la Prevención del Sida (Ballester, Gil, Guirado y Bravo, 2004).

Resultados. En líneas generales, todas las variables mejoran en hombres y mujeres aunque las ventajas percibidas asociadas al preservativo y el temor al VIH solo cambian, significativamente, en las mujeres. Por otro lado, la realización de sexo seguro mejora de manera más significativa en los hombres que, a largo plazo, obtienen diferencias significativas en el sexo oral, coito vaginal y en la pareja estable.

Conclusión. Nuestros resultados apoyan la existencia de un impacto diferencial entre los jóvenes universitarios, en función del género. En concreto, las variables conductuales parecen ser más resistentes para las mujeres mientras, para los hombres, lo son las variables actitudinales. Así pues, cabrá analizar con mayor profundidad estrategias específicas para reforzar aquellas variables que siendo relevantes resultan, de manera diferencial, más difíciles de transformar.

Palabras clave: prevención del VIH, género, jóvenes, eficacia diferencial.

Abstract

Introduction. The AIDS-HIV epidemic remains a major problem of Public Health in which men and women are exposed unequally. However, preventive behavioral interventions have rarely considered these differences; consequently, these have diminished their potential effectiveness. For this reason, this study examines the existence of a differential response between men and women for variables associated with risk infection, after taking part in HIV-AIDS preventive strategies.

Method. 122 college students (18-24 years old; 45 % men and 55 % women), participated in a inter-group comparison design. Young participants took part in several interventions based on socio-cognitive models and full-filled, previous and afterwards (post-test, 1st follow-up, 2nd follow-up), the Cuestionario para la Prevención del Sida (Ballester, Gil, Guirado and Bravo, 2004).

Results. In general, all the variables improved for men and women although only women got better results significantly in condom's advantages and the fear of HIV infection. On the other hand, men have improved more in safe sex than women and, at long term, they have shown significant results in oral sex, vaginal sex and steady partner.

Conclusion. To sum up, our results support the differential impact among college students depending on gender. In particular, behavioral variables seem to be more resistant for women, meanwhile attitudinal variables are more difficult to change for men. Therefore, analyzing in depth specific strategies to improve the differential resistant variables for men and women is required.

Keywords: HIV/AIDS prevention, gender, young people, differential effectiveness.

Introducción

En la actualidad, parte de las dolencias que ocupan más la atención de la salud pública se relacionan en su génesis con numerosos factores psicosociales de riesgo y, en particular, con la realización de conductas no saludables. De esta manera, vienen marcadas por un carácter bio-psico-social que trasciende tanto a su prevención, como a su tratamiento. Uno de los ejemplos más evidentes es el del VIH-sida que, todavía hoy en día, alcanza el nivel de epidemia a escala global. En concreto, 34 millones de personas están afectadas y, aproximadamente, el 50 % de los casos son mujeres (UNAIDS, 2012). No obstante, un elevado porcentaje de ellas todavía desconoce información básica, como las vías de transmisión, y carece de las oportunidades para poner en práctica las estrategias de prevención, como el uso del preservativo (UNAIDS, 2012). En este sentido, las mujeres parecen estar más desprotegidas ante la exposición al VIH por motivos biológicos, psicológicos, sociales y culturales.

Si bien África es una de las regiones más perjudicadas del planeta, dentro de Europa, encontramos grandes desigualdades. En concreto, España supera el promedio de población afectada en el continente, siendo la mayoría de las nuevas infecciones causadas por las conductas sexuales de riesgo (Instituto de Salud Carlos III, 2011). Dichas infecciones, se producen mayoritariamente entre población joven que, en el 66 % de los casos, cuenta con niveles de educación secundaria o superior. Además, al igual que en el resto del mundo, el VIH-sida afecta de manera diferencial a hombres y mujeres (García-Sánchez, 2004).

Ante este panorama y para transformar la grave situación de la epidemia, la prevención del VIH-sida se ha revelado como una de las estrategias más eficaces (Auerbach, Hayes y Kandathil, 2006). Por un lado, se proponen intervenciones más centradas en el enfoque bio-médico como la circuncisión o la profilaxis de pre-exposición. Pero si bien estas han mostrado ciertos beneficios, también han dejado al descubierto posibles efectos secundarios y elevados costes (Hammer, 2011; Kalichman, 2009). Por otro lado, se plantean intervenciones de carácter psicosocial y comportamental que, con menores costes y sin presentar efectos secundarios, también han revelado su eficacia en diversos contextos (Kirby, Laris y Rolleri, 2007). En particular, en la medida en que se ha realizado una adaptación diferencial, según el entorno sociocultural y el propio perfil de los participantes.

