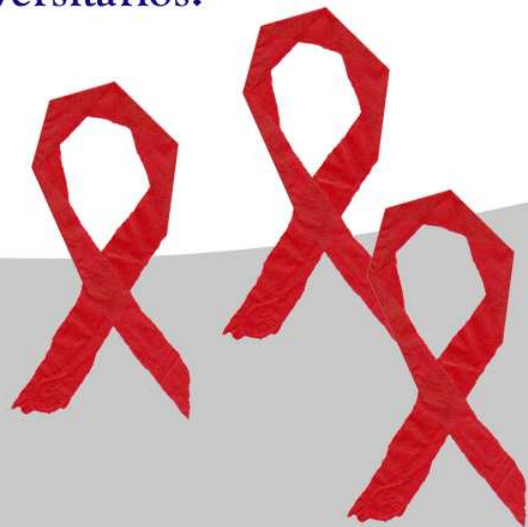


Eficacia diferencial de distintas estrategias de
prevención del SIDA para promoción del sexo
seguro y la realización de las pruebas diagnósticas
del VIH en estudiantes universitarios.



Tesis doctoral

Presentada por: Cristina Giménez García

Dirigida por: Dr. Rafael Ballester Arnal

Castellón de la Plana, 2008



Universitat Jaume I
Facultad de Ciencias Humanas y Sociales
Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología

Eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del SIDA para promoción del sexo seguro y la realización de las pruebas diagnósticas del VIH en estudiantes universitarios.

Tesis doctoral

Presentada por: Cristina Giménez García
Dirigida por: Dr. Rafael Ballester Arnal

Castellón de la Plana, 2008

Este trabajo de investigación se deriva de un proyecto financiado por la Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España, aprobado dentro del área de prevención en su V Convocatoria (Ref. 14.436).

Agradecimientos.

Inicio estas páginas consciente del privilegio que supone, en estos días, poder reflexionar y aprender sobre lo que una ama. Más todavía, reconociendo el privilegio que supone el estar tan bien acompañada en este camino que voy recorriendo y que hoy me permite escribir estas palabras. Quizá por eso se hace complejo pedirle a esas mismas palabras que, en breves líneas, transmitan toda la gratitud y el aprecio que siento.

En primer lugar, quisiera agradecer a Rafael Ballester la dedicación, el cariño, la sabiduría y el esfuerzo que ha dedicado a este trabajo. Pero más todavía, quisiera agradecerle que cada día nos ayude, a todos y todas los que le rodeamos, a seguir aprendiendo y a seguir queriendo la Psicología.

En segundo lugar, quisiera agradecer a mi familia (en especial a mis padres) y también a Guille porque desde siempre han mimado mis alas y también mis sueños, desde donde quisiera que reposaran mis pies. Porque me han enseñado a ser y estar en el mundo y me han demostrado, a diario, que las cosas se pueden hacer de otra manera.

Por supuesto, quisiera agradecer a Loli, a Jose y a Maite por compartir conmigo su esfuerzo y sus sueños a través de este trabajo. También a Rosana, sé que sin ellos no hubiera sido posible llevarlo a cabo.

De igual forma, quisiera agradecer a Estefanía, Sandra, Cris y Bea por compartir conmigo el aprendizaje diario, los temores y los retos y, por supuesto, también sus sonrisas.

No quisiera terminar estas líneas sin dedicarle estas páginas y muchas otras (pasadas y futuras) a todas aquellas personas a las que, por la injusticia que alimentamos, todavía no podemos llegar a través de la promoción de la salud y la prevención de riesgos. A todas aquellas personas que, desde tantos rincones del planeta, no pueden acceder a una calidad de vida digna.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 1. EPIDEMIOLOGÍA.....	9
1.1. LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL SIDA.	9
1.2. ELEMENTOS EXPLICATIVOS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAPANDEMIA.	12
1.3. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO POR GRUPOS DE POBLACIÓN.....	20
1.3.1. Las mujeres ante el Sida.	20
1.3.2. Infancia y Sida.	23
1.3.3. Usuarios de drogas intravenosas y trabajadores comerciales del sexo.....	27
1.3.4. Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.....	29
1.3.5. Adultez tardía.....	32
1.3.6. Jóvenes.....	33
1.4. EPIDEMIOLOGÍA POR TERRITORIO.	35
1.4.1. Situación en España.	35
1.4.2. Situación en la Comunidad Valenciana.	40
CAPÍTULO 2. PROMOCIÓN DE LA SALUD:PROPUESTAS Y MODELOS TEÓRICOS.....	46
2.1. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD.	60
2.2. TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA.....	64
2.3. MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL: TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE BANDURA.	71
2.4. MODELO DE ETAPA DE CAMBIOS.....	77
2.5. MODELO DE BAYÉS.....	84
2.6. MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PRECEDE/PROCEED.	89
CAPÍTULO 3. FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH-SIDA.....	100
3.1. VARIABLES PERSONALES FÍSICAS/DEMOGRÁFICAS.....	102
3.1.1.Condiciones de salud física.....	102
3.1.2.Sexo.....	103
3.1.3.Maduración física temprana.	103
3.1.4.Edad.....	103

3.1.5.Edad de inicio de las relaciones.	104
3.1.6.Tipo de práctica sexual.....	104
3.1.7.Consumo de alcohol y otras drogas.	105
3.2. VARIABLES PSICOLÓGICAS.	106
3.2.1.Género.	106
3.2.2.Falta de conocimientos relacionados con VIH y Sexualidad.	106
3.2.3.Orientación del deseo sexual.	107
3.2.4.Percepción y creencias asociadas a la sexualidad.	108
3.2.5.Percepción del VIH: probabilidad y gravedad percibida.....	109
3.2.6.Percepción de los métodos de prevención.	109
3.2.7.Rasgos y dimensiones de personalidad.	110
3.2.8.Estado de ánimo depresivo.	111
3.2.9.Autoestima.	111
3.2.10.Habilidades sociales.....	112
3.2.11.Estilo de vida general relacionado con la salud.	113
3.2.12.Historia previa de uso del preservativo.	113
3.2.13.Estilos de procesamiento de la información.	113
3.3. VARIABLES SOCIALES Y MEDIOAMBIENTALES.....	116
3.3.1.Nivel educativo.	116
3.3.2.Religión.	116
3.3.3.Tipo de relación afectivo sexual con la pareja.	116
3.3.4.Influencia del grupo de amigos.....	118
3.3.5.Relación familiar.	119
3.3.6.Fuentes de información.	119
3.3.7.Tradición cultural sexual.....	120
3.3.8.Acceso a servicios básicos de salud.	120
3.3.9.Condiciones económicas de la región.	121
CAPÍTULO 4. EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN EL ÁMBITO DE LA INFECCIÓN POR VIH	123
4.1. ESTRATEGIAS BASADAS EN LA INFORMACIÓN.....	128
4.2. ESTRATEGIAS BASADAS EN LAS EMOCIONES AVERSIVAS	130
4.3. ESTRATEGIAS BASADAS EN LAS ACTITUDES.....	131
4.4. ESTRATEGIAS BASADAS EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.....	133
4.5. ESTRATEGIAS BASADAS EN EL ENTRENAMIENTO EN DESTREZA DEL USO DEL PRESERVATIVO.....	135
4.6. ESTRATEGIAS BASADAS EN LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS.....	136

4.7. ESTRATEGIAS BASADAS EN LA SOLIDARIDAD ANTE PERSONAS AFECTADAS.	138
4.8. ESTRATEGIAS SEGÚN AGENTES DE INTERVENCIÓN	139
CAPÍTULO 5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	152
5.1. OBJETIVOS.....	153
5.2. HIPÓTESIS.....	154
CAPÍTULO 6. METODOLOGÍA	157
6.1. DISEÑO.....	157
6.2. MUESTRA.	159
6.3. VARIABLE INDEPENDIENTE.....	164
6.3.1. Estrategias de intervención.	164
6.3.2. Facilitador.....	167
6.4. VARIABLE DEPENDIENTE.	168
6.5. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.	169
6.6. PROCEDIMIENTO.....	174
6.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.	178
CAPÍTULO 7. RESULTADOS.....	182
7.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.	183
7.1.1. Información	184
7.1.2. Actitudes y creencias.	189
7.1.3. Comportamiento sexual.....	203
7.1.4. Intención de conducta	212
7.1.5. Pruebas de detección de anticuerpos.....	215
7.1.6. Solidaridad	220
7.2. ANÁLISIS DIFERENCIALES.....	221
7.2.1. Análisis diferenciales de la eficacia de las intervenciones en función del tipo de estrategia utilizada	222
7.2.1.1. <i>Información</i>	223
7.2.1.2. <i>Actitudes y creencias</i>	227
7.2.1.3. <i>Realización de conductas preventivas</i>	239
7.2.1.4. <i>Intención de conducta preventiva</i>	247
7.2.1.5. <i>Pruebas de detección de anticuerpos</i>	256
7.2.1.6. <i>Solidaridad</i>	260

7.2.2. Análisis de la valoración subjetiva de las estrategias según la muestra.	265
7.2.3. Análisis diferenciales de la eficacia de las intervenciones en función del tipo de facilitador.	267
7.2.3.1. Información.	268
7.2.3.2. Actitudes y creencias.	271
7.2.3.3. Realización de conducta preventiva.	280
7.2.3.4. Intención de conducta preventiva.	285
7.2.3.5. Pruebas de detección de anticuerpos.	291
7.2.3.6. Solidaridad.	294
7.2.4. Análisis diferenciales de la eficacia de las intervenciones en función del sexo.	298
7.2.4.1. Información.	298
7.2.4.2. Actitudes y creencias.	301
7.2.4.3. Realización de conducta preventiva.	309
7.2.4.4. Intención de conducta preventiva.	315
7.2.4.5. Prueba de detección de anticuerpos.	321
7.2.4.6. Solidaridad.	324
CAPÍTULO 8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.	330
8.1. CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS.	331
8.2. EFICACIA DIFERENCIAL SEGÚN EL TIPO DE ESTRATEGIA.	334
8.3. EFICACIA DIFERENCIAL SEGÚN EL TIPO DE FACILITADOR.	340
8.4. EFICACIA DIFERENCIAL SEGÚN EL SEXO DE LA MUESTRA.	342
CAPÍTULO 9. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA.	349
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de la muestra por carreras universitarias	160
Tabla 2. Estructura del instrumento de evaluación (CPS)	170
Tabla 3. Cronograma temporal del diseño de procedimiento	177
Tabla 4. Porcentaje promedio de atribución de riesgo de la muestra en función del sexo	191
Tabla 5. Temor percibido asociado al VIH de la muestra en función del sexo.....	192
Tabla 6. Puntuaciones medias de la percepción de la Autoeficacia desglosada en la muestra.	200
Tabla 7. Análisis de medidas repetidas en “Información percibida” según las distintas estrategias de intervención	223
Tabla 8. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Información percibida”	223
Tabla 9. Análisis de medidas repetidas en “Información real” según las distintas estrategias de intervención.	225
Tabla 10. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Información Real”	225
Tabla 11. Análisis de medidas repetidas en “Información sobre vías de transmisión sexual” según las distintas estrategias de intervención.	226
Tabla 12. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Información sobre vías de transmisión sexual”.	226
Tabla 13. Análisis de medidas repetidas en “Relevancia de salud” según las distintas estrategias de intervención.....	228
Tabla 14. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Relevancia de Salud”.	228
Tabla 15. Análisis de medidas repetidas en “Probabilidad percibida de Infectarse por VIH” según las distintas estrategias de intervención.....	229
Tabla 16. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Probabilidad percibida de infectarse por VIH”.	229
Tabla 17. Análisis de medidas repetidas en “temor al VIH” según las distintas estrategias de intervención	230
Tabla 18. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “temor al VIH”.	230

Tabla 19. Análisis de medidas repetidas en “Gravedad percibida” según las distintas estrategias de intervención.....	231
Tabla 20. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Gravedad percibida”.	231
Tabla 21. Análisis de medidas repetidas en “Confianza en el uso del preservativo” según las distintas estrategias de intervención.	233
Tabla 22. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Confianza en el uso del preservativo”.	233
Tabla 23. Análisis de medidas repetidas en “Dificultades del uso del preservativo” según las distintas estrategias de intervención.	234
Tabla 24. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Dificultades del uso del preservativo“.	234
Tabla 25. Análisis de medidas repetidas en “Ventajas del uso del preservativo” según las distintas estrategias de intervención.	235
Tabla 26. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Ventajas del uso del preservativo”.....	236
Tabla 27. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Creencias normativas”	237
Tabla 28. Análisis de medidas repetidas en “Autoeficacia general” según las distintas estrategias de intervención.....	238
Tabla 29. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Autoeficacia General”.....	239
Tabla 30. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo en coito vaginal”.....	240
Tabla 31. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo en sexo oral”.	241
Tabla 32. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo en coito anal”.	242
Tabla 33. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo en pareja estable”.	243
Tabla 34. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo pareja esporádica”.	244
Tabla 35. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso	

preservativo con drogas”.....	245
Tabla 36. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Conducta preventiva tras infidelidad”.	247
Tabla 37. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención de conducta preventiva tras infidelidad”.	248
Tabla 38. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo en coito vaginal”	249
Tabla 39. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo en sexo oral”.	250
Tabla 40. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo en coito anal”.	251
Tabla 41. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo en pareja estable”.	252
Tabla 42. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo en pareja esporádica”.	253
Tabla 43. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo con drogas”.....	254
Tabla 44. Análisis de medidas repetidas en “Información sobre prueba detección anticuerpos” según distintas estrategias de intervención.	256
Tabla 45. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Información sobre prueba detección anticuerpos”.	256
Tabla 46. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “la intención de realizarse la prueba”.	257
Tabla 47. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “preguntar a la pareja sobre la prueba”.	258
Tabla 48. Análisis de medidas repetidas en “Percepción sobre solidaridad social” según las distintas estrategias de intervención.	260
Tabla 49. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Percepción sobre solidaridad social”.	260
Tabla 50. Análisis de medidas repetidas en “Solidaridad hacia un amigo portador” según las distintas estrategias de intervención.	261
Tabla 51. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Solidaridad hacia un amigo portador”.	261

Tabla 52. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Solidaridad con persona desconocida portadora”.....	262
Tabla 53. Valoración por parte de la muestra de las distintas estrategias preventivas (I)	265
Tabla 54. Valoración por parte de la muestra de las distintas estrategias preventivas (II)	265
Tabla 55. Análisis de medidas repetidas en “Información percibida” según el facilitador.....	268
Tabla 56. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Información percibida”	268
Tabla 57. Análisis de medidas repetidas en “Información Real” según el facilitador.....	269
Tabla 58. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Información real”.....	269
Tabla 59. Análisis de medidas repetidas en “Información sobre vías de transmisión sexual” según facilitador.....	270
Tabla 60. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Información sobre vías de transmisión sexual”	270
Tabla 61. Análisis de medidas repetidas en “Relevancia de Salud” según facilitador.....	271
Tabla 62. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Relevancia de Salud”.	271
Tabla 63. Análisis de medidas repetidas en “Probabilidad percibida de infectarse por VIH” según facilitador.....	272
Tabla 64. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Probabilidad percibida de infectarse por VIH”.	272
Tabla 65. Análisis de medidas repetidas en “temor al VIH” según facilitador.	273
Tabla 66. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “temor al VIH”.....	273
Tabla 67. Análisis de medidas repetidas en “Gravedad percibida” según facilitador.	274
Tabla 68. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Gravedad percibida”	274

Tabla 69. Análisis de medidas repetidas en “Confianza en el uso del preservativo” según facilitador.....	275
Tabla 70. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Confianza en el uso del preservativo”.....	275
Tabla 71. Análisis de medidas repetidas en “Dificultades del uso del preservativo” según facilitador.....	276
Tabla 72. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Dificultades del uso del preservativo“.....	276
Tabla 73. Análisis de medidas repetidas en “Ventajas del uso del preservativo” según facilitador.....	277
Tabla 74. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Ventajas del uso del preservativo”.....	277
Tabla 75. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Creencias normativas”.....	278
Tabla 76. Análisis de medidas repetidas en “Autoeficacia General” según facilitador.....	279
Tabla 77. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Autoeficacia General”.....	279
Tabla 78. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Frecuencia uso preservativo en coito vaginal”.....	281
Tabla 79. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo en sexo oral”.....	281
Tabla 80. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo en coito anal”.....	282
Tabla 81. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo en pareja estable”.....	283
Tabla 82. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo pareja esporádica”.....	283
Tabla 83. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo con alcohol/drogas”.....	284
Tabla 84. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Conducta preventiva tras infidelidad”.....	285