Por ejemplo, el género ha mostrado su influencia en diversos aspectos asociados a la infección por VIH. Algunos autores han expuesto diferencias en las motivaciones que llevan al no uso del preservativo. Mientras los hombres se muestran más dirigidos a percibir elementos como la necesidad de controlar la excitación sexual, las mujeres presentan mayor tendencia a percibir irrupciones en el clima afectivo y emocional de la relación (Lameiras, Rodríguez, Calado y González, 2004). Otros estudios, presentan diferencias en términos de percepción de riesgo, mostrando los hombres una mayor sensación de invulnerabilidad que las mujeres (Navarro-Pertusa, Barberá y Reig, 2003). En cuanto a la autoeficacia, las mujeres parecen presentar mayores puntuaciones en aquellas situaciones asociadas al ámbito privado, como el miedo a que la pareja le rechace por plantear el uso del preservativo, mientras los hombres parecen ser más autoeficaces en situaciones de ámbito público, como comprar el preservativo (Ballester, Gil, Ruiz y Giménez, 2013). No obstante, algunos autores muestran cómo los hombres usarían en mayor medida el preservativo para sus relaciones sexuales (Faílde, Lameiras y Núñez, 2007). Probablemente, estas diferencias favorecen que la epidemia afecte de manera diferencial a hombres y mujeres. Sin embargo, en muchas de las intervenciones preventivas no se ha tenido en cuenta el género de las personas, dejando así de atender estas posibles diferencias (López-Sáez, Morales y Lisbona, 2008; Mestre, Samper, Frías y Tur, 2009).

Por este motivo, el presente trabajo busca analizar la influencia que el género puede tener en las intervenciones preventivas para la transmisión del VIH-sida en población joven. En esta ocasión, el interés se esfuerza en el colectivo universitario puesto que ha sido demostrado, al igual que en el resto de población joven, que el cursar estudios superiores no le exime de ciertos riesgos sexuales (Sipsma, Carrobles, Montorio y Everaerd, 2000), como su elevada exposición a la infección por VIH-sida (Ballester, Gil, Edo y Giménez, 2007).

Método

El presente estudio se basó en un diseño de intervención de comparación entre grupos en el que, para su análisis, los distintos participantes fueron asignados a los grupos en función de su género.

Participantes

Ciento veintidós estudiantes universitarios de la Universitat Jaume I de Castellón (UJI) y de la Universitat de València (UV) se involucraron en el presente estudio. Con respecto a la distribución por género, la proporción de hombres y mujeres fue similar, ya que el total de la muestra está compuesto por un 55 % de mujeres y un 45 % de hombres. En relación a la edad, los participantes eran jóvenes, con un promedio de edad en torno a los 20 años ($x = 20,72$;

DT = 1,78) y un rango comprendido entre 18 y 24 años. En cuanto a la orientación sexual, entre los participantes prevalece la orientación heterosexual (91 %), seguida de la orientación homosexual (5 %) y bisexual (2 %). Sin embargo, una minoría de la muestra optó por no contestar esta pregunta (2 %). Por último, cabe señalar que el 77 % de los participantes informaron tener experiencia sexual.

Instrumento

Con el fin de llevar a cabo las evaluaciones del estudio, ha sido utilizado el Cuestionario para la Prevención del Sida de Ballester, Gil, Guirado y Bravo (Ballester, Gil y Giménez, 2007). Este instrumento de evaluación contiene un total de 65 ítems con diferentes formatos de pregunta: 29 preguntas dicotómicas, 23 que emplean la escala tipo Likert, 8 cuestiones de elección múltiple y 5 preguntas abiertas.

Los constructos incluidos en este cuestionario, están relacionados con la información, las creencias y actitudes, la autoeficacia, la intención de conducta y el propio comportamiento. En cuanto al contenido, se incluyen aspectos sobre las vías de transmisión del VIH, los métodos de prevención, el impacto del VIH en el organismo y la solidaridad hacia las personas infectadas.

Dados los objetivos del estudio, se escogieron una serie de variables dependientes que permitían analizar el cambio diferencial de la realización de la conducta preventiva por parte de los participantes. Las variables fueron las cuatro siguientes: información sobre las vías de transmisión del VIH-sida, temor percibido hacia el VIH-sida, ventajas asociadas al uso del preservativo y realización de sexo seguro. En la última variable se atiende al sexo seguro según la práctica (coito vaginal, sexo oral y coito anal) y el tipo de pareja (estable o esporádica).