Tabla 85.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “intención de conducta tras una infidelidad”	286
Tabla 86.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “intención uso preservativo en coito vaginal”	287
Tabla 87.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “intención uso preservativo en sexo oral”	287
Tabla 88.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “intención uso preservativo en coito anal”	288
Tabla 89.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “intención uso preservativo en pareja estable”.	289
Tabla 90.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “intención uso preservativo pareja esporádica”.	290
Tabla 91.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “intención uso preservativo con alcohol/drogas”	290
Tabla 92.Cálculo de medidas repetidas en “Información sobre prueba detección anticuerpos” según facilitador	291
Tabla 93.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Información sobre prueba detección anticuerpos”.	291
Tabla 94.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “la intención de realizarse la prueba”	292
Tabla 95.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “preguntar a la pareja sobre la prueba”	293
Tabla 96.Análisis de medidas repetidas en “Percepción sobre solidaridad social” según facilitador	294
Tabla 97.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Percepción sobre solidaridad social”	294
Tabla 98.Análisis de medidas repetidas en “Solidaridad hacia un amigo portador” según facilitador	295
Tabla 99.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Solidaridad hacia un amigo portador”	295
Tabla 100.Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Solidaridad con un desconocido portador”	296

Tabla 101. Análisis de medidas repetidas en “Información percibida” según sexo	298
Tabla 102. Efecto diferencial según sexo sobre “Información percibida”	298
Tabla 103. Análisis de medidas repetidas en “Información sobre vías de transmisión” según sexo	299
Tabla 104. Efecto diferencial según sexo sobre “Información sobre vías de transmisión”	299
Tabla 105. Análisis de medidas repetidas en “Información real sobre vías transmisión sexual” según sexo	300
Tabla 106. Efecto diferencial según sexo sobre “Información real sobre vías transmisión sexual”	300
Tabla 107. Análisis de medidas repetidas en “Relevancia de Salud” según sexo	301
Tabla 108. Efecto diferencial según sexo sobre “Relevancia de Salud”	301
Tabla 109. Análisis de medidas repetidas en “Probabilidad percibida de infectarse por VIH” según sexo	302
Tabla 110. Efecto diferencial según sexo sobre “Probabilidad percibida de infectarse por VIH”	302
Tabla 111. Análisis de medidas repetidas en “Temor al VIH” según sexo	303
Tabla 112. Efecto diferencial según sexo sobre “Temor al VIH”	303
Tabla 113. Análisis de medidas repetidas en “Gravedad percibida” según sexo	304
Tabla 114. Efecto diferencial según sexo sobre “Gravedad percibida”	304
Tabla 115. Análisis de medidas repetidas en “Confianza en uso del preservativo” según sexo	305
Tabla 116. Efecto diferencial según sexo sobre “Confianza en uso del preservativo”	305
Tabla 117. Análisis de medidas repetidas en “Dificultades del uso del preservativo” según sexo	306
Tabla 118. Efecto diferencial según sexo sobre “Dificultades del uso del preservativo”	306
Tabla 119. Análisis de medidas repetidas en “Ventajas del uso del preservativo” según sexo	307

Tabla 120. Efecto diferencial según sexo sobre “Ventajas del uso del preservativo”	307
Tabla 121. Efecto diferencial según sexo sobre “Creencias normativas”	308
Tabla 122. Análisis de medidas repetidas en “Autoeficacia” según sexo.	308
Tabla 123. Efecto diferencial según sexo sobre “Autoeficacia”.	309
Tabla 124. Efecto diferencial según sexo sobre “Frecuencia uso preservativo en coito vaginal”.....	309
Tabla 125. Efecto diferencial según sexo sobre “Frecuencia uso preservativo en sexo oral”.	310
Tabla 126. Efecto diferencial según sexo sobre “Frecuencia uso preservativo en coito anal”.	311
Tabla 127. Efecto diferencial según sexo sobre “Frecuencia uso preservativo en pareja estable”.	312
Tabla 128. Efecto diferencial según sexo sobre “Frecuencia uso preservativo pareja esporádica”.	313
Tabla 129. Efecto diferencial según sexo sobre “Frecuencia uso preservativo con drogas”.....	313
Tabla 130. Efecto diferencial según sexo sobre “Conducta preventiva tras infidelidad”.....	315
Tabla 131. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención de conducta preventiva tras infidelidad”.	315
Tabla 132. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo en coito vaginal”.....	316
Tabla 133. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo en Sexo oral”.....	317
Tabla 134. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo en coito anal”.	317
Tabla 135. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo en pareja estable”.	318
Tabla 136. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo pareja esporádica”.	319
Tabla 137. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo con drogas”.....	320

Tabla 138. Análisis de medidas repetidas en “Información sobre prueba detección anticuerpos” según sexo.	321
Tabla 139. Efecto diferencial según sexo sobre “Información sobre prueba detección anticuerpos”.	321
Tabla 140. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención realización prueba detección”.	322
Tabla 141. Efecto diferencial según sexo sobre “preguntar a la pareja sobre la prueba”.	323
Tabla 142. Análisis de medidas repetidas en “Percepción sobre solidaridad social” según sexo.	324
Tabla 143. Efecto diferencial según sexo sobre “Percepción sobre solidaridad social”.	324
Tabla 144. Análisis de medidas repetidas en “Solidaridad con un amigo portador” según sexo.	325
Tabla 145. Efecto diferencial según sexo sobre “Solidaridad con un amigo portador”.	325
Tabla 146. Efecto diferencial según sexo sobre “Solidaridad con un desconocido portador”.....	326

ÍNDICE DE FIGURAS.

Figura 1. Mapa de distribución de la epidemia (ONUSIDA, 2007).....	10
Figura 2. Niños infectados por región a nivel mundial (UNICEF, 2005).....	24
Figura 3. Evaluación de la incidencia de casos de Sida en España hasta 2006	37
Figura 4. Población infectada según vías de transmisión en España (2005).....	38
Figura 5. Distribución casos Sida en Comunidad Valenciana	40
Figura 6. Distribución casos por vía transmisión en la Comunidad Valenciana	42
Figura 7. Construcción social de la salud (Calvo, 1992).....	48
Figura 8. Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, Strecher y Becker, 1980).....	61
Figura 9. Esquema de la Teoría de la acción razonada (Ajzen,1991)	65
Figura 10. Modelo de estados de cambio. Prochaska, DiClemente y NorCross, 1992.....	78
Figura 11. Modelo por etapas y procesos (basado Prochaska, DiClemente y NorCross, 1992).....	83
Figura 12. Esquema del Modelo de Bayés (1995)	85
Figura 13. Modelo PRECEDE/PROCEDE (Green y Simons-Morton, 1988).....	93
Figura 14. Composición de muestra por Universidad de procedencia.....	159
Figura 15. Distribución de muestra según facultades o escuela.....	160
Figura 16. Distribución de muestra según sexo	161
Figura 17. Distribución de muestra según edad.....	162
Figura 18. Distribución de la muestra por edad y sexo.....	162
Figura 19. Distribución de muestra según orientación del deseo sexual	163
Figura 20. Distribución de muestra según orientación de deseo sexual y sexo.....	163
Figura 21. Cartel informativo del proyecto.....	176
Figura 22. Percepción de la muestra sobre la propia información	184
Figura 23. Puntuación media de la información real de la muestra sobre las vías de transmisión del VIH.....	185
Figura 24. Porcentaje de población que tiene información real sobre las vías de transmisión del VIH en función del sexo.....	185

Figura 25. Puntuación Media de la información real sobre las vías de transmisión del VIH en función de orientación sexual	186
Figura 26. Información real de la muestra en función de la práctica sexual	186
Figura 27. Tipo de información recibida por parte de la muestra.....	188
Figura 28. Fuentes de información de la muestra sobre Sida	188
Figura 29. Importancia que la muestra atribuye a la salud.	190
Figura 30. Porcentaje de riesgo de infectarse percibido según sexo.....	190
Figura 31. Distribución de percepción de la muestra sobre la probabilidad de transmisión VIH según colectivos.....	192
Figura 32. Nivel de gravedad percibida por la muestra.	193
Figura 33. Creencia de la muestra sobre la curación para el sida.	193
Figura 34. Fiabilidad del preservativo.	194
Figura 35. Percepción de la fiabilidad del preservativo de la muestra en función del sexo	195
Figura 36. Dificultades percibidas ante el uso del preservativo	196
Figura 37. Ventajas percibidas del uso del preservativo	196
Figura 38. Autoeficacia de la muestra en conductas preventivas	201
Figura 39. Escala de promedios en autoeficacia de la muestra en función del sexo	202
Figura 40. Relaciones sexuales previas de la muestra	203
Figura 41. Prácticas sexuales realizadas por la muestra	204
Figura 42. Prácticas sexuales realizadas por la muestra en función de la orientación sexual	205
Figura 43. Porcentaje de muestra con pareja estable	205
Figura 44. Porcentaje de la muestra que cree haber mantenido relaciones de riesgo	206
Figura 45. N° veces que la muestra ha realizado práctica de riesgo	207
Figura 46. Uso de preservativo de la muestra en función de prácticas.	207
Figura 47. Uso del preservativo de la muestra bajo efectos alcohol/drogas.....	208
Figura 48. Uso de preservativo de la muestra según tipo de relación	208
Figura 49. Intención uso de preservativo de la muestra en situación de riesgo	210
Figura 50. Factores situacionales	211

Figura 51. Intención de uso de preservativo de la muestra ante situación sexual.	213
Figura 52. Intención uso de preservativo de la muestra en función de prácticas.....	214
Figura 53. Intención uso de preservativo de la muestra según tipo de relación afectivo sexual	215
Figura 54. Intención uso condón de la muestra bajo efectos drogas.....	215
Figura 55. Conducta preventiva de preguntar a la pareja si se ha realizado las pruebas de detección de anticuerpos.....	216
Figura 56. Intención de la muestra de hacerse las pruebas de detección próximamente..	217
Figura 57. Información de la muestra sobre las pruebas de detección de anticuerpos	218
Figura 58. Inconvenientes de la muestra para realizarse la prueba de detección de anticuerpos	219
Figura 59. Ventajas para la muestra de realizarse la prueba de detección de anticuerpos	220

INDICE DE CUADROS RESUMEN.

Cuadro resumen 1. Modelos teóricos sobre prevención de riesgos.	98
Cuadro resumen 2. Intervenciones de prevención de transmisión del VIH-Sida.	144
Cuadro resumen 3. Diseño de la investigación	158
Cuadro resumen 4. Eficacia diferencial de las estrategias de intervención.	264
Cuadro resumen 5. Eficacia diferencial según tipo de facilitador.	297
Cuadro resumen 6. Eficacia diferencial según tipo de sexo.	328

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

La epidemia del VIH-Sida ha generado un impacto psicosocial tan elevado, en las últimas décadas, que incluso ha variado la previsión de crecimiento estimado en algunos países del mundo (PNUD, 2006). Si bien es cierto que en la actualidad el panorama de los avances sociosanitarios ha mejorado en el tratamiento del VIH-Sida, las consecuencias que la infección tiene sobre las personas a nivel físico, psicológico y social distan mucho de haber mejorado. A lo largo de la radiografía mundial, y también en España, todavía hoy existen colectivos que tienen dificultad para seguir el tratamiento antirretroviral y sufren marginación por estar afectados directa o indirectamente. Está comprobado cómo el impacto del VIH-Sida no sólo recae en la población que posee el Virus de la Inmunodeficiencia Humana sino en todo su entorno. Probablemente, estos motivos influyen en que la epidemia del VIH-Sida sea reconocida a nivel mundial como uno de los problemas más graves de salud pública.

Si bien es cierto que el avance farmacológico facilitará la mejora de la situación, muchos autores han defendido la necesidad de trabajar en los aspectos psicosociales para erradicar la epidemia. Por un lado, en aquellos elementos que puedan mejorar las condiciones sociosanitarias de la población, como el acceso a la educación o a una alimentación adecuada. Por otro lado aquellos aspectos relativos a los componentes cognitivo-comportamentales, teniendo en cuenta que las conductas de riesgo son las vías que facilitan la transmisión del VIH entre la población.

Desde esta última perspectiva, es decir, desde la necesidad de profundizar en el conocimiento de los factores psicosociales que influyen en la realización de conductas de riesgo y, por supuesto, desde la urgencia de mejorar la facilitación de su cambio a través de estrategias de prevención de riesgos, se propone este proyecto de investigación. Su razón de ser se origina en tres hechos: primero, hoy por hoy, la prevención es el único medio eficaz de acabar con el Sida; segundo, los programas de prevención se han revelado eficaces en el cambio de las condiciones de riesgo y tercero, desconocemos cuáles son los ingredientes o elementos más eficaces en este cambio comportamental, que podrían optimizar la eficacia de los programas.

Para facilitar su lectura, el presente trabajo se estructura en cuatro partes diferenciadas: un marco teórico que abarca los cuatro primeros capítulos, un segundo apartado en el que se describe el proyecto de investigación y sus primeros resultados que cuenta con 2 capítulos, un tercer apartado en el que se exponen las principales conclusiones y una última sección donde se incluye la bibliografía y los anexos.

Reconocida la importancia de construir estrategias de acción locales que contemplen la globalidad, en la *primera parte* se inicia con un capítulo dedicado a la *epidemiología* que, si bien hace hincapié en las cifras y estadísticas regionales (sobre todo respecto a España y la Comunidad Valenciana) dirige su énfasis a reconocer las principales características de la población más afectada: las mujeres, la infancia, la adultez tardía, los usuarios de drogas intravenosas, la población que comercializa con el sexo, los hombres que tienen sexo con hombres y, por supuesto, también los jóvenes considerando que, en algunas regiones del mundo, el VIH-Sida constituye la primera causa de muerte de la población más joven. Con este breve análisis de la situación de la epidemia, se pretende reconocer los rasgos que caracterizan a la población siendo conscientes de que la eficacia de las intervenciones de prevención del VIH-Sida, mejorará en la medida en que se conozca el perfil sociodemográfico de la población receptora.

En un segundo capítulo se presentan *modelos teóricos* que, dentro de la psicología de la salud, han sido utilizados en la prevención de las conductas de riesgo. Teniendo en cuenta que el abordaje de la epidemia del VIH-Sida necesita una perspectiva multidimensional se han incluido, por una parte, modelos de corte cognitivo. Algunos más influidos por la perspectiva conductual como el Modelo de Creencias de Salud y otros más relacionados con la psicología social, como la Teoría de la Acción Planeada o la Teoría del Aprendizaje Social. Además, se ha incluido el Modelo de Etapas basado en las teorías de proceso o el Modelo PRECEDE-PROCEED de corte comunitario e integrador de muchos aspectos incluidos en los anteriores. De esta forma, se han analizado algunas de las variables más relevantes en la prevención de comportamientos de riesgos como la autoeficacia, las actitudes o la intención de conducta.

Con la intención de profundizar en estas variables y también en otros aspectos que pueden facilitar las conductas de riesgo, en un tercer capítulo, se exploran aquellos *factores de riesgo* que en la literatura se han asociado con frecuencia a la transmisión del VIH-Sida. Considerando la importancia de caracterizar de la manera más concreta posible la naturaleza de dichos factores, se dividen tres subapartados: físicos/demográficos, psicológicos y socio-ambientales. En los primeros se abordan aquellas características biológicas y evolutivas que pueden predisponer la infección por el VIH, como el sexo o la edad. Los aspectos psicológicos, se relacionan con características cognitivo-conductuales de las personas que pueden ser influidos por el entorno, como el género, la importancia atribuida a la salud, el modo en que procesa la información o ciertos rasgos de personalidad. En el tercer subapartado se tratan aquellas condiciones sociales que, de forma directa o indirecta, influyen en la vulnerabilidad ante el VIH-Sida, como el acceso a servicios básicos, la relación familiar o el tipo de relación afectiva de pareja.

Además siendo conscientes de la necesidad de revisar los trabajos previos sobre prevención del VIH-Sida, para considerar las lecciones aprendidas y construir una propuesta de acción eficaz, en el cuarto capítulo se exploran algunas *intervenciones de prevención de VIH-Sida*. Sin el ánimo de efectuar una revisión exhaustiva de todo lo realizado a lo largo de la geografía mundial, sí se exponen ciertas estrategias que por su carácter se consideran relevantes para el ejercicio de la reflexión y la mejora de las estrategias de prevención de VIH-Sida en población joven. En la mayor parte de ellas, se aborda la prevención con grupos reducidos de trabajo con la intención de modificar conocimientos, creencias, actitudes y conductas que favorecen la transmisión del VIH-Sida.

A partir de toda esta revisión teórica, se introduce en el trabajo una *segunda parte* más relacionada con el contenido experimental del proyecto de investigación. De esta forma, se aborda la *metodología* relativa al análisis de la eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del VIH-Sida, así como de su impacto en función del tipo de facilitador que las lleva a cabo. Con el interés de realizar un estudio riguroso, se describen los *objetivos* e *hipótesis* propuestos. Asimismo, se introduce el *diseño de investigación* y se analiza el perfil de la *muestra* según sus principales características demográficas. También se explican las *variables independientes* y la variable dependiente que constituyen el marco de la intervención. Dentro de las primeras se integran las distintas estrategias de intervención, además del tipo de facilitador que las lleva a cabo. Como

variable dependiente se dispone la eficacia de las distintas estrategias de intervención y de los diferentes facilitadores, materializada en la mejora de distintas variables criterio: conocimientos, actitudes, intenciones de conducta y la ejecución de la propia conducta preventiva. Además, se contempla una descripción del *instrumento de evaluación* empleado en el proyecto, el Cuestionario de Prevención del SIDA (Ballester, Gil, Guirado y Bravo, 2004). Una herramienta diseñada para esta intervención que contempla aquellos aspectos psicosociales incluidos en el ejercicio de la prevención del VIH-Sida y que ha demostrado ser fiable y válida, además de estar adaptada a la población del estudio.

También dentro de este apartado, se describe el *procedimiento de intervención* del proyecto desde la primera fase, relativa a la recopilación de información y la revisión de experiencias previas, hasta la sexta y última fase en la que se sintetizó la información y se elaboraron las conclusiones también presentadas en este trabajo. Para ello, se desarrolló una fase experimental en la que se captó a la muestra, se ejecutaron las distintas intervenciones y se realizaron las evaluaciones con el cuestionario diseñado. Una evaluación previa a la intervención, una posterior a la misma, otra realizada al mes y otra a los cuatro meses posteriores.

Por otra parte, con el fin de contemplar todos los aspectos relativos a la dimensión experimental del trabajo, se describe la *estrategia de análisis de los resultados* y los estadísticos utilizados en el desarrollo de la misma. Estadísticos que han sido seleccionados en función de la naturaleza de la variable abordada y con el interés de dotar de la máxima validez y fiabilidad posibles el estudio experimental. A partir de aquí, se exponen los principales resultados. Por un lado, *resultados relativos a la descripción de las conductas de riesgo de la muestra* global que ha participado en la investigación, considerando que en la medida en que mejor se conozca su perfil en lo relativo a la transmisión del VIH-Sida, será más fácil optimizar las intervenciones y evaluar los datos obtenidos. Por otro lado, *resultados relacionados con el análisis de la eficacia diferencial de las distintas estrategias* de intervención en los distintos momentos de evaluación pero también, en cuanto a la evolución aislada de cada una de ellas. Con el interés de profundizar sobre la percepción que los propios participantes tienen de las distintas estrategias de intervención también se incluye un breve análisis de las valoraciones subjetivas de los y las participantes. Asimismo, se presentan resultados relativos a la

eficacia diferencial en función del *tipo de facilitador* y en función del *sexo de la muestra* que participa.

La *tercera parte* incluida en este trabajo presenta las *conclusiones* elaboradas a partir de la revisión bibliográfica, recogida en cierta medida en los primeros capítulos del trabajo, el examen del procedimiento y desarrollo de la fase experimental del estudio y, por supuesto, del análisis de los resultados incluidos en la segunda parte del trabajo. De esta forma, con el apoyo de los principales modelos teóricos y de las experiencias de intervención ya conocidas, se exponen las conclusiones principales derivadas de este proyecto de investigación. Asimismo, se reconocen algunas limitaciones que podrían haber mejorado tanto la intervención como el rigor de los resultados presentados, y algunas propuestas de acción e investigación que nos plantean nuevos retos para el futuro.

En la *cuarta parte* y considerando como un aspecto fundamental del trabajo la *fuentes bibliográficas* consultadas, se lista por orden alfabético todos aquellos documentos que, mediante su reflexión, han facilitado la elaboración de este trabajo. Asimismo, le sigue un apartado de *anexos* que contiene los instrumentos de evaluación empleados en el estudio experimental, que creemos necesario presentar con el fin de dotar de rigurosidad y fidelidad el trabajo.

En suma, con esta tesis doctoral realizada sobre el proyecto de investigación sobre la “Eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del Sida para promoción del sexo seguro y la realización de las pruebas diagnósticas del VIH en estudiantes universitarios”, financiado por la Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España (FIPSE), pretendemos contribuir a la mejora de las intervenciones sobre prevención del VIH-Sida. Siendo conscientes, por un lado, del grave impacto psicosocial que la epidemia está teniendo en la población mundial, sobre todo, en aquella más desfavorecida. Por otro, teniendo en cuenta que no existen medios suficientes en el marco de la salud pública para poder abordar la situación del VIH-Sida y que, por tanto, es imprescindible optimizar las estrategias de prevención. Sobre todo, considerando que la atención sobre la prevención de las conductas de riesgo es una de las fórmulas que ha demostrado ser más eficaz en la lucha contra la epidemia.

Marco Teórico



CAPÍTULO 1

EPIDEMIOLOGÍA

1. EPIDEMIOLOGÍA

1.1. LA DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DEL SIDA.

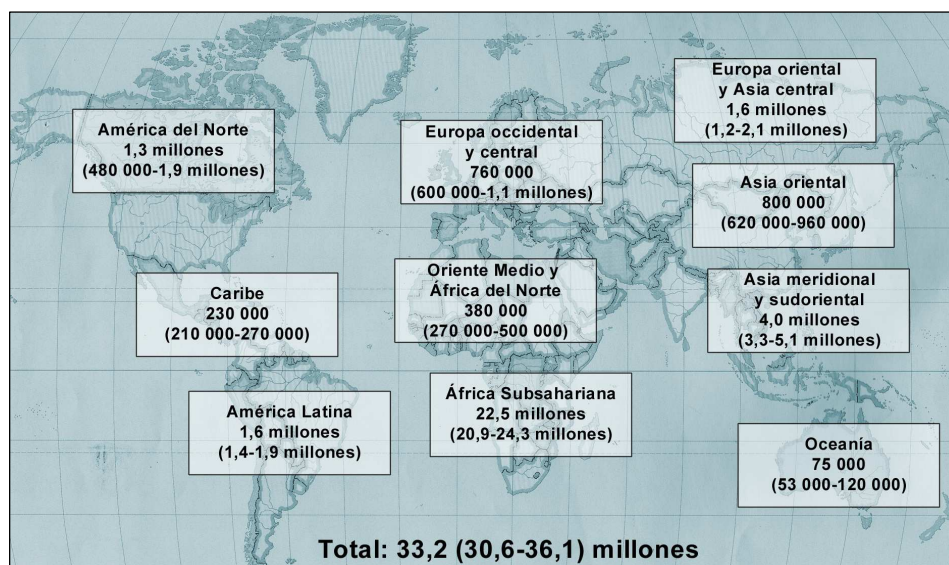
La epidemia del Sida parece, a grandes rasgos, una mera radiografía de las desigualdades mundiales que hoy coexisten. En la actualidad, alrededor del 95% de las personas afectadas viven en las regiones pobres del mundo y, en muchas de ellas, las consecuencias de la enfermedad derivan directamente hacia la muerte (Plataforma Sida África, 2003). En la otra cara los avances de los últimos años han permitido que, en los países enriquecidos, se hable del Sida como una enfermedad crónica. No obstante, no se debe obviar que todavía sus consecuencias biopsicosociales distan mucho de estar resueltas. El Informe de Desarrollo Humano de Naciones Unidas, identificó el Sida como uno de los factores que está provocando el mayor retroceso en la historia del progreso humano (PNUD, 2006). El impacto de la epidemia, no sólo se reduce a las personas infectadas sino también a otras poblaciones vinculadas (viudos, padres, hijos, hermanos, etc.) que deberán hacerse cargo de las consecuencias personales y comunitarias del VIH-Sida, suponiendo esto un grave obstáculo en distintas regiones del mundo (Heymann, Earle y Rajaraman, 2007).

Hasta 2005, según el informe de ONUSIDA, la epidemia ha infectado a sesenta y cinco millones de personas y se ha cobrado la vida de veinticinco millones. A finales de 2007, se estima que 33,2 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo (ver Figura 1) y durante ese año se produjeron 2,5 millones de nuevas infecciones y 2,1 millones de fallecimientos a consecuencia del VIH-Sida. Diariamente, se estima que 6800 personas contraen la infección y 5700 fallecen. En este contexto, previsiones recientes advierten que en 2015 habrá una disminución de la población, hasta en 15 millones, en los 60 países más afectados por el Sida. En 2006, ya se estimaba que en República Dominicana la esperanza de vida era tres años menor de lo que hubiera sido en ausencia del Sida y que en la Federación de Rusia la epidemia contribuiría, durante su evolución, a un declive demográfico en el país (ONUSIDA, 2006).

Ante estas cifras, es lógico comprender que el impacto del Sida trasciende el ámbito sanitario y llegue a modular la mejora socioeconómica de los países, como en el

caso de la India (Mahal y Rao, 2005) o en el de la región Subsahariana, donde se vincula al descenso del crecimiento per cápita anual en un 1,2% (Plataforma Sida África, 2003).

Figura 1. Mapa de distribución de la epidemia (ONUSIDA, 2007).



A pesar de que algunos epidemiólogos consideran que, en los años 90, se alcanzó la cota máxima y que desde 2001 la prevalencia mundial se ha mantenido estable, en varios países se observan incrementos constantes de nuevas infecciones. Por ejemplo en las regiones de Europa Oriental o Asia Central y Oriental, donde la epidemia es relativamente reciente pero tiene una rápida propagación. Concretamente en dos países: Ucrania, donde se da el 21% de los casos de la región y la Federación de Rusia, donde se produce el 66%. En éste último, en menos de una década se ha multiplicado por veinte el número de casos y la tasa de personas fallecidas aumentó más del doble (ONUSIDA, 2006). También en otros países como Vietnam o Indonesia, con prevalencia nacional de VIH en adultos baja (0.1%), la tendencia está creciendo en los últimos años debido, principalmente, al uso de material inyectable contaminado para el consumo de drogas y a las relaciones sexuales sin protección. Por otro lado, países como Myanmar o Tailandia arrojan ciertas mejoras en las tasas de prevalencia (ONUSIDA, 2007).

En **Asia**, las últimas estimaciones indican que unos 4,9 millones de personas vivían con el VIH a final de 2007 y 300.000 personas fallecieron durante ese año. El 50% de las personas afectadas en el continente residía en India, cifra que tendrá una influencia

considerable en la evolución de la pandemia mundial teniendo en cuenta su densidad poblacional (OMS, 2004).

Sin embargo el epicentro del Sida sigue residiendo en el continente africano. **África** subsahariana, donde el Sida es la principal causa de mortalidad, continúa siendo la región con mayor incidencia de casos y acumula el 68% de nuevas infecciones, además del 76% de defunciones a nivel mundial. Estas cifras se concentran en gran medida en la región meridional donde, durante 2007, se ha producido el 32% de las nuevas infecciones y fallecimientos a nivel mundial. También es cierto que dentro del continente africano la epidemia se comporta con una gran variabilidad y mientras países como Mozambique y Burundi arrojan un aumento en la tasa de prevalencia o Sudáfrica presenta el mayor número de infecciones en todo el mundo, otros muestran ligeros avances desde 2001 hasta ahora.

Por ejemplo, en países como Kenya o Zimbabwe, se ha reducido la prevalencia nacional del VIH. En estos casos, el descenso se relaciona con el menor número de nuevas infecciones referido, entre otras cosas, al aumento de conductas preventivas entre la población joven. Se ha observado en ambos, al igual que en otros como Malawi o Zambia, el descenso de parejas esporádicas y el aumento del uso del preservativo entre las mujeres de Kenya o Uganda, los hombres de Ruanda y de ambos sexos en países como Camerún o Malawi (ONUSIDA, 2007).

En Sudán presenta la mayor prevalencia de la epidemia producida, en gran medida, por las conductas sexuales heterosexuales de riesgo. En otros países como la República Árabe Siria o la república Islámica de Irán la transmisión por vía parenteral también contribuye al incremento de casos (ONUSIDA, 2007).

En la región de **América Latina**, las grandes cifras arrojan un comportamiento más o menos estable en las nuevas infecciones pero las personas que viven con VIH-Sida se cree que ascienden a 1,6 millones. Un tercio de dicha población reside en Brasil donde alrededor de la mitad de las infecciones se han producido por relaciones sexuales entre hombres. En el Caribe, República Dominicana y Haití recogen casi tres cuartas partes de la población afectada en ésta región. Sin embargo, en Guyana el Sida ha pasado a ser la

primera causa de mortalidad en personas entre 25 y 44 años (ONUSIDA, 2006), en consonancia con lo que sucede a escala mundial, donde la población más afectada se ubica entre los 20 y los 40 años de edad (OMS, 2004).

En **Europa**, durante 2006, 13.199 casos fueron diagnosticados y el fallecimiento a causa del Sida se reconoció en 4386 personas. Mientras en la región Oeste y Central disminuye la prevalencia de la epidemia en la zona Este aumenta, presentando el doble de casos que en la región Oeste y 20 veces más que en la zona Central (EuroHIV, 2006). Por ejemplo, llama la atención el caso de Polonia por la velocidad en la que la epidemia está creciendo desde 2001 (EuroHIV, 2005) y el de Estonia que tiene la mayor prevalencia de Europa (ONUSIDA, 2006).

En la región Occidental se han observado dos patrones de transmisión. Mientras la infección por vía parenteral descendió en los últimos años, ha aumentado la cantidad de diagnósticos atribuidos a las conductas sexuales de riesgo, sobre todo en relaciones heterosexuales. Dicha evolución responde a las previsiones realizadas en los años 90 en las que, como vía principal de expansión de la epidemia, se estimaba la relevancia de la conducta de riesgo heterosexual frente a la vía parenteral, las transfusiones sanguíneas, las relaciones de riesgo entre personas homosexuales o la administración de hemoderivados (Bayés, 1995).

España, Italia, Francia y Reino Unido siguen siendo los países con mayor repercusión de la epidemia en esta zona (EuroHIV, 2007). En general, si bien los diagnósticos del Sida van decreciendo, no lo hace la detección de nuevas infecciones (EuroHIV, 2006). En esta zona, dicha cifra supera con mucho a la de fallecimientos, debido en gran medida a la eficacia con la que el tratamiento antirretroviral ha reducido las tasas de mortalidad.

1.2. ELEMENTOS EXPLICATIVOS DE LA DISTRIBUCIÓN DE LA PANDEMIA.

Para hacer un buen análisis del comportamiento de la epidemia es imprescindible considerar algunos elementos que ayudan a dibujar su distribución por la geografía. Una

variable que parece relacionarse con la epidemia es el auge de la **internacionalización de las relaciones**, debido a los avances tecnológicos y las migraciones. En lugares como Alemania, Dinamarca o Francia, al menos un tercio de las infecciones son atribuidas a contactos heterosexuales mantenidos fuera de los países (ONUSIDA, 2006). Asimismo, se ha observado cómo en las zonas con más migración de África Subsahariana existe una mayor prevalencia de VIH-Sida que en aquellas en las que no se producen tantos movimientos migratorios (Shandera, 2007). En algunas zonas de China, por ejemplo, se ha comprobado cómo la población que retorna a sus lugares de origen, en zonas rurales, presenta mayor cantidad de prácticas sexuales de riesgo que la población que no ha viajado y cómo eso facilita la transmisión del VIH-Sida (Li, Zhang, Staton, Fang, Xiong y Lin, 2007). También en países como Canadá u otros de Europa Occidental, un buen porcentaje de los nuevos diagnósticos correspondió a personas migrantes e inmigrantes. Sin embargo, en España sólo el 3,1 % es atribuido a dicho colectivo, estimando que una tercera parte se habría contraído en este país receptor (Noguer, Sobrino y Barrasa, 2002).

Si bien el empobrecimiento de una región se ha estimado como otra variable influyente en el comportamiento del Sida, parecen estar más relacionados el nivel de **desigualdades económicas internas** de un país y la **densidad poblacional**. Es cierto que en algunos de los lugares más afectados (África meridional) existen unos niveles de pobreza relevantes pero quizá destaca más la desigualdad que coexiste entre los habitantes: el 10% más rico de la población tiene ingresos casi 70 veces superiores a los del 10% más pobre (ONUSIDA, 2006). En el Caribe, la segunda región del mundo más afectada por el VIH, los progresos de Bahamas (prevalencia de 3,3% en población adulta) o Barbados (donde los fallecimientos anuales por Sida se redujeron a la mitad de 1998 a 2003) no parecen contrarrestar los efectos de la epidemia. Por otro lado, Cuba cuenta con una prevalencia de sólo del 0.1% (ONUSIDA, 2006). En lo que respecta a la densidad poblacional, destacan países con epidemias populosas como Brasil (un tercio de la población infectada de VIH en Latinoamérica) pero de igual forma otras más intensas en países pequeños como Belice y Honduras, donde más del 1,5% de adultos vivía con Sida y fue la principal causa de muerte entre las mujeres (ONUSIDA, 2004).