Además, dadas las características de la presente investigación, se empleó tanto la versión pretest, como la versión posttest del instrumento. La versión pretest está formada por 65 ítems y fue administrada antes de la intervención, mientras la versión posttest compuesta de 54 ítems, se empleó para recoger la información una vez realizadas las estrategias de intervención (posttest, 1.^{er} seguimiento y 2.^o seguimiento). La primera versión, contiene más ítems por incluir variables disposicionales, como la orientación sexual, que no se espera que varíen a lo largo del tiempo.

En cuanto a sus características psicométricas, la fiabilidad se analizó valorando la consistencia interna del instrumento, obteniéndose un alfa de Cronbach de 0,70. La fiabilidad test-retest se llevó a cabo con 100 sujetos que pertenecían a un grupo control dentro del marco de una investigación en la que se evaluaba la eficacia de un programa de prevención. A estos 100 sujetos se les evaluó en una primera ocasión y se les aplicó nuevamente el instrumento dos semanas después. La correlación obtenida fue de 0,83. Además, obtuvo una buena puntuación de validez concurrente, 0,79, con la Encuesta sobre Sida (Ballester, Gil y Giménez, 2007).

Procedimiento

El diseño de investigación se llevo a cabo durante 12 meses, distribuidos en cuatro fases: difusión de la investigación y selección de la muestra, evaluación pretest, desarrollo de los componentes de intervención y evaluaciones posteriores (posttest, 1.^{er} seguimiento y 2.^o seguimiento).

En un momento inicial, se llevó a cabo la divulgación de la información sobre el estudio, a través de folletos y carteles informativos, en los distintos campus de las universidades. Las personas interesadas, mantuvieron una charla informativa con el personal del proyecto en la que se les informó sobre los objetivos y naturaleza del mismo, así como de la confidencialidad y anonimato de los datos. Una vez obtenido el consentimiento informado de los participantes, se realizó una evaluación previa con la versión pretest del instrumento con el fin de poder examinar, más tarde, las diferencias dependientes del género en las cuatro variables citadas.

En una tercera fase tuvo lugar la intervención experimental que, basada en los modelos sociocognitivos, contenía tres componentes de intervención fundamentales: información, actitudes y comportamiento. Dentro de las técnicas basadas en el componente informacional, se encontraban la charla informativa en la que los participantes podrían mantener una actitud pasiva ante la exposición de contenidos y la navegación por web. Durante esta intervención, los participantes debían acceder de manera activa a una página web con similares contenidos. El componente actitudinal estuvo integrado por una intervención basada en un grupo de discusión, otra relacionada con la emisión de imágenes y mensajes aversivos y, una última, en la que un paciente con VIH compartía su experiencia con los participantes. Por último, el componente comportamental, se desarrolló a partir de un juego de roles en el que se trabajaban situaciones problemáticas, así como las destrezas para colocar el preservativo. En la última fase, se realizó una evaluación posterior con la versión posttest en tres momentos diferentes: inmediatamente después de la aplicación de las estrategias de intervención, un mes más tarde y al cabo de cuatro meses.

Análisis estadístico

Por un lado, se llevaron a cabo estadísticos descriptivos de las variables de interés y, por otro, se realizaron una serie de análisis diferenciales para comprobar el posible impacto del género en los resultados de las intervenciones. Para aquellas variables dicotómicas relacionadas con la conducta de sexo seguro, se llevó a cabo una prueba chi-cuadrado, mientras para las variables sobre conocimiento y actitudes medidas en escala tipo Likert, se realizó una prueba t. Asimismo, con el fin de analizar las posibles diferencias obtenidas por cada uno de los grupos (hombres y mujeres) en los distintos momentos de evaluación, se calculó el Análisis de Varianza (ANOVA) para las escalas Likert y la F de Friedman para aquellas variables relacionadas con el sexo seguro. Todos los análisis se realizaron a través del paquete estadístico SPSS-19.

Resultados

Información sobre las vías de transmisión

Tal y como se aprecia en la tabla 1, tanto los hombres como las mujeres han mostrado una mejora significativa en esta variable. Sin embargo, atendiendo al ANOVA, parece que el impacto haya sido mayor en el caso de las mujeres. En líneas generales, considerando que el rango de resultados está comprendido entre 0 (nada) y 4 (mucho), observamos que los valores del segundo seguimiento son elevados.