La administración de las **terapias antirretrovirales**, desde su creación, también ha sido asociada a la evolución de la epidemia. De hecho, tanto en los países pobres

como en los más ricos se han obtenido buenos resultados en las respuestas de la población tratada (Sierra y San Sebastián, 2004). En América del Norte o Europa Central y Occidental, se observa cómo la terapia antirretrovírica ha facilitado la prolongación de la vida de las personas infectadas. Por ejemplo en España, gracias a los tratamientos médicos, la mortalidad descendió casi en un 70% hasta 2001 (Instituto de Salud Carlos III, 2004a). Claro que esto también puede contribuir negativamente en la evolución de la epidemia al facilitar la creencia errónea de que, gracias al acceso generalizado de la terapia, el Sida es más o menos curable y la protección en las relaciones sexuales es sólo una opción más.

En otras regiones, el acceso inadecuado a los servicios de tratamiento y prevención del VIH-Sida se propone como uno de los factores que favorecen las nuevas infecciones y los fallecimientos por Sida, sumado a la complejidad de sus efectos secundarios y a los problemas de adherencia (Sierra y San Sebastián, 2004). En 2005 menos de una de cada cuatro personas que necesitaban terapia médica la estaban recibiendo, concretamente, el 23% de la población. Quizá este hecho explica, en parte, la distribución del Sida.

En Sudáfrica menos del 20% de los 5,5 millones de personas afectadas accedieron al tratamiento, alrededor de un 10% lo hicieron en India y menos del 20% en Haití y República Dominicana. En América Latina, en contraste con los países más ricos (Argentina, Panamá o Uruguay) los países más pobres (Nicaragua, El Salvador, Honduras) siguen luchando para ampliar el acceso al tratamiento. Si bien el coste económico ha descendido en los últimos años, el precio sigue siendo inalcanzable para muchos de ellos (ONUSIDA, 2006).

A pesar del rechazo social vinculado a la epidemia, el estigma no ha sido el mayor causante de las dificultades en dicho acceso. Factores como el suministro y distribución de los fármacos, el elevado precio, la capacidad de adquisición de los países, la estructura y funcionamiento de los recursos humanos o incluso el proceso de diagnóstico de la infección han sido elementos más influyentes (ONUSIDA y OMS, 2006). Probablemente, la carencia de pruebas de detección favorece que en regiones como

Europa del Este crezca la proporción de afectados por transfusiones infectadas por el VIH, sobre todo en países como Ucrania y Estonia (EuroHIV, 2007).

Si además de esto, se centra la atención en el acceso a la terapia psicosocial, todavía es menor el número de personas afectadas que disfrutan de ella. Esto, a pesar de ser reconocida la importancia del abordaje de problemas psicológicos y sociales asociados al VIH-Sida. Tales como los padecimientos derivados de trastornos de ansiedad, depresión, disfunciones sexuales o el aislamiento social, hechos que repercuten de una manera directa en la calidad de vida de las personas afectadas.

Otro elemento a considerar es la **ineficacia de los sistemas de vigilancia epidemiológica** en regiones como América Central u Oriente Medio, lugares en los que las epidemias se asocian principalmente a relaciones sexuales no protegidas y donde el consumo de drogas cobra importancia. Probablemente, la vulnerabilidad estructural del sistema sanitario en los países más pobres incide en estas condiciones. A pesar de que en lugares como Santo Domingo (República Dominicana) o Jamaica, los programas de prevención del Sida arrojen datos optimistas con su eficacia, se presume que dos tercios de las nuevas infecciones podrían evitarse si éstas fueran más eficientes (ONUSIDA, 2005). En otras regiones la compleja situación sociopolítica dificulta el control de la vigilancia epidemiológica, tal es el caso de África Subsahariana (Mills, Sonal, Brett y Nachega, 2006). Además, la discriminación por parte del personal sanitario hacia los pacientes infectados de VIH-Sida complica esta situación (Lieber, Li, Wu, Rotheram-Borus y Guan, 2006; Li, Wu, Wu, Zhaoc, Jia, y Yan, 2007), sobre todo, cuando se trata de población usuaria de drogas o de trabajadores comerciales del sexo (Chan, 2007). En un estudio realizado en la región de Asia, el 52% de la muestra de pacientes había sentido rechazo desde el momento en que acudió a hacerse la prueba, incluso en un 15% de los casos fueron excluidos y, en otros, derivados a otros centros sanitarios (APN, 2004). En países como Botswana, la atención se deteriora simplemente porque el personal sanitario también está infectado: entre 1999 y 2005, se perdió alrededor del 17% de los recursos humanos a causa del Sida (ONUSIDA, 2006).

Además de éstos, existen varios problemas asociados a la recopilación de información. Por ejemplo, la baja percepción de riesgo a infectarse, el miedo a afrontar la

enfermedad o la discriminación asociada, suponen dificultades añadidas para que las personas acudan a realizarse las pruebas. Dicho estigma se ha relacionado igualmente con la pérdida del apoyo social e incluso con el suicidio (Isaksson, 1996).

En el análisis de la situación, otro de los problemas es que las estimaciones se basan en la evolución de los pacientes de Sida con lo que no se puede apreciar la frecuencia de las nuevas infecciones (Instituto de Salud Carlos III, 2005). En otros muchos casos, como República Centroafricana, las previsiones se hacen a partir de estudios de prevalencia entre mujeres embarazadas que acuden a dispensarios médicos (ONUSIDA, 2006). También influye, el hecho de que la enfermedad sea asintomática durante un periodo considerable de tiempo y las personas no perciban los cambios de su estado serológico. En ocasiones, la enfermedad se diagnostica a partir de otras enfermedades como la tuberculosis. En España, más del 28.8% de los casos se detectan de esta forma (Instituto de Salud Carlos III, 2005).

En los países africanos, con altas tasas de infección por el VIH, las tasas de declaración de casos de tuberculosis se han multiplicado por más de cuatro desde mediados de la década de 1980, llegando a superar los 200 por 100.000 habitantes en 2002. En los Estados Unidos, el 16% de los casos de tuberculosis se han atribuido al virus y en zonas de Asia y Europa oriental, se espera que aumente el número de coinfectados de tuberculosis y VIH multirresistentes (OMS, 2004). Es lógico considerar que dicha vinculación entre el Sida y otro tipo de infecciones como la tuberculosis sea un asunto relevante en la salud pública.

Así, mientras los casos de Sida parecen disminuir en algunos puntos del planeta cabría la posibilidad de que, paralela e independientemente, las nuevas infecciones aumentaran (Chamorro, 2004). Ante este panorama sería imprescindible la homogeneización de unos sistemas de vigilancia que además de detectar la enfermedad o mortalidad por Sida, delimiten la incidencia de nuevos casos en un sistema común que permita un conocimiento mundial del estado de la epidemia (Bermúdez y Teva, 2004).

Si nos centramos en las **conductas de riesgo**, las relacionadas con la sexualidad y el consumo de droga se repiten en toda la geografía (ONUSIDA, 2007). A nivel mundial,

la conducta sexual de riesgo entre personas heterosexuales parece la principal vía de transmisión del virus aunque en general están aumentando todos los comportamientos sexuales de riesgo. Una de las prácticas que está aumentando en los últimos años es el manejo de las nuevas tecnologías como facilitador de los encuentros sexuales lo que puede incrementar el número de parejas y prácticas de mayor riesgo como el coito anal, no siempre protegido (Fields, Wharton, Marrero, Little, Pannell, y Morgan, 2006).

En regiones como Europa occidental, se observa un aumento considerable de la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), lo que podría facilitar un aumento de casos de infección de VIH (OMS, 2004). Otro ejemplo de ello es la región Subsahariana, donde se ha observado cómo la mayor frecuencia de la úlcera genital provocada por otras ITS facilita la infección por VIH en la población (Shandera, 2007). Asimismo, el consumo de drogas por vía parenteral o el empleo de material contaminado, se ubican entre las conductas más peligrosas (OMS, 2004).

En la delimitación de los **escenarios de interacción**, se ha estudiado la relación entre las rutas transitadas de transporte que, en países tan distantes como Sofala, Guatemala o Zimbabwe, parecen vincularse con elevados niveles de infección (ONUSIDA, 2006). Se repite este contexto en algunas de las zonas más afectadas de India, como el corredor de Mumbai y Karnataka, donde la prevalencia nacional del 0.9% (5,2 millones de adultos) tiende a ser más alta. Algo parecido ocurre en Tanzania donde la población que migraba a la ciudad presentaba el doble de prevalencia de infección que aquella población que no viajaba para trabajar (Tarantola, Lamptey y Moodie, 1999) o en Bostwana donde la migración a zonas urbanas favorece la epidemia (Sabone, Ntsayagae, Brown, Seboni, Mogote y Sebegu, 2007). Asimismo, se comprueba en países tan diferentes como Zambia, Liberia, Chad o Eritrea cómo la prevalencia de VIH en las áreas urbanas es mayor que en las áreas rurales. En el caso de Azerbaiyán, por ejemplo, casi la mitad de los casos registrados corresponden a la capital y también se concentran la mayoría de casos en las capitales de Uruguay o Paraguay. Sin embargo existen excepciones como Papua Nueva Guinea donde el 80% de la población afectada vive en zonas rurales o en Sudán, donde estas zonas también se acumulan la mayoría de casos (ONUSIDA, 2007). Asimismo, se observa que ciertos colectivos profesionales, como los

marineros, parecen presentar una mayor probabilidad de infección del VIH dada su rutina laboral y el desconocimiento sobre la infección (Acaroglu, 2007).

La atención también se ha dirigido a los contextos relacionados con el intercambio comercial del sexo, el sistema penitenciario y el consumo de drogas ilegales. Por ejemplo, ya en la década de los 90, el Sida era uno de los principales problemas de salud dentro de las instituciones penitenciarias debido a los múltiples comportamientos de riesgo (tatuajes, consumo drogas, relaciones sexuales...) y el escaso acceso a medidas de prevención (Bayés, 1995). Algunos estudios estiman en seis veces la probabilidad de estar infectado por el VIH-Sida en el sistema penitenciario (Harman, Smith y Louisa, 2007). En un estudio realizado en Moscú se comprobó que ciertos colectivos excluidos como los adultos sin hogar, las mujeres en centros de detención, trabajadoras comerciales del sexo o jóvenes consumidores de drogas de la calle, tenían entre 30 y 120 veces mayor prevalencia del VIH que el resto de la población general (Shakarishvili, Dubovskaya, Zohrabyan, St Lawrence, Aral, Dugasheva, Okan, Lewis, Parker y Ryan, 2005).

Algunos de estos escenarios están asociados a la estigmatización e ilegalidad, lo que dificulta el abordaje de la prevención, tratamiento y atención del VIH. Se trata de grupos poblacionales que tienen poca representación y presencia en las decisiones de salud pública, aunque en la medida en que se ha incorporado su participación han demostrado una gran eficacia en su contribución (O'Reilly, Msiska, Mouli e Islam, 1999). En otros contextos vulnerables, los esfuerzos de prevención también han arrojado resultados favorables.

Si bien en Camboya durante 2006 se previó un descenso en la esperanza de vida de cuatro años a causa del Sida, en 2007 los esfuerzos de prevención ayudaron a revertir el comportamiento de la epidemia (ONUSIDA, 2007). En Tailandia, otro país en el que parece que las tasas descienden, se ha notado el impacto del aumento de la cobertura al acceso del tratamiento antirretrovírico. Otro ejemplo es Etiopía, donde se ha observado un aumento del uso del preservativo en las relaciones esporádicas y un descenso en la frecuencia de las mismas en colectivos con los que se ha trabajado un programa de prevención de transmisión del VIH-Sida (Mekonnen, Sanders, Aklilu, Tsegaye, de Wit,

Schaap, Wolday, Geskus, Coutinho y Fontanet, 2003). Algo similar también ha ocurrido cuando las estrategias de prevención se han dirigido a la población que consume drogas por vía intravenosa, por ejemplo en Brasil donde los programas de reducción de daños, además de los cambios en las pautas de consumo de drogas y la mortalidad de la población, han contribuido a la disminución de la prevalencia en este colectivo (ONUSIDA, 2007).

También las llamadas “**minorías étnicas**” pertenecen al grupo poblacional más vulnerable y en países como Estados Unidos presentan una mayor discriminación ante la epidemia. Alrededor del 49% de las personas afectadas pertenecen a población afroamericana (CDC, 2006a) y, sin embargo, tienen menos probabilidades de recibir tratamiento que otros grupos socialmente incluidos sobre todo si se encuentran en situación de detención (Human Rights Watch, 2007). Un fenómeno similar ocurre en Francia donde se estima que la población migrante tiene menos probabilidad de acceder a un tratamiento antirretroviral (Chee, Mortier, Dupont, Bloch, Simonpoli y Rouveix, 2005). En un caso más extremo se encuentra Inglaterra, donde el acceso gratuito a los antirretrovirales ha sido denegado a la población migrante con los perjuicios que eso conlleva en el estado de la epidemia (Colle, 2007). De esta forma parece que los avances de los que disponen algunos países y que consiguen denominar el VIH-Sida como una enfermedad crónica, sólo llegan a cierta parte de la población.

En líneas generales, se estiman dos patrones de comportamiento de la pandemia a nivel mundial. Por un lado aquellos países, sobre todo en África subsahariana, en los que la epidemia se ha extendido a la población general. Por otro lado aquellos países, por ejemplo en Europa Occidental, en los que el VIH-Sida afecta principalmente a ciertos grupos poblacionales como los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las trabajadoras comerciales del sexo o los usuarios de drogas inyectables (ONUSIDA, 2007). Tanto en un caso como en otro, será necesario analizar las características de la población afectada para realizar un buen abordaje de la epidemia. Así se presenta, a continuación, un acercamiento a algunas de las poblaciones más vulnerables.

1.3. ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO POR GRUPOS DE POBLACIÓN

1.3.1. Las mujeres ante el Sida.

El trato discriminatorio contra la mujer, avalado por ciertas normas socioculturales y los altos niveles de violencia contra ellas, parecen ser algunos de los motivos del rápido crecimiento de la epidemia en este colectivo. La pobreza y la discriminación de género modulan la expansión del VIH y limitan sus capacidades a nivel individual y social. De hecho, conforme madura la epidemia aumenta el número de mujeres infectadas, sobre todo, entre las que viven en condiciones de pobreza más extrema (Bradley-Springer, 2008). En cifras globales existe 1,6 millones más de mujeres infectadas en el mundo, lo que supone el 46% del total de las personas infectadas por VIH-Sida. Cifras que, tanto en zonas urbanas como en rurales, demuestran cómo la epidemia se ha intensificado en los últimos años, por ejemplo en India (Solomon, Chakraborty y D'Souza, 2004).

En África subsahariana la mayoría de la población adulta que vive con VIH, el 61% del total, son mujeres. Ejemplos como Swazilandia, donde aumentó la prevalencia en mujeres embarazadas y el 31% de mujeres está infectada frente al 20% de hombres, o el de la República Centroafricana, donde la prevalencia de VIH entre mujeres (7,8%) fue casi el doble a la de hombres (4,3%) en 2007. De esta forma, aumenta el número de mujeres afectadas en países como Camboya (43%) donde la epidemia parece descender y también en aquellos otros, como Federación de Rusia (44%) donde parece aumentar.

Sin embargo, en medio de este contexto también se observan lugares como Burkina Faso, donde han descendido los niveles de prevalencia en mujeres embarazadas o Etiopía, donde se ha reducido la prevalencia a través de un programa de prevención de transmisión del VIH-Sida, relativo a un retraso del inicio de la actividad sexual y de la frecuencia de las relaciones esporádicas (Mekonnen et al, 2003). De forma paralela, en Zimbawe se ha reducido la prevalencia del 16% (1999) al 8% (2003), coincidiendo con un retraso de la población del inicio de la actividad sexual y de la frecuencia de actividad esporádica (Gregson, Garnett, Nyamukapa, Hallett, Lewis, Mason, Chandiwana y Anderson, 2006).

No obstante, según Buseh (2004), aunque muchas mujeres tengan la intención de retrasar su inicio en la actividad sexual, la agresión sexual parece ser un comportamiento generalizado: una de cada cinco estudiantes femeninas sexualmente activas refiere que su primera experiencia sexual había sido forzada. A las consecuencias derivadas de la violación se le añade ahora el miedo a una posible infección de VIH. También es complejo determinar la prevalencia de VIH entre mujeres y niñas víctimas de la trata de personas pero parece claro que son altamente vulnerables a la infección, al estar expuestas a situaciones en las que no pueden negociar el uso del preservativo y son forzadas a mantener relaciones sexuales, a veces, con violencia. Asimismo, la violencia sexual se ha relacionado con situaciones de migración clandestina en el que las mujeres son más vulnerables ante las agresiones sexuales y más fácilmente contraen VIH-Sida u otro tipo de infecciones de transmisión sexual (Martínez, Hernández, Villafuerte y Ramírez, 2005).

En algunos lugares del Caribe y África subsahariana las mujeres se infectan más a menudo y en etapas más tempranas que los hombres, alrededor de entre seis y ocho años antes, lo que facilita una muerte más temprana en la población femenina (OMS, 2004). En países como Namibia, sin embargo, mayor preocupación despierta el grupo de población femenina entre 30 y 40 años que ha ascendido su tasa de prevalencia mientras las chicas jóvenes la han mantenido aunque en cotas elevadas, una de cada cinco mujeres atendidas en dispensarios prenatales estaba infectada (ONUSIDA, 2007).

En zonas de América Latina, Europa Oriental y Asia, el patrón de prevalencia del VIH entre los hombres también está cambiando a medida que evoluciona la epidemia y afecta, cada vez más, a las mujeres. El VIH se transmite a las parejas femeninas de hombres que probablemente lo contraen por consumo de drogas inyectables o relaciones sexuales de riesgo externas a su pareja estable (Mills, Singh, Orbinski y Burrows, 2005). En el Caribe, por ejemplo, el porcentaje de mujeres infectadas dentro de la población adulta es del 43% (siendo 37% en 2001) mientras que en Europa Oriental ascienden al 26% y en Asia un 29%, en ambos casos un 3% más que en 2001.

Esta desigualdad en materia social, biológica y económica hace que, en casi todos los países, la socialización de las personas se haga en un contexto marcado por la tradición patriarcal. Asimismo, influye en la restricción del acceso a la educación o los

sistemas productivos y también en que las atenciones relacionadas con los familiares infectados recaigan sobre las mujeres, cumpliendo con papeles tradicionales de cuidadoras y amas de casa. Una limitación en las oportunidades de desarrollo personal que dificulta la igualdad en las relaciones hombre-mujer (UNICEF, 2003).

El estigma social al que se enfrentan las mujeres, en algunos países, se agrava cuando están vinculadas a la infección del VIH. En este contexto, en algunas ciudades de la India las mujeres VIH-positivas tuvieron que afrontar más discriminación y aislamiento que los hombres aunque el 90% de ellas fuera infectada por sus esposos (OIT, 2004). En otras regiones de Asia las mujeres tenían doble probabilidad de ser enfrentadas, incluso con violencia física, respecto a los hombres (APN, 2004).

También es relevante el escaso acceso de muchas mujeres a una información y un servicio sanitario adecuado sobre su salud sexual, teniendo en cuenta por ejemplo que el VIH afecta a la fecundidad de las mujeres reduciéndola en un 25-40%. Además de estos factores psicosociales, existe una mayor vulnerabilidad biológica de las mujeres que las predispone causada por factores como: la mayor cantidad de virus que se encuentra en el semen o ciertas hemorragias debidas a efectos secundarios de algunos métodos anticonceptivos (Bayés, 1995).

En la **población privada de libertad**, la prevalencia en mujeres es casi siempre más alta que en la población general, con independencia del contexto (ONUSIDA, 2006). En Estados Unidos las mujeres presas tienen quince veces más probabilidades de ser VIH-positivas que las mujeres en libertad (De Groot, 2005).

Si consideramos la variable étnica, en lugares como Australia, las **mujeres indígenas** tenían una probabilidad 18 veces mayor de estar infectadas por el VIH que las mujeres que no lo eran y tres veces mayor que los hombres no indígenas (Wright, Giele, Dance y Thompson, 2005).

Asimismo, se ha observado como las mujeres son más afectadas por el VIH dentro de los procesos migratorios y tienen una mayor probabilidad de introducirse en el comercio sexual. En Asia, un alto porcentaje de nuevas infecciones corresponde a las

relaciones sexuales remuneradas y entre los profesionales del sexo hay una prevalencia relativamente alta. En algunas regiones de China se estima entre 14 y 80 veces más la probabilidad de que las mujeres se constituyan como **Trabajadoras comerciales del sexo** frente a los hombres (Yang y Xia, 2006). En países como Tailandia, donde se habían conseguido avances, está disminuyendo el empleo de preservativos en las relaciones sexuales comerciales y un 10% de las mujeres que trabajaban en prostíbulos estaban viviendo con el VIH (Punpanich, Ungchusak y Detels, 2004).

Este fenómeno se reproduce en otras regiones del mundo. Por ejemplo en Senegal la vía de transmisión también se relaciona con el comercio sexual que además potencia el peligro de una extensión de la transmisión a otros sectores poblacionales (Gomes do Espirito Santo y Etheredge, 2005). En ciudades como Odessa (Ucrania) el 58% de consumidores de drogas intravenosas son VIH-positivos incluyendo un 67% de los profesionales del sexo que también se inyectaban, lo que ha provocado que la transmisión sexual del VIH se haya vuelto más frecuente (ONUSIDA, 2006). También en Rumania, aún perteneciendo a una región con bajo perfil epidemiológico, parece que la mayor parte de las infecciones diagnosticadas eran debidas a las prácticas sexuales peligrosas (EuroHIV, 2005).

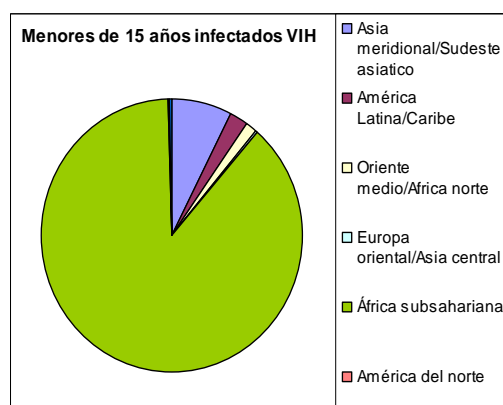
1.3.2. Infancia y Sida.

La epidemia del Sida afecta a la población infantil de una manera especialmente dramática y en múltiples sentidos. A nivel psicosocial, gran parte de la infancia no tiene cubiertos los servicios básicos como el agua potable, la casa o la alimentación lo que dificulta la prevención o, en su caso, el tratamiento de la enfermedad (UNICEF, 2008). Estos son algunos de los factores que contribuyen al retroceso de los avances en las tasas de mortalidad infantil asociadas al VIH-Sida logrados durante la década de 1990 (OMS, 2004) y muestran, como en el caso de la población adulta, diferencia entre los países ricos y pobres (Reading, 2007). Sumado a lo anterior cabe considerar que, en esta etapa vital, muchas de las defensas del organismo están en pleno desarrollo y, por ello, la evolución de la enfermedad es especialmente dañina y rápida en la población infantil (Bayés, 1995). Alrededor de la mitad de niños que nacen infectados mueren antes de los dos años de vida (Newell, Coovadia, Cortina-Borja, Rollins, Gaillard y Dabis, 2004).

Durante 2007, se estimó que 2,1 millones de niños estaban infectados por el VIH-Sida (UNICEF, 2007) y 1.500 nuevas infecciones se produjeron diariamente.

Como ocurre con la población adulta, África es el continente más afectado por la epidemia (UNICEF, 2005). En la región subsahariana, dos millones de niños están infectados por el VIH-Sida lo que supone el 90% del total. En la zona meridional vive el 43% de los niños VIH positivos: casi una de cada tres personas. Debido a la incidencia del Sida, en Botswana, la mortalidad ha ascendido desde 62 defunciones por cada mil niños nacidos vivos (1995) a 106 (2005).

Figura 2. Niños infectados por región a nivel mundial (UNICEF, 2005).



Pero también otros continentes son afectados. Por ejemplo, en Asia alrededor de 180.000 niños y en América Latina alrededor de 32.000 niños viven infectados con VIH. Concretamente, en el Caribe 22.000 de las 330.000 personas infectadas son niños. Si bien es cierto que han disminuido en zonas como Haití, también lo es que en otras como República Dominicana se mantienen las tasas estables.

Las personas menores de 15 años representan una sexta parte de las muertes relacionadas con el Sida y una séptima parte de las nuevas infecciones, sobre todo, debido a **la transmisión materno-infantil**. Alrededor de un 15% a un 20% de los lactantes infectados con el VIH contrajeron el virus durante el embarazo, un 50% durante las labores del parto y un 33% sufrieron la infección durante la lactancia (Plataforma Sida África, 2003).

El hecho de que muchos partos no sean acompañados por profesionales sanitarios facilita la transmisión del VIH, tal y como ocurre en África subsahariana donde menos de la mitad de embarazos son asistidos por parteras, enfermeras o médicos. Si bien la transmisión vertical parece haberse reducido en un 2%, gracias a los tratamientos antirretrovirales, en los países más pobres las dificultades a su acceso facilitan que los rangos de transmisión estén entre 25% y 40% (Prendergast, Tudor-Williams, Jeena, Burchett y Goulder, 2007). El estigma asociado a la enfermedad también influye en la transmisión vertical ya que dificulta que las mujeres embarazadas vayan a los centros prenatales por miedo a la discriminación (Okonkwo, Reich y Alabi, 2007). En los países enriquecidos, hechos como el aumento de las conductas sexuales de riesgo y de consumo de drogas entre las mujeres de edad fértil ha facilitado el aumento de la prevalencia en las últimas décadas (Bayés, 1995).

En cuanto a la **vía de transmisión sexual**, los obstáculos psicosociales parecen ser el mayor problema en el abordaje del sida. No obstante, cabe considerar el incremento del riesgo biológico atribuido a las niñas ya que su tracto genital aún no está desarrollado (cérvix inmaduro y menores secreciones vaginales) y tienen mayor probabilidad de desgarrarse durante una relación sexual, sobre todo, si se emplea la fuerza (Bayés, 1995). En algunas zonas, los hombres obligan a las niñas a tener relaciones sexuales con ellos porque atribuyen un poder curativo a las conductas sexuales realizadas con mujeres vírgenes (UNICEF, 2003).

En cuanto al **acceso al cuidado sanitario y farmacológico**, se dibuja un paisaje similar al de los adultos. El co-trimoxazole es un medicamento que ha demostrado, en algunas zonas, reducir la mortalidad en un 40% de niños infectados (Chintu, Bhat, Walker, Mulenga, Sinyinza, Lishimpi, Farrelly, Kaganson, Zumla, Gillespie, Nunn, Gibb, 2004) y que tiene un costo de 0.03\$ al día. Sin embargo menos del 10% de niños que necesitan esta terapia la están recibiendo, en algunas ocasiones también porque desconocen su estado serológico y eso dificulta que busquen dicho tratamiento (Ferris, Burau y Schweitzer, 2007). Dentro del ámbito psicológico, algunos autores han observado una mayor morbilidad entre la infección por el VIH en la infancia y algunos trastornos mentales como la depresión, la hiperactividad o las conductas disruptivas (Rao, Sagar y Kabra, 2007).

En el año 2005, se estimaba la existencia de alrededor de 15 millones de **huérfanos** en el mundo a causa del Sida (UNICEF, 2008) y una proyección de 18 millones en 2010 (ONU, 2005). Se cuantifica de esta forma, uno de los efectos más graves a los que se enfrentan los niños: la pérdida del afecto y el apoyo de los responsables familiares. Esto facilita, por ejemplo, que se observen mayores niveles de distress en ellos (Nyamukapa, Gregson, y Lopman, 2008) o de vulnerabilidad psicofísica (Mishra, Arnold y Otieno, 2007). En África, alrededor de un 9%, de los menores de 15 años ha perdido a uno de sus padres y 12 millones eran huérfanos a causa del Sida. Regiones como el Caribe o Asia parecen seguir esta tendencia con la evolución de la epidemia.

Según algunas estimaciones, el 90% de los huérfanos son cuidados por sus parientes que asumen una carga familiar que les dificulta seguir con su rutina laboral y atender al resto de su familia. Cabe ser consciente además que buena parte de dicha población vive con menos de 10 dólares al día (Heymann et al, 2007). A partir de esta situación, muchos niños terminan viviendo en la calle o en instituciones estatales porque sus familias ya no pueden atenderles (OMS, 2004). En este entramado, otra de las consecuencias observadas es el aumento en los niveles de trabajo infantil, sobre todo, en el sector informal de países empobrecidos (OIT, 2004).

Paralelamente, se reduce el acceso a la educación. En lugares como Zimbabwe, cada vez son más las niñas que deben abandonar la escuela para cuidar de familiares afectados (PNUD, 2003). De esta forma, parece que el VIH-Sida constituye un obstáculo mundial importante para la prestación de una enseñanza de calidad, no sólo por parte de los niños sino también por el impacto que crea en el sistema educativo. Además de disminuir los recursos materiales, parte del personal docente se encuentra afectado directamente por el VIH-Sida, ya sea por ser portador de la enfermedad o por ser cuidador de un familiar. La prevalencia de VIH en maestros sudafricanos es del 21% entre los 25 y 34 años y del 13% entre los 35 y 44 años (ONUSIDA, 2006). En esta línea, en Zambia, las enfermedades de los docentes o su responsabilidad como cuidadores, explican más del 60% del absentismo laboral (Das, Dercon, Habyarimana y Krishnan, 2005).

1.3.3. Usuarios de drogas intravenosas y trabajadores comerciales del sexo.

El uso de instrumentos de inyección contaminados, durante el consumo de drogas, es la principal vía de transmisión del VIH en Europa y Asia, donde encuentra una prevalencia de más del 80% de infección del VIH en esa población (ONUSIDA, 2006). Considerado como un fenómeno urbano, representa casi una tercera parte de las nuevas infecciones en el mundo. Las excepciones, las conforman África subsahariana y casi toda la región del Caribe aunque en Puerto Rico y Bermudas sean responsables de un porcentaje considerable de las infecciones. En la región de Europa Oriental y Asia central, el 62% de los casos detectados se relaciona con esta práctica mientras el 37% se vincula a la relación heterosexual sin protección. Si bien en las regiones de Europa central (18%) y Oeste (8%) los nuevos casos provocados por la vía parenteral son más bajos, en el sudeste mediterráneo las cifras aún son altas y más todavía en la zona Este del continente donde alcanza alrededor de un 68% de las nuevas infecciones. En los Estados Bálticos es la vía más frecuente de infección por el VIH y en Ucrania ascendió del 11% en 2001 al 17% en 2003 (EuroHIV, 2007).

En países como Estados Unidos, el 13% de las nuevas infecciones son atribuibles a este hecho (CDC, 2006b). En otros como Tanzania o Filipinas (0.1% de prevalencia en VIH), mientras la transmisión sexual ha descendido o, al menos, ha mantenido sus niveles, la vía de transmisión vertical ha aumentado su incidencia. Uno de los factores destacados, también en Puerto Rico, ha sido la resistencia al intercambio de material de inyección infectado (Delgado, Lundgren y Deshpande, 2008).

En Malasia, con un 0.5% general de prevalencia, es la variable que más facilita la epidemia y en Nairobi, el 53% de personas que consumen droga (sobre todo heroína) son VIH positivos. En China, donde aproximadamente 650.000 personas viven con VIH, entre un 40 y un 50% son consumidores de drogas. Según un estudio, casi la mitad de los consumidores en China comparten agujas y jeringuillas y uno de cada 10 tiene comportamientos sexuales de riesgo (ONUSIDA, 2006). Como en muchos otros países de Asia, la epidemia tiende a concentrarse en los consumidores de drogas por vía parenteral y las redes de prostitución (OMS, 2004).

Se ha de considerar, entonces, que los niveles de infección de esta población también están relacionados con las conductas de riesgo: en Vietnam han ascendido de un 10,1% en 1996 hasta un 32% en 2002 en el colectivo de usuarios de drogas y de un 0,6% en 1994 a un 6,6% de 2002 (Hien, Long y Huan, 2004). En el nordeste de India, también esta práctica de riesgo es el principal impulsor de la epidemia del VIH, siendo más extendida por las conductas de riesgo en el coito heterosexual. En Pakistán, donde la prevalencia de la epidemia está aumentando entre los usuarios de drogas inyectables y se estiman 85.000 personas infectadas, muchos consumidores de droga comparten el material y se desplazan de una ciudad a otra. Elementos que se añaden como variables de riesgo son: una de cada cuatro personas consumidoras de drogas intravenosas nunca había escuchado hablar de Sida, uno de cada cinco profesionales del sexo no podía reconocer un preservativo y uno de cada tres no sabía nada sobre el Sida (Family Health Internacional, 2005).

La prostitución, masculina o femenina, existe en casi todo el mundo con diferentes maneras de organización y características. En muchas partes, los consumidores de drogas recurren al trabajo sexual para pagar su hábito y también es fácil que los profesionales del sexo caigan en el consumo de drogas para escapar de las presiones. Incluidos en un contexto que está fuera de la ley, se convierten en uno de los grupos afectados más vulnerables (Ballester y Gil, 1997). En Ciudad Ho Chi Minh, los profesionales del sexo que consumían droga tenían alrededor de la mitad de probabilidades de usar preservativo frente a aquellos que no consumían droga. En Yakarta, uno de cada cinco consumidores de drogas pagaba por mantener relaciones sexuales y tres cuartas partes de ellos no querían usar preservativos durante la relación. Las tres cuartas partes de los profesionales del sexo de clubes y salas de masaje y el 85% en los prostíbulos, dijo no haber usado preservativo con sus clientes en la última semana. En Bangladesh, ni tan sólo uno de cada diez consumidores de drogas, habían usado un preservativo en relaciones sexuales comerciales en el último año (ONUSIDA, 2006).