Tabla 1
Efecto diferencial sobre «Información real sobre vías transmisión»

Grupo	Pre M(DT)	Post M(DT)	1.º seguimiento M(DT)	2.º seguimiento M(DT)	ANOVA
Hombre	3,25 (0,84)	3,80 (0,39)	3,77(0,42)	3,78(0,41)	$F_{(1,92)} = 14,06$ $p = 0,001$
Mujer	3,03 (0,72)	3,75(0,46)	3,62(0,58)	3,66(0,54)	$F_{(1,36)} = 26,24$ $p \leq 0,001$
t	$t_{(119)} = 1,41$ $p = 0,161$	$t_{(115)} = 0,66$ $p = 0,511$	$t_{(103)} = -1,61$ $p = 0,108$	$t_{(92)} = 0,76$ $p = 0,448$	

Temor percibido de infectarse por VIH

En la segunda tabla, a partir del ANOVA, se observa cómo solamente las mujeres, mejoran de manera significativa. Por su parte, los hombres parecen mostrar cierta mejoría, sobre todo a largo plazo, aunque no alcancen significación estadística. Según el análisis de la prueba t, no hay diferencias entre hombres y mujeres en los distintos seguimientos.

Tabla 2
Efecto diferencial sobre «Temor percibido de infectarse por VIH»

Grupo	Pre M(DT)	Post M(DT)	1.º Seguim M(DT)	2.º Seguim M(DT)	ANOVA
Hombre	63,45 (37,57)	68,38 (37,02)	67,29 (38,04)	71,81 (35,90)	$F_{(1,36)} = 0,34$ $p = 0,561$
Mujer	69,92 (37,52)	68,77 (37,06)	78,24 (33,14)	76,84 (34,40)	$F_{(1,58)} = 6,35$ $p = 0,014$
t	$t_{(120)} = -0,93$ $p = 0,352$	$t_{(116)} = -0,57$ $p = 0,995$	$t_{(103)} = -1,57$ $p = 0,120$	$t_{(94)} = -0,86$ $p = 0,495$	

Ventajas del uso del preservativo

En esta variable (véase tabla 3), de nuevo son las mujeres las que muestran una mejora con diferencias significativas estadísticamente. Dicha mejora es mantenida a lo largo de los seguimientos mientras, en el caso de los hombres, el aumento del postest, desciende en el resto de evaluaciones.

Tabla 3
Efecto diferencial sobre «Ventajas en el uso del preservativo»

Grupo	Pre M(DT)	Post M(DT)	1.º Seguim M(DT)	2.º Seguim M(DT)	ANOVA
Hombre	3,65(1,66)	3,76(1,35)	3,59(1,35)	3,59(1,35)	$F_{(1,103)} = 6,36$ $p = 0,714$
Mujer	3,20(1,17)	3,31(1,08)	3,49(0,92)	3,49(0,92)	$F_{(1,60)} = 4,33$ $p = 0,042$
t	$t_{(120)} = 1,76$ $p = 0,087$	$t_{(116)} = 2,01$ $p = 0,047$	$t_{(103)} = 0,44$ $p = 0,656$	$t_{(94)} = 0,44$ $p = 0,656$	

Sexo seguro

Tal y como se observa en la tabla 4, los hombres obtienen resultados significativos para todas las variables, mientras la mejora de las mujeres se da en el sexo oral, el sexo anal y la pareja esporádica. Es cierto, sin embargo, que las mujeres también mejoran en el resto de las variables, pero no alcanzan la significación estadística.

Tabla 4
Efecto diferencial sobre «sexo seguro»

Práctica		Pre	Post	1.º Seguim	2.º Seguim	FRIEDMAN
Vaginal (%)	H	54	80	28	93	≤.001
	M	70	76	76	79	.354
	Chi ² ₍₁₎ p	3,15 0,760	0,26 0,607	0,58 0,444	4,45 0,035	
Oral (%)	H	31	33	69	73	≤.001
	M	43	67	60	55	.006
	Chi ² ₍₁₎ p	1,96 0,161	0,03 0,852	1,15 0,283	3,97 0,046	
Anal (%)	H	84	94	96	96	≤.001
	M	79	88	92	94	.003
	Chi ² ₍₁₎ p	0,41 0,524	1,54 0,213	0,82 0,366	0,35 0,553	
Pareja estable (%)	H	58	80	80	93	.002
	M	70	76	79	74	.404
	Chi ² ₍₁₎ p	1,89 0,169	0,26 0,607	0,15 0,903	6,94 0,008	
Pareja esporádica (%)	H	76	93	94	96	≤.001
	M	85	95	94	98	.008
	Chi ² ₍₁₎ p	1,49 0,221	0,43 0,509	0,01 0,903	0,57 0,447	