Por todo lo anterior, se supone que la vinculación entre las relaciones sexuales remuneradas y el consumo de drogas intravenosas también se relaciona con la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH, en lugares como México

(Strathdee, Philbin y Shirley, 2008). De esta forma, se aumenta el riesgo de transmisión de los usuarios de drogas infectados a sus parejas sexuales, exista o no una relación comercial. Además, debido a que muchas usuarias o parejas se encuentran en edad fértil, se promueve un incremento del nacimiento de niños ya infectados (Bayés, 1995).

Sin embargo, la cobertura sanitaria no logra cubrir las demandas de esta población. En regiones como Europa Central y Asia Oriental, aunque representan casi el 70% los casos, sólo el 24% recibe algún tipo de atención (ONUSIDA 2006). No obstante, sí se han promovido algunas propuestas para la mejora de la situación. Por ejemplo, en España, los esfuerzos dirigidos a prevenir la propagación entre consumidores (intercambios de agujas y metadona) han hecho disminuir la prevalencia de estos casos (EuroHIV, 2005).

1.3.4. Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.

La homofobia y los tabúes socioculturales estigmatizan las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, prácticas que podrían ser mucho más frecuentes de lo que se estima (Inciardi, Syvertsen y Surratt, 2005). Muchos hombres que tienen relaciones con otros hombres no se consideran homosexuales y, otros tantos, al compaginar estas relaciones con las heterosexuales, descartan que estén expuestos al riesgo de contraer el VIH. Probablemente, porque en las primeras fases de la epidemia se otorgó a la población homosexual la responsabilidad y la capacidad de infectarse por el VIH. Esto, a pesar de que las primeras transmisiones se dieron por relaciones heterosexuales, producidas en el continente africano, y de que fueron detectados casos en otro tipo de poblaciones en esos mismos estadios tempranos de la epidemia (Bayés, 1995).

Si bien es cierto que, en las últimas décadas, se observó una disminución de la tasa de incidencia, los patrones parecen haber cambiado. Aún encontrando casos como el de Bangladesh, donde ha disminuido por debajo del 1% la prevalencia en hombres que tienen sexo con otros hombres y también en trabajadoras comerciales del sexo.

Actualmente, en la población de Estados Unidos y algunos países de Europa, se aprecia un rebrote de la epidemia entre hombres que tienen relaciones con otros hombres. De hecho, en Estados Unidos el 66% de las infecciones diagnosticadas en 2006 se atribuyeron a este colectivo (CDC, 2006b). Parece que dicho aumento también está vinculado con el consumo de alcohol y/o drogas como la metanfetamina. Se ha comprobado cómo la adicción a esta droga estimulante se relaciona con una mayor incidencia en la tasa de infección por el VIH entre los hombres que tienen relaciones con hombres (Peck, Shoptaw, Rotheram-Fuller, Reback y Bierman, 2005).

En Europa del Este, parte de Latinoamérica y Asia Central, el sexo entre hombres junto al consumo de drogas intravenosas, puede estar facilitando que los hombres tengan una mayor incidencia de VIH-Sida que las mujeres (ONUSIDA, 2005). En Tailandia, si bien es cierto que se han emprendido esfuerzos de prevención y la epidemia tuvo un carácter decreciente desde finales de los años 90, también lo es que en 2005 se han detectado cambios. Por ejemplo, una quinta parte de las personas infectadas son hombres que se han relacionado con otros hombres sexualmente. En países con baja prevalencia como Japón, también este colectivo es uno de los que presenta mayor prevalencia junto al de los jóvenes adultos. En países como Ucrania, los nuevos estudios están visibilizando la magnitud de la epidemia entre hombres que tienen relaciones con hombres y que anteriormente estaba oculta y ahora arroja un prevalencia entre el 4% y el 23% en algunas capitales. En Trinidad y Tobago, alrededor de una décima parte de las infecciones, son atribuibles a las relaciones sexuales no protegidas entre chicos.

En Australia, donde habían descendido los casos en 1990, están aumentando las nuevas infecciones y parece que uno de los principales motivos son las relaciones sexuales entre hombres no protegidas. En esta línea, se encuentra Nueva Zelanda (con prevalencia general de 0.2%) donde la tendencia de aumento se atribuye, sobre todo, al incremento de los diagnósticos de VIH entre hombres que tienen sexo con otros hombres (ONUSIDA, 2006). También en países como España, Países Bajos o Alemania se han incrementado (EuroHIV, 2005). En un estudio realizado en España se observó que el 56,7% de los hombres que habían usado el comercio sexual, habían practicado el sexo anal sin preservativo y el 27,3% manifestó que alguna vez se había roto en los últimos doce meses (Benjumea, García, Menoyo, Novoa, Sancho y Villegas, 2002).

En las cárceles, el uso de los equipos de inyección contaminado casi siempre es más alto y la prevalencia de sexo entre hombres también lo suele ser. Si lo unimos al bajo acceso de equipo de inyección y preservativos, es fácil comprender que los índices de prevalencia de VIH sean más elevados que en la población general.

En países como Belice, El Salvador, Guatemala o Panamá es constante la invisibilización de la influencia de estas prácticas en la prevalencia de la epidemia aunque las relaciones sexuales entre hombres sean un factor significativo también en esta región (ONUSIDA, 2007). En países como Colombia o Ecuador, se han encontrado niveles de prevalencia más elevados en hombres que tenía sexo con hombres (hasta el 20% en Bogotá) que entre trabajadoras comerciales del sexo (menos del 1% en Bogotá) (Montano, Sanchez, Laguna-Torres, Cuchi, Avila, Weissenbacher, Serra, Vinales, Russi, Aguayo, Galeano, Gianella, Andrade, Arredondo, Ramirez, Acosta, Alava, Montoya, Guevara, Manrique, Sanchez, Lama, de la Hoz, Sanchez, Ayala, Pacheco, Carrion, Chauca, Perez, Negrete, Russell, Bautista, Olson, Watts, Birx y Carr, 2005).

De forma similar, en países como la India, casi no se conoce el papel de las relaciones sexuales entre hombres en la epidemia aunque por los estudios se asume que dichas prácticas no son infrecuentes (Schneider, Saluja, Oruganti, Dass, Tolentino, Laumann, Yeldandi y Pitrak, 2007). Probablemente, el hecho de que en algunos países aún esté definida como delito la relación homosexual contribuye a que existan epidemias ocultas. Esto a su vez dificulta que se puedan desarrollar programas adaptados a las necesidades de la población homosexual, como consecuencia los proyectos y campañas de "sexo seguro" no atienden demasiado a las relaciones sexuales entre hombres por lo que, para mejorar su eficacia, sería necesario profundizar en este colectivo (Oakman, 2008).

En cuanto al tratamiento se estima que, actualmente en todo el mundo, ni tan sólo uno de cada veinte hombres que mantiene relaciones sexuales con hombres tiene acceso a los servicios de prevención y atención del VIH que necesita (ONUSIDA, 2006).

1.3.5. Adultez tardía.

Las personas mayores de 50 años, se han constituido como un nuevo grupo de atención: alrededor de unos 2,8 millones de personas en todo el mundo. Además de la propia infección, normalmente por vía sexual, se da en esta población otro fenómeno importante relacionado con la obligación de cuidar a familiares infectados por el VIH-Sida (Nyambedha, Wandibba y Aagaard-Hansen, 2003). Las personas mayores son una parte importante de la epidemia si consideramos que, en muchas ocasiones, primero cuidan de sus hijos infectados y luego de sus propios nietos. Un estudio en Tailandia demostró que un 70% de las personas infectadas estaban al cuidado de padres o abuelos que, en muchos casos, superaban los 70 años (Plataforma Sida África, 2003). Este fenómeno incrementa la vulnerabilidad socioeconómica que, sobre todo, tienen las personas mayores en los países pobres (Heymann et al, 2007).

En ciudades de la Republica Unida de Tanzania aumenta de forma notable. En Tailandia representa alrededor de un 5% y en Kenia, al menos, un 3.9% de la población infectada, ya que la confusión de la sintomatología con la de otras enfermedades puede distorsionar también las aproximaciones (Plataforma Sida África, 2003). Las creencias erróneas relacionadas con la transmisión del VIH-Sida y las actitudes negativas, son algunos de las barreras más relevantes para abordar la realidad de la epidemia en la población adulta (Coleman, 2003).

Además del agotamiento psicológico que conlleva un acompañamiento en la enfermedad, se enfrentan al estigma social que sufre el VIH-Sida y, en ocasiones, a los problemas generacionales con sus nietos (Emler, 2007). El problema de la vigilancia epidemiológica antes mencionado se incrementa en este grupo de edad si se tiene en cuenta que los estudios, normalmente, cubren población menor de 49 años. De igual forma la adaptación de los tratamientos farmacológicos que, en algunos casos, producen efectos secundarios relativos a la edad que no son tomados en cuenta (Coleman, 2003).

1.3.6. Jóvenes

Las nuevas generaciones de jóvenes no conocen un mundo sin VIH-Sida. El VIH-Sida es la primera causa de muerte entre los jóvenes, junto al consumo de drogas y la violencia (ONU, 2005). Como en el caso de la población adulta e infantil, la condición de marginalidad, migración, pobreza o desnutrición, hace que la juventud sea más vulnerable. Representan más del 40% de las nuevas infecciones en mayores de 15 años y, aproximadamente, unos 10 millones de jóvenes viven con VIH-Sida: 6,2 en África subsahariana y 2,2 en Asia. En Sudáfrica, los niveles de infección en 2005 eran casi iguales que los registrados en 2003, por lo que la epidemia continúa con el mismo impulso.

Desde hace más de una década, la población juvenil constituye un colectivo preocupante en la transmisión del VIH por relaciones heterosexuales. A pesar de esto, la mayoría no es consciente de su propio riesgo ni de la magnitud de la epidemia, no conocen la forma de protegerse y carecen de los medios para acceder a la atención e información. En África subsahariana la mitad de las niñas adolescentes no sabe que una persona que tiene el Sida puede no presentar signos externos. En Mozambique, alrededor del 60-70% de los y las jóvenes no logra citar un método de prevención ante la transmisión del VIH (Plataforma Sida África, 2003).

En otros casos, aunque posean información, ésta no suele ser adecuada para tomar medidas preventivas y está mediada por una falsa sensación de seguridad a través de prácticas como la monogamia serial (Bayés, 1995; Planes, Gras, Soto y Font-Mayolas, 1999). El empleo de preservativo en relaciones sexuales en países como Tailandia es casi excepcional, pues sólo entre el 20% y 30% de ellos lo emplea sistemáticamente (Punpanich et al, 2004). En la República Democrática Popular Lao, la situación es similar aunque la prevalencia sea todavía muy baja (0.1%).

Anualmente, se estima que un tercio de los menores de 25 años contrae infecciones de transmisión sexual que, aún siendo curables, aumentan el riesgo de contraer VIH (ONU, 2005). El abuso de sustancias (drogas y alcohol) es otro factor vinculado que aminora la práctica de los hábitos preventivos. En Camboya, un estudio

realizado en 2005 comprobó que el 28% de jóvenes de la calle consumidores de anfetamínicos eran VIH positivos, un 16% más que en 2004 (Mills et al, 2005). En la Federación de Rusia, al menos tres de cada cuatro nuevas infecciones de VIH de la última década corresponden a menores de 30 años y las conductas de riesgo relacionadas con el consumo de drogas suponen la principal causa de infección (EuroHIV, 2005). Además, se ha observado que existe una mayor proporción entre la joven población infectada por el VIH que entre la adulta. Por ejemplo, en el caso de la vía parenteral en la Federación de Rusia se observó un 58% de jóvenes frente al 51% de adultos y en Latnia, un 25% de jóvenes frente a un 14% de adultos (EuroHIV, 2007).

Como ya se ha mencionado, la mayor vulnerabilidad de las mujeres también se observa en este grupo poblacional: en algunos de los países más afectados la prevalencia entre las mujeres es dos o tres veces mayor que entre los hombres (UNICEF, 2005). En 2004, las mujeres jóvenes (15-20 años) aumentaron la proporción entre los nuevos casos y superaron la prevalencia masculina, ya sea por vía intravenosa (aumentó el número de usuarias de drogas) o por mantener relaciones sexuales no protegidas.

En algunas zonas de Bostwana, se descubrió que un 48% de las chicas sexualmente activas nunca había utilizado un preservativo (Woods, 2000). En Trinidad y Tabago las adolescentes, tenían una probabilidad seis veces mayor que los chicos del mismo rango de edad (Inciardi et al, 2005). Además de la susceptibilidad fisiológica de las chicas, parece que es una práctica común la de las relaciones con chicos mayores que ellas que ejercen más presión a la hora de tener relaciones sexuales y tienen mayor probabilidad de haber contraído VIH (ONUSIDA, 2006).

La adolescencia y la juventud son etapas en las que la mayoría de mujeres y hombres que comercian con el sexo, inician su trabajo sexual en un marco de desconocimiento sobre su sexualidad, el VIH y los servicios sociosanitarios de protección. Se calcula que en las regiones de Europa Oriental y Asia central el 80% de los profesionales tiene menos de 25 años y que los que consumen drogas intravenosas pueden ser incluso menores (ONUSIDA, 2006). Esta combinación produce una situación de mucho riesgo para la población joven: en San Petersburgo un 33% de los profesionales menores de 19 estaban infectados con el VIH.

1.4. EPIDEMIOLOGÍA POR TERRITORIO.

Una vez analizada la situación epidemiológica por grupos poblacionales, se analiza brevemente cómo afecta el Sida en España y, más concretamente, en la Comunidad Valenciana.

1.4.1. Situación en España.

A mediados de los años 90, la tasa de incidencia de Sida en España alcanzó la cuota más elevada en el continente. Desde que se detectara el primer caso en 1981, la epidemia no ha dejado de expandirse en el territorio y, en 1986, ya había sido detectado al menos un caso en cada provincia. En el Estado, se revela todavía una notable incidencia de casos que representan el segundo lugar a nivel europeo (Instituto de Salud Carlos III, 2004a): uno cada cuatro infectados de Sida en Europa estaba en España en 2004.

Si bien es cierto que en 2005 la prevalencia de personas con Sida descendió un 11% respecto a 2004 (Instituto de Salud Carlos III, 2005) también lo es que la cifra alcanza las 1873 personas y su descenso se diferencia en función de las vías de transmisión. Cabe tener en cuenta que, en gran parte, dicho descenso se debe a la mejora del tratamiento que además de reducir la incidencia, también ha disminuido la mortalidad. Sin embargo es importante tener presente que dichos fármacos, aplicados en distintas versiones desde 1996, presentan ciertas dificultades como la adherencia de los pacientes a la misma.

Aunque ha sido significativo el descenso en la evolución de la epidemia, un 69% desde el año 1996, en los últimos años se proyecta una estabilización de la misma. Por ejemplo, entre 1996 y 1997 alcanzó el 28% mientras que entre 2002 y 2003 sólo fue un 5,7% (Instituto de Salud Carlos III, 2004a).

Actualmente, más de 72.000 casos han sido detectados y la prevalencia media por 1.000 habitantes se estima en 1,61. Considerado un asunto de salud pública en todo el

territorio, presenta una distribución desigual de casos según las comunidades autónomas que permite agrupar tres núcleos más o menos diferenciados:

- Alta prevalencia, con más de 2 infectados por 1.000 habitantes, grupo en el que se encuentra Cataluña, País Vasco, Baleares y Ceuta.
- Prevalencia media, sobre 1,10 casos de personas infectadas por 1.000 habitantes, donde se ubican comunidades como Asturias, Murcia, Melilla o la Comunidad Valenciana.
- Prevalencia baja, con menos de 1 infectado por cada 1.000 habitantes, lugares como Canarias, Castilla y León o Extremadura.

En el estudio de la incidencia según las diferentes vías de transmisión, se constata una vez más, el cambio de los primeros patrones conductuales relacionados con el VIH-Sida. Sin embargo, es cierto que todavía los consumidores de droga representan un porcentaje importante de las personas afectadas y repercuten en el mantenimiento de relaciones sexuales de riesgo sus parejas y, en algunos casos, en la transmisión del VIH a los niños concebidos. Frente a los descensos más estables de las vías asociadas a la transfusión de sangre, el uso de hemoderivados, la vía vertical o el propio consumo intravenoso de drogas, la transmisión por conductas sexuales de riesgo (homosexual o heterosexual) manifiesta una evolución más inestable, representando su pico de incidencia sobre 2004. No hay que olvidar, sin embargo, que Cataluña es la región que presenta una mayor prevalencia de infección por el VIH debido al consumo de droga inyectable dentro de la región mediterránea europea (EuroHIV, 2007).

En 2005, se encuentra en la población consumidora de drogas intravenosas un descenso del 12%, hasta representar un 46.3% de la población con Sida. Dentro de este porcentaje, los hombres están más afectados en las comunidades de Ceuta, País Vasco y Andalucía y las mujeres, en Navarra, País Vasco y Madrid (Bermúdez y Teva, 2004)

Por otro lado, la población infectada a través de conductas sexuales de riesgo no ha manifestado un descenso significativo y sigue ocupando el segundo lugar (45.8%).

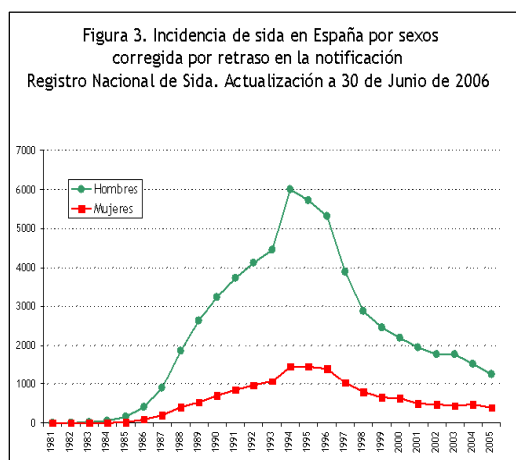
Mientras los casos contraídos por relaciones heterosexuales descendieron sólo un 1,9%, los relacionados con prácticas homosexuales aumentaron un 1,8%. De esta forma, las personas infectadas a través de conductas heterosexuales de riesgo representan el 29,2% de la población afectada por vía sexual, frente al 16,5% que representan las personas que se infectaron por prácticas homosexuales de riesgo.

Las conductas homosexuales, suponen un 20% en las infecciones de los hombres (Instituto Nacional Carlos III, 2005) y mayoritariamente se dan en las comunidades de Canarias, Baleares y Cataluña. El 80% de las infecciones masculinas se deben a relaciones heterosexuales, sobre todo, en Aragón, La Rioja y Navarra. Aunque los hombres representan mayor prevalencia de infección de VIH, en cifras generales, en el análisis del grupo de las mujeres esta vía supone el 52% de las causas de infección.

Dicho aumento se relaciona, por un lado, con el descenso en la detección de casos vinculados al consumo de riesgo de drogas y, por otro, a la elevada incidencia en conductas sexuales de riesgo que presentan las mujeres con parejas consumidoras de drogas. Este elemento, acompañado de la vulnerabilidad biológica existente en la población femenina, hace suponer una proporción creciente de diagnósticos en el futuro.

Como se observa en la Figura 3 si bien es cierto que, la población masculina, tiene una mayor representatividad de casos, también ha disminuido en mayor proporción su incidencia. En 2004, mientras los hombres registraron un descenso de 10,3% afectados, sólo fue de un 8% en mujeres (Instituto de Salud Carlos III, 2005).

Figura 3. Evaluación de la incidencia de casos de Sida en España hasta 2006.

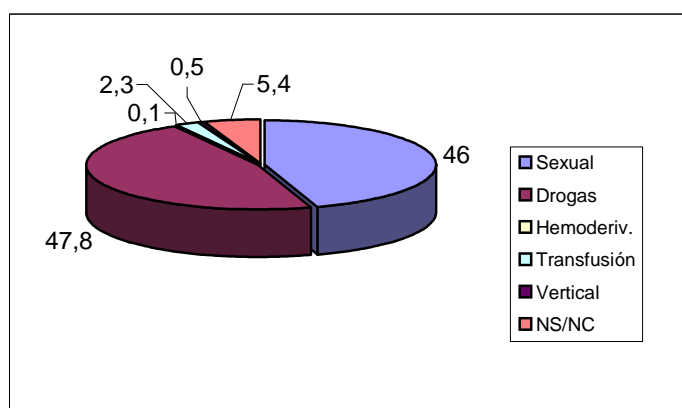


Las relaciones heterosexuales se asocian al VIH, sobre todo, en Canarias, Murcia y Cataluña. En líneas generales, se invierten los patrones tradicionales que se habían observado en el territorio en los que prevalecía la transmisión entre hombres por consumo de drogas y no las conductas sexuales de riesgo que, hasta 1985, no fueron atribuidas como responsables de un caso de Sida.

Las regiones que poseen mayores porcentajes de mujeres infectadas son Navarra (con 27,35%), País Vasco (con 23,74%) y Aragón (con 22,93%) frente a Andalucía (15,80%), Canarias (16,06%) y Castilla La Mancha (16,15%) que son las que menor porcentaje tienen (Bermúdez y Teva, 2004).

Como se observa en la Figura 4, existen otras vías de transmisión que, con los descensos sistemáticos en las últimas décadas, no alcanzan a representar un 1% del total. Así, la vía vertical representa un 0.09% y la transmisión por transfusiones o hemoderivados, sólo un 0.55%.

Figura 4. Población infectada según vías de transmisión en España (2005)



Dentro de estas cifras, se estima que el 3,1% de personas infectadas corresponde a personas inmigrantes que hasta 2004 representó la cifra de 2152 casos. La mayoría de ellos procede de Europa (34%), África (32,3%) y América (30,1%) y mayoritariamente se encuentran en Cataluña, Andalucía y Madrid aunque proporcionalmente son Canarias (9%), Melilla (6%) y Baleares (5,3%) las que más personas inmigrantes infectadas tienen. Como en la población española, las conductas de riesgo vinculadas a las relaciones

sexuales y el consumo de drogas por vía intravenosa son las más frecuentes y en una tercera parte de los casos, entre 2003-2004, la infección se produjo en España (Noguer et al, 2002). Sin embargo, aún mostrando una elevada adherencia a los tratamientos farmacológicos, parece que tienen menor probabilidad de recibirlos (Instituto de Salud Carlos III, 2004b).

Otro elemento que es importante mencionar, se relaciona con el conocimiento y percepción que la población general tiene sobre el VIH-Sida. Según un estudio reciente (INE, 2004), la mayoría de las personas (96%) son capaces de identificar las principales vías de transmisión aunque desconocen las prácticas de riesgo asociadas. Todavía un 16% piensa que se contrae por una picadura de mosquito y aunque menos del 10% piensa que convivir en espacios públicos supone un riesgo, una de cada tres personas no trabajaría o estudiaría con una persona infectada. Quizá, éste es uno de los elementos que dificulta la realización de pruebas de detección de anticuerpos pues sólo alrededor de un 39% de personas manifiesta habérsela hecho. En este porcentaje, sólo un 21% lo hizo por iniciativa propia, frente a la mayor parte de la población que aprovechó una donación de sangre o un control prenatal (38% de la población femenina). Un dato relevante es que, un 37,2% del total de las personas diagnosticadas desconocía su estado, más todavía en el caso de las conductas heterosexuales (59.6%) y homosexuales masculinas (54.3%) (Instituto de Salud Carlos III, 2005).

Respecto a las medidas preventivas, el empleo del preservativo masculino sigue siendo la más reconocida frente al femenino que sólo conoce un 50% de la población. Sin embargo, también se siguen considerando otras opciones ineficaces como válidas: elegir bien a la pareja (60%), hacerse la prueba de manera periódica (60%), tener pocas parejas (45%), preguntar por el pasado de la pareja (43%) o el lavado postcoital (20%).

Si se atiende a la variable de grupo poblacional, aunque la edad media al diagnóstico de Sida ha ascendido a 40,3 años, la población más joven sigue representando un punto de atención principal. El grupo que muestra mayor incidencia en el diagnóstico del Sida es el de los adultos jóvenes (entre 35 y 44 años) que supone un 50% de la población adulta infectada. Seguidamente, se encuentra el grupo de jóvenes (entre 20 y 29 años) que representa el 21% de la población adulta infectada.

Si bien es cierto que se ha observado un descenso en la frecuencia del diagnóstico, no se ha producido de una manera tan significativa como en la población infantil que disminuyó notablemente en los últimos 7 años: de 871 casos detectados (1997) bajó a 3 (2005).

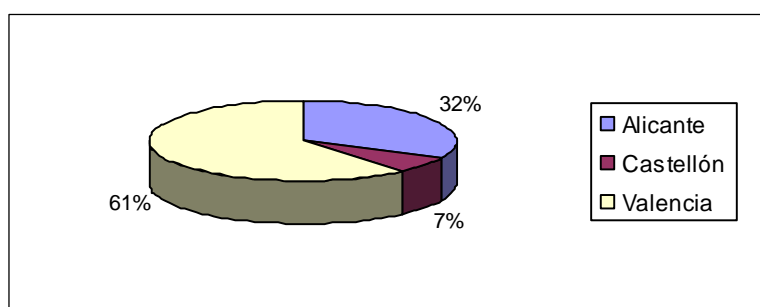
Frente a éstos, los grupos de edad mayores de 40 años, han aumentado paulatinamente su representatividad en el total de los afectados. Probablemente, el acceso a las terapias y la mejora de las condiciones ha contribuido a estas cifras pero, también, las conductas de riesgo mantenidas a lo largo de la juventud que pueden generar tardíamente una infección.

1.4.2. Situación en la Comunidad Valenciana.

La evolución del Sida en la Comunidad Valenciana, desde que se detectara el primer caso en 1984, parece estar descendiendo de una forma lenta. Dichos descensos también parecen relacionarse con la eficacia de la terapia antirretroviral y no tanto con los resultados de las campañas de salud preventivas. Una disminución fue observada a partir de los años 90, donde la epidemia tuvo su punto álgido: en 1994 se detectaron 599 casos.

Desde entonces, si bien es cierto que Valencia (con 3604 casos) y Alicante (con 1881) presentan una mayor tasa de casos, Castellón (con 388) ha sido la provincia que menos ha descendido.

Figura 5. Distribución casos Sida en Comunidad Valenciana



Hasta ahora, el número de casos declarados asciende a 5734, con una estimación de 158 casos en el año 2004 (Amador, Zurriaga y Vanaclocha, 2005). Al contrario de lo

que ocurre en muchas regiones del mundo, en las tres provincias de la Comunidad Valenciana, la mayoría de personas con Sida son hombres: un global de 78% aproximado frente al 22% que representan las mujeres. Probablemente, porque muchos de los casos tienen relación con la transmisión derivada del consumo de drogas intravenosas en la que los hombres presentan una mayor incidencia.

La situación en los centros penales, con el 11,1% de los casos registrados en el sistema de vigilancia, son un ejemplo de este fenómeno: el 90% de casos pertenecen a hombres y en el 92,8% se infectaron por vía parenteral. Por el contrario, si se atiende a la vía heterosexual de transmisión se observa cómo la prevalencia en el sector femenino está aumentando de forma más notable que en el masculino (Amador et. al, 2005). A pesar de esto, sólo se puede encontrar una superioridad en la población femenina, si se atiende a los casos de menores de 14 años.

Por otro lado, destaca la mayor incidencia de casos detectados entre población extranjera. En los diagnósticos, un 38% pertenece a personas originarias de la zona frente a un 70% que corresponde a personas procedentes de otros países. Dos elementos cabe tener en cuenta. Por un lado que la mayoría de estos casos se relacionan con conductas sexuales de riesgo. Por otro, que los diagnósticos se han realizado de una manera tardía, lo cual puede hacer suponer que no necesariamente se infectaron en la región.

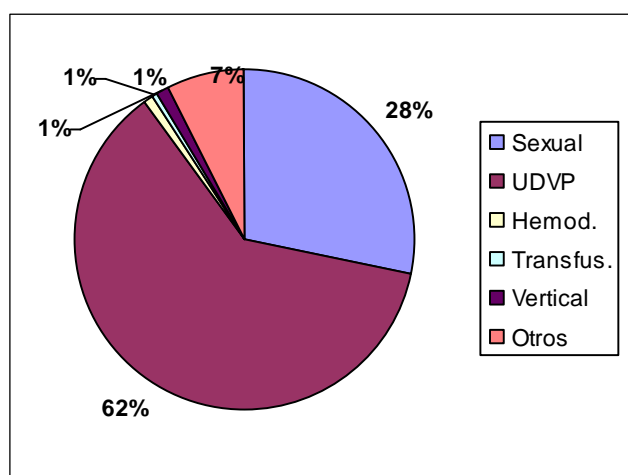
Si se atiende a la variable edad, se observa cómo el grupo de población con mayor incidencia es el de las personas jóvenes adultas (de 25 a 44 años) aún encontrando leves diferencias en función del género. Las mujeres parecen anticiparse en la edad de detección, pues el 27,7% de casos se encuentra entre los 25 y los 29 años de edad. Los hombres, tienen entre los 30 y 34 años de edad, el mayor puntaje en casos de Sida con un 28%.

A partir de lo anterior, considerando el largo tiempo estimado desde la infección hasta la aparición de las manifestaciones clínicas del Sida, se supone que la etapa adolescente y juvenil es la que tiene mayor incidencia en infecciones de VIH. Además, la proyección de estas tendencias puede hacer suponer que la mayoría de los nuevos casos se relacionen con conductas sexuales de riesgo y no con consumo de drogas. En ambos

casos, parece que a partir de los 35 años empieza a descender la tasa de diagnósticos. Sin embargo, no se deben desestimar otros grupos poblacionales como el de la adultez tardía (a partir de 60 años) que, desde 1984, han alcanzado aproximadamente los 160 casos.

Considerando la variable vía de transmisión en el año 2005 (ver Figura 6), las prácticas con mayor incidencia son: la transmisión por vía parenteral (62%) y por vía sexual (28%). Otras vías de transmisión menos frecuentes son: la recepción de hemoderivados (1%), las transfusiones de sangre (1%) y la vía vertical (1%). Probablemente, debido al fortalecimiento del sistema sanitario.

Figura 6. Distribución casos por vía transmisión en la Comunidad Valenciana



Si bien es cierto que la vía de transmisión parenteral supone un 60% del total de casos, en ambos sexos, estas cifras disminuyen a medida que pasa la edad. Si se atiende a la población mayor de 45 años, las relaciones sexuales se ubican como la primera vía con 479 casos, frente a la vía parenteral con 102 casos. Así, a partir de los 50 años, menos del 0.5% de casos diagnosticados se asocian a esta vía, frente al 7% relacionado con la sexualidad de riesgo. En ésta, las conductas homosexuales de riesgo que conllevan Sida (12,9%) son menores que las heterosexuales (15,4%) en las que las mujeres tienen una mayor prevalencia que los hombres.

En la población femenina, los casos de infección de VIH por transmisión heterosexual representan el 27,5% de los casos frente al 12,1% que representa en la población masculina. Como ocurre en otras zonas geográficas la sexualidad de riesgo se vincula en la Comunidad Valenciana, al trabajo comercial del sexo, el consumo de drogas intravenosas y, sobre todo, las prácticas con múltiples parejas desconocidas. Casi la mitad de las mujeres diagnosticadas en 2005 de Sida, adquirieron la infección a través de un contacto sexual con un hombre UDVP.

En el caso de los hombres, en un 14% del colectivo, la transmisión se atribuyó a contactos con profesionales del sexo y en la mayoría de ellos (43%) la transmisión se vinculó a la multiplicidad de relaciones. Desde 1987, la transmisión por consumo de riesgo de drogas intravenosas ha descendido un 37,6%, representando un 49.4% de los casos en 2004. Sin embargo, se ha producido un aumento de casos en la transmisión por prácticas heterosexuales: de 12,4% en 1993, ha aumentado a 27,2% en 2004 (Amador et al, 2005).

También es importante mencionar que sólo un 16,4% de la población general conoce bien las vías de transmisión e incluso en ámbitos universitarios la población estudiantil muestra importantes niveles de desinformación (Ballester, Gil, Gómez y Edo, 1999). Como ocurre en el resto de España, aunque el preservativo es aceptado como un método seguro para la prevención por la mayoría de la población de la Comunidad Valenciana (el masculino, un 96% y el femenino, un 51%), se siguen percibiendo barreras o dificultades para su uso: para algunos puede producir desconfianza (12%), cortar el deseo (42%), dificultar la percepción de sensaciones (30%) o tener complejidad su manejo (13%) (INE, 2004). Otras alternativas que la población propone como medidas preventivas son: hacerse la prueba periódicamente (64%), pedir a la pareja que se realice la prueba (73%), elegir bien a la pareja (69%), tener pocas parejas (43%) o preguntar por el pasado (44%). Probablemente, esto influye en que la tendencia del uso del preservativo en personas jóvenes no haya mejorado en los últimos años (Giménez, Ballester, Gil y Edo, 2006).

Actualmente, la falsa sensación de seguridad, impulsada por el éxito de los tratamientos, también puede estar conduciendo a la población a una relajación de los

métodos de prevención de la transmisión sexual. Además, las personas con prácticas sexuales de riesgo parecen sentirse menos inclinadas a realizarse la prueba del VIH, entre otras cosas, porque su percepción del riesgo es menor. Finalmente, sólo entre el 40 y 45% de la población se han realizado alguna vez las pruebas de detección de anticuerpos del VIH (INE, 2004).