Discusión

En el presente trabajo se ha analizado la posible influencia del género, en los resultados derivados de una intervención preventiva para la infección por VIH-sida. Tal y como planteaban nuestras hipótesis, los elementos de intervención han obtenido cierta mejoría en la mayoría de las variables. Este hecho, apoya los resultados derivados de investigaciones previas, que señalaban la eficacia de las estrategias basadas en componentes sociocognitivos para el fomento de los factores de protección en la prevención del VIH-sida (Kirby *et al.*, 2007). Asimismo, los resultados confirman que las mejorías alcanzadas no siempre se dan a corto plazo (Albarracín, Durantini y Earl, 2006) sino, como en el caso del temor percibido o el sexo seguro en ciertas prácticas, a lo largo de los seguimientos.

Por otro lado, tal y como se proponía en la segunda hipótesis, la mejoría expresada por los participantes se ha mostrado diferencial, en función de su género. Así pues, no solamente hombres y mujeres divergen en las características que les exponen al riesgo de infección (Ballester *et al.*, 2013; Lameiras *et al.*, 2004; Navarro-Pertusa *et al.*, 2003), sino también, en el cambio que muestran tras la participación en estrategias preventivas.

Tal y como han manifestado otros autores (Ateka y Selwyn, 2007), las mujeres arrojan mejores resultados en aquellas variables asociadas a las actitudes y las creencias, como sería el caso de «el temor percibido ante la infección por VIH-sida» o las «ventajas asociadas al uso del preservativo». Por otro lado, si bien las mujeres mejoran en la variable «sexo seguro» en distintas situaciones, los hombres muestran una evolución más positiva en la misma. Este resultado, confirma investigaciones previas en las que los hombres han revelado cambios más consistentes en las variables conductuales (Ballester *et al.*, 2009).

Así pues, dados los resultados obtenidos, se podría confirmar la existencia de un impacto diferencial de los elementos de intervención preventivos en función del género, entre estos participantes jóvenes. Sin embargo, es cierto que las diferencias de género no se dan con tanta intensidad como en otro tipo de poblaciones jóvenes (Younge, 2006). Este fenómeno, ya ha sido observado en algunos estudios desarrollados con población similar que han mostrado mayor equiparación entre los resultados de hombres y mujeres, en cohortes más recientes (Lameiras, Rodríguez y Dafonte, 2002). Probablemente, el hecho de construir la intervención en un contexto universitario donde existe cierta igualdad en la distribución de recursos y niveles educativos lo facilita, tal y como ha ocurrido en otras experiencias, donde se ha observado cómo a medida que se generaban condiciones de igualdad, el comportamiento de las mujeres se aproximaba al de los hombres (Singh, Wulf, Samara y Cuca, 2000). De igual forma, aun considerándose un contexto con mayor equidad, ciertas diferencias de género aparecen (Navarro-Pertusa, Reig-Ferrer, Heredia y Cascales, 2006).

Lógicamente, todos estos resultados, cabe considerarlos a la luz de algunas limitaciones que el estudio presenta. En primer lugar, el que ciertas restricciones metodológicas (derivadas de la duración del curso académico) impidieran contar con un plazo temporal más largo en los seguimientos, para así analizar el impacto diferencial de las intervenciones durante más tiempo. En segundo lugar, habría sido deseable incluir un mayor número de personas participantes, lo que podría dotar al estudio de estadísticos más potentes. También, el hecho de incluir otras variables como la orientación sexual o la experiencia sexual previa, permitiría incluir más variables relacionadas para así analizar su vínculo respecto al género.

De cualquier forma, dichos limitantes no minimizan el valor del presente estudio. En la medida en que, estos hallazgos, reafirman la validez de las estrategias de prevención socio-cognitivas para mejorar los factores de protección ante el VIH-sida y muestran, a su vez, el impacto diferencial que tienen en función del género de los participantes. A partir de lo anterior, con el interés de mejorar la eficacia de las intervenciones preventivas, se plantea la necesidad

de seguir progresando en el análisis de la población participante; así como en el diseño de estrategias de intervención que, de manera ajustada, atiendan a aquellas variables que parecen ser más resistentes, diferencialmente, para hombres y mujeres.

Referencias bibliográficas

- Albarracín, D., Durantini, M. & Earl, A. (2006). Empirical and Theoretical Conclusions of an Analysis of Outcomes of HIV-Prevention Interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 15, 73-78.
- Ateka, G. K. & Selwyn, B. J. (2007). Adolescent human immunodeficiency virus and sexually transmitted disease prevention programmes: are gender-blind approaches justified? *Public Health*, 121, 682-689.
- Auerbach, J., Hayes, R. & Kandathil, S. (2006). Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection en Evidence from Developing Countries (*WHO Technical Report Series*, 938). Recuperado el 8 de mayo, 2009 de http://www.unfpa.org/upload/lib_public_file/633_filename_preventing.pdf.
- Ballester, R, Gil, M. D., Edo, M. & Giménez, C. (2007). Evolución y diferencias de género en la intención de conducta respecto a la prevención del VIH en jóvenes universitarios: años 1999-2006. Sesión de cartel presentada en el X Congreso Nacional del Sida, San Sebastián, España.
- Ballester, R., Gil, M. D. & Giménez, C. (2007). El "Cuestionario de Prevención del Sida (CPS): Análisis de la fiabilidad y validez. Sesión de cartel presentada en el X Congreso Nacional del Sida, San Sebastián, España.
- Ballester, R., Gil, M. D., Giménez, C. & Ruiz, E. (2009). Actitudes y conductas sexuales de riesgo para la infección por VIH/sida en jóvenes españoles. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 3, 181-191.
- Ballester, R., Gil, M. D., Ruiz, E. & Giménez, C. (2013). Autoeficacia en la prevención sexual del Sida: la influencia del género. *Anales de Psicología*, 29, 76-82.
- Fáilde, J., Lameiras, M. & Núñez, A. M. (2007). Conducta sexual segura y hábitos de salud en jóvenes españoles de 14 a 24 años. *SUMMA Psicológica UST*, 4, 21-33.
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18, 47-54.
- Instituto de Salud Carlos III (2011). Nuevos diagnósticos de infección por VIH en clientes de una red de centros específicos de VIH/ITS, 2003-2009. Recuperado el 1 de septiembre, 2012 de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/InformeNuevosDiagnosticos_2003_2009.pdf.
- Hammer, S. M. (2011). Antiretroviral Treatment as Prevention. *The New England Journal of Medicine*, 365, 561-562.
- Kalichman, S. (2009). The current state of HIV prevention: recent advances and new challenges. En Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (ed.), *Promocionando el bienestar: VII Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología* (p. 49). Castellón: Universitat Jaume I.
- Kirby, D., Laris, B. A. & Roller, L. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviours of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-207.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. & González, M. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychological*, 3, 27-34.

- López-Sáez, M., Morales, J. F. & Lisbona, A. (2008). Evolution of Gender Stereotypes in Spain: Traits and Roles. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 609-617.
- Mestre, M. V.; Samper, P., Frías, M. D. & Tur, A. M. (2009). Are Women More Empathetic than Men? A Longitudinal Study in Adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, 12, 76-83.
- Navarro-Pertusa, E., Barberá, E. & Reig, A. (2003). Diferencias de género en motivación sexual. *Psicothema*, 15, 395-400.
- Navarro-Pertusa, E., Reig-Ferrer, A., Heredia, E. & Cascales, R. (2006). Grupo de iguales e iniciación sexual adolescente: Diferencias de género. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 79-96.
- Singh, S., Wulf, D., Samara, R. & Cuca, Y. (2000). Gender Differences in the Timing of First Intercourse: Data from 14 Countries. *International Family Planning Perspectives*, 26, 21-43.
- Sipsma, E., Carrobes, J. A., Montorio, I. & Everaerd, W. (2000). Sexual Aggression Against Women by Men Acquaintances: Attitudes and Experiences among Spanish University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 3, 14-27.
- UNAIDS- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2012). 2012 UNAIDS World AIDS Day Report – Results. Recuperado el 10 de septiembre, 2012 de <http://www.unaids.org/es/resources/publications/2012/>.
- UNAIDS- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2012). Women out loud: How women living with HIV will help the world end AIDS. Recuperado el 10 de septiembre, 2012 de <http://www.unaids.org/es/resources/publications/2012/>.
- Younge, S. (2006). The role of interpersonal power in the HIV protective behavior of low-income African American women. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 66, 5075.