CAPÍTULO 2

PROMOCIÓN DE LA SALUD: PROPUESTAS Y MODELOS TEÓRICOS.

2. PROMOCIÓN DE LA SALUD: PROPUESTAS Y MODELOS TEÓRICOS.

El cambio paulatino observado en la evolución de los patrones de morbilidad y mortalidad de la población mundial hizo necesario, hace algunas décadas, cuestionar la eficacia de la definición tradicional de salud en el abordaje sanitario. Frente a la disminución de la prevalencia de las patologías clásicas o aquellas infecciones prevenibles por vacunación, se ha producido un aumento de las enfermedades crónicas causadas por ejemplo, por la contaminación medioambiental o ciertos factores psicosociales. De hecho, en muchos lugares del mundo, las mayores causas de mortalidad entre la población juvenil se derivan de la adicción de sustancias, las conductas sexuales de riesgo y/o el ejercicio de la violencia (OPS, 2002).

En este contexto, impulsado por acuerdos como la Carta de Ottawa (OMS, 1986) o la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), la concepción de salud como ausencia de enfermedad, asociada a parámetros biológicos perceptibles, fue sustituida por una construcción que integraba el marco de referencia psicosocial y reconocía la importancia del contexto sociohistórico, tanto en el origen de la salud como en su mantenimiento. De esta forma se superaban, al menos, dos elementos clave en el abordaje de la salud de las personas. Por un lado, la concepción de la salud como un elemento estático definido por variables discretas sobre las que se puede actuar en un momento concreto y vinculado a la aparición de un síntoma visible de enfermedad. Por otro, la percepción de que la responsabilidad de la salud recae sobre un profesional sanitario que, con toda la información disponible, tiene la obligación de tomar todas las decisiones pertinentes sobre la otra persona. Frente a esto, el concepto de salud biopsicosocial propone la salud como un proceso continuo de calidad de vida, fundamentado en la atención constante a la persona que igualmente es corresponsable del abordaje sanitario y está integrada en un sistema social que también influye.

A partir de aquí, para reducir la incidencia y prevalencia de las enfermedades, se concibe una perspectiva vinculada al enfoque de competencia frente a un modelo de déficit que culpabiliza a la personas y otorga casi toda la responsabilidad al nivel individual (Fernández-Ríos, 1994). Un enfoque que no parte de la norma estadística para diferenciar lo que es “normal” y “saludable” de lo que no lo es, ya que el hecho de que una

sintomatología presente baja frecuencia en la población no supone que necesariamente sea una enfermedad o patología y a la inversa.

Además de esto, características como la multicausalidad de los eventos, la dificultad en la definición de factores predisponentes únicos o la distancia entre los problemas y sus manifestaciones (ej, adicciones, conductas de riesgo sexual), hacen que se dude de la eficiencia de aquellas estrategias de trabajo centradas exclusivamente en la biología del individuo. A partir de aquí, se conciben al menos tres niveles de acción en el abordaje de la salud (Ribes, 1990): el sociomedioambiental, el biomédico y el psicológico.

La atención socioambiental, aboga por el empleo de un marco ecológico asumiendo el ambiente como un contexto emisor de riesgos pero también de recursos (Hombrados, 1990). Se diferencian al menos dos variables fundamentales: el tipo de cultura sanitaria y la disponibilidad de recursos ambientales.

La *cultura sanitaria*, se entiende como el conjunto de actitudes y hábitos que la población maneja frente a los problemas de salud, resultado de los conocimientos y valores que en cada momento histórico tiene la población sobre esos problemas. Este elemento comprende al menos tres perspectivas (Calvo, 1992).

- Cognitiva: representación mental de la realidad de los problemas de salud que engloba el conjunto de conocimientos existentes sobre la misma.
- Valorativa: juicio de la cultura sobre los diferentes factores que influyen en la salud vinculado con la escala de valores existente en la sociedad.
- Operativa: conjunto de hábitos y conductas que la población tiene frente a la salud y que es producto de las dos anteriores.

Desde la infancia, las personas aprenden a afrontar y entender la enfermedad en el contexto familiar y social. La comprensión de las enfermedades, su dinámica y su tratamiento, dependerá del sistema de creencias sobre el binomio salud-enfermedad que exista en el contexto de socialización de una persona.

Por ejemplo, en algunos contextos en que predomina el matriarcado la influencia de la figura materna lidera la toma de decisión frente a la enfermedad. En otros casos, la

enfermedad se define a partir de una sintomatología visible, por lo que una persona que no sienta síntomas debilitantes o perceptibles suele ser definida como sana, aunque en las pruebas diagnósticas médicas diga lo contrario, tal y como ocurre en casos de tuberculosis o cáncer (Salazar, 1995). En este sentido, en función del tiempo y espacio una misma patología puede definirse o no como enfermedad (Fernandez-Ríos y Buela-Casal, 1997). Dicha influencia puede reflejarse de distintas formas (Salazar, 1995):

- a. Las interpretaciones de la enfermedad pueden influir en la mejor o peor utilización de los servicios retrasando el acudir a ellos o potenciando su uso indiscriminado, afectando al cumplimiento de las prescripciones, al uso de medicinas alternativas o la automedicación.
- b. Las conductas de expresión de síntomas. El grupo social media en las manifestaciones de dolor en tanto que permite o no su expresión e influye, en consecuencia, en la tolerancia o resistencia al dolor.
- c. La interacción entre el profesional de salud y el enfermo. En la medida que el subsistema social y cultural establece los roles correspondientes y sus demandas específicas para cada uno de los participantes, habrá mayor horizontalidad o direccionalidad en la relación.

Por lo tanto, en la medida en que los hábitos saludables sean desarrollados y mantenidos por influencias sociales y culturales será más fácil que las personas tiendan a adquirirlos. En el ejercicio de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, será necesario conocer en qué medida la tradición sociocultural fomenta unos hábitos saludables en cuanto a la higiene, la ingesta de comida, las relaciones sexuales, el consumo de sustancias tóxicas, etc.

Figura 7. Construcción social de la salud (Calvo, 1992)



En este contexto, si las conductas de salud están en un entramado social con muchos niveles que lo atraviesan es lógico que los modelos de prevención de riesgo integren una perspectiva social e individual. De hecho, los programas basados únicamente en el individuo han tenido un éxito relativo e incluso algunos proyectos que

han sido eficaces en un sitio, no lo han sido en otro aún teniendo las variables individuales controladas

Una muestra de lo anterior, es el intento fallido de trasladar las estrategias empleadas en el trabajo con población gay de Nueva York a otras comunidades. Probablemente, en función del segmento social y el área geográfica, los grupos de población manifestarán diferentes necesidades y distintos modos de acceder y promover las mismas (Friedman, Des Jarlais, Ward, 1994).

Por otro lado, la *disponibilidad de recursos ambientales* se concibe a partir del análisis de las estructuras sociales y de la accesibilidad a un medio salubre con disponibilidad de agua potable, bajo nivel de hacinamiento, acceso a alimentos, etc. Dicha disponibilidad se relaciona con el nivel de salud de la población y, por ejemplo, en el caso del VIH-Sida se relaciona con una mayor vulnerabilidad ante la infección (Bradley-Springer, 2008). Además, la enfermedad provoca un agravamiento de la pobreza con el subsiguiente desgaste de la economía familiar, la menor probabilidad de formación, el bajo rendimiento productivo y, con todo, la disminución de la calidad de vida (García y Sánchez, 2003).

Dentro de la atención biomédica se considera, por un lado, la inmunización ante los agentes infecciosos potenciales y, por otro, la detección y tratamiento temprano de las patologías incipientes. Desde la *inmunización*, destaca el rol de las vacunas en la tradición sanitaria aunque no en todos los casos existan e incluso, existiendo, no puedan prevenir la aparición de las enfermedades a las que van dirigidas. Por ejemplo, en el caso del VIH-Sida, la rapidez con que la epidemia se propaga haría casi imposible que el reparto y disponibilidad de la misma cubriera las demandas. Considerando otras variables como la disposición socioeconómica del Sida a escala global, el costo de los fármacos y los procesos de distribución de los mismos, cabe pensar que sería poco probable que tuviera un resultado notable en la población aunque se descubriera una vacuna (Bayés, 1995). Otros elementos como la mutación del virus y la diferencia interindividual entre las personas infectadas por VIH, dificultaría una cobertura de protección del 100% de una manera eficiente.

En cuanto a la *detección y tratamiento temprano de las patologías*, será necesario realizar una labor formativa en la que se de a conocer a la población el riesgo, qué tipo de sintomatología acompaña a la patología, además de los servicios de atención a los que pueden dirigirse. Aún así, eventos como la gran variabilidad en la respuesta de las personas ante el VIH, dificultan este proceso de atención sanitaria. Por ejemplo, sólo analizando la dimensión temporal ya se encuentran diferencias en la presentación de sintomatología, ya que entre unas personas y otras pueden distar hasta diez años.

Desde estas premisas, es fácil comprender que ambos niveles de atención (social y biomédico) estén mediados por el nivel de atención psicológica y, con éste, por los componentes cognitivos, emocionales y conductuales de cada persona. Por un parte, la disposición que la persona tenga hacia su contexto sociocultural determinará en qué medida asimila y adopta los patrones sociales de conducta y en qué medida puede marcar las diferencias, sobre todo, en aquellas pautas que no supongan beneficio para la salud. Por otra parte, si bien es cierto que la distribución de recursos no siempre estará al alcance de la población, también lo es que su reorganización y optimización sí lo pueden estar.

En esta línea, varias relaciones se pueden establecer entre las disposiciones personales y el ámbito biomédico. Por un lado, el estudio de la psiconeuroinmunología fundamenta cómo el sistema inmunitario puede modularse a través de variables psicológicas que mediando variables biológicas puede afectar el nivel de inmunocompetencia de las personas (Bayés, 1995). Además, a través del comportamiento se realiza el contacto directo o indirecto con el agente patógeno o, en otros casos, puede producir algunos cambios en el organismo a partir de alguna ingesta (ej. consumo de alcohol, tóxicos, etc.). Por otro lado, en actividades relacionadas con el diagnóstico y tratamiento, la conducta puede ser el instrumento para detectar y atender el surgimiento de condiciones patógenas o potenciar la acción terapéutica mediante la adherencia y la cooperación en el tratamiento.

Así, desde la atención psicológica se concibe el abordaje de la salud como un evento multifactorial en el que se deben trabajar distintos niveles. Por ejemplo: cambiando actitudes y normas, atenuando las reacciones emocionales adversas, adiestrando habilidades, facilitando los elementos instrumentales y condicionantes

necesarios para la prevención, disminuyendo la vulnerabilidad del organismo al VIH, proporcionando alternativas atractivas a los comportamientos de riesgo y reforzando los comportamientos de prevención (Bayés, 1995). En suma, se pretenden fortalecer procesos en los que las personas adquieran y asimilen aquellos medios necesarios para controlar y mejorar su propia salud. Asumida la educación como herramienta para el abordaje de una salud positiva, se considera la estructura socioeconómica como uno de sus determinantes y se plantea la necesidad de analizar la realidad para transformarla mediante la adquisición de conocimientos, el análisis de las situaciones y el trabajo de actitudes, valores y creencias (Aibar, 2001).

En este contexto reaparece el interés por las actividades preventivas y educativas que, junto al perfeccionamiento de la tecnología sanitaria, parece ser uno de los mejores procedimientos para mejorar la calidad de vida de las personas (Fernández-Ríos, 1994). Se difunde el concepto de estilo de vida, como una conducta individual pero con base cultural, política, social y económica. El estilo de vida es la manera en que una persona interactúa con su propio cuerpo y el ambiente social y material, definiendo así las estrategias de afrontamiento y enfrentamiento de las demandas y desafíos que se presentan durante ese proceso (Hurrelmann, 1997). Su relevancia, admite la relación entre la conducta y la salud/enfermedad en el plano individual, comunitario y también en la implementación y evaluación de programas de prevención (Fernández-Ríos y Buela-Casal, 1997).

Las estrategias de prevención (primaria, secundaria y terciaria) promueven la reducción de los factores de riesgo que ocasionan o mantienen la enfermedad. Clásicamente se han asociado al modelo tradicional de salud y enfermedad pero la meta de la promoción de una mejor calidad de vida le hace ir más allá. Desde una concepción psicosocial y de proceso, se persigue la activación y autorresponsabilidad de las personas en su salud mediante el respeto del conocimiento de las personas y el fomento del autocontrol (Bravo y Serrano-García, 1997).

Se propone el desarrollo de fortalezas y recursos adaptativos en las personas como un elemento necesario para que puedan mantener y disfrutar de su bienestar, si es necesario, modificando factores socio-ambientales relacionados con la enfermedad. Se relaciona con el movimiento social comunitario, en cuanto se pretenden transformar los

fundamentos sociales de la cultura y la estructura social existente para que todos tengan acceso a la salud.

Se parte de una concepción positiva de la salud y del supuesto de que el perfeccionamiento de destrezas y habilidades encaminan a una mejora de calidad de vida de las personas que tendrán la capacidad de mediar los eventos en el ambiente (Martín, Chacón y Martínez, 2003). Por ejemplo, en poblaciones adolescentes, se propone la estrategia de proteger a la persona del efecto de factores asociados a daños como la deserción escolar, las familias disfuncionales, el consumo de alcohol y drogas o las prácticas sexuales de riesgo (Ronchon, 1996).

De esta forma, en el desarrollo de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, podría establecerse un continuo marcado desde el disfrute del estado de salud hasta la mitigación del impacto psicosocial de una patología crónica en su última fase. El abordaje se va adaptando a las características de la persona, considerando no sólo la vulnerabilidad de la misma sino también sus fortalezas. Un afrontamiento positivo de las personas en función de la interacción entre variables individuales y del ambiente, moduladas por aspectos como el tipo de evento, el contexto o su etapa evolutiva. En este marco, se entiende la construcción de distintas estrategias de prevención como la primaria, la secundaria y la terciaria que, desde varias ópticas, buscan favorecer el fortalecimiento de la salud biopsicosocial. Mientras desde la prevención primaria se fomenta el mantenimiento óptimo de la salud en la secundaria, ante una carencia de la misma, se plantea la detección temprana de los problemas de salud y en la terciaria, enfrentando una situación de grave deterioro de la salud, se pretende ampliar al máximo su disfrute (Sumay, 1992). Así, el abordaje sanitario se vincularía a la evolución del proceso salud-enfermedad y, en dicha medida, se intercambiaría la relevancia de los factores de atención.

La **prevención primaria** pretende que la persona permanezca en su estado de salud y lo potencia al máximo mediante la búsqueda de actitudes, conductas y estilos que constituyan defensas naturales en su contexto (Sumay, 1992). Así se propone una acción válida que permite recuperar la importancia del entorno social e incorpora el concepto de ser humano como sujeto activo. En este marco, se pretenden fortalecer procesos en los

que se proporcione a la población los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla, considerando los denominados factores protectores además de los contextos de riesgo. La alienación, por ejemplo, destaca como uno de los graves problemas en la promoción de salud, al constituir un determinante distal de la morbi-mortalidad. Tanto la participación activa de las personas en su comunidad como el denominado *empowerment*, centrado en el fortalecimiento, son estrategias imprescindibles para reducirla. Si bien ambos elementos no son sinónimo de la prevención es necesario que se incluyan en ella (Fernández-Ríos, 1994). Para ello destaca la importancia del proceso de planificación con el fin de lograr la movilización social y el desarrollo vecinal mediante la formación de redes, relaciones y proyectos asimilados por la comunidad.

Se plantea una implicación activa por parte de las personas en todos los aspectos de su propio cuidado de salud, un proceso de complementación de las tareas médicas de los servicios sanitarios que serán compartidas con la población y un deseo de asumir responsabilidades en la toma de decisiones respecto a los aspectos de la vida social y política. La promoción de salud ha de estar dirigida al desarrollo de habilidades personales, la creación de entornos favorables y la participación y acción comunitaria (Bayés, 1991), transformando las vivencias desde un modelo de esperanza aprendida que atribuye la expectativa de control y que ha superado el de indefensión aprendida vinculado a la incontabilidad (Fernández-Ríos, 1994).

En esta línea, Kroeger y Luna (1992) hablan de la “participación comunitaria integral” como un proceso continuado en el que la comunidad es activa desde el diagnóstico hasta la evaluación, favoreciendo la sostenibilidad de las acciones. Se describen al menos cuatro resultados positivos, frente a aquel tipo de participación condicionado desde el exterior (Covandonga y Colomer, 2001):

- Ampliar la cobertura. Proporcionar mayor apoyo a los servicios y programas de salud por parte de la población, incrementará el número de beneficiarios potenciales.
- Eficiencia. La participación en la planificación, monitorización y evaluación de las actuaciones facilitará la coordinación y mejor uso de todos los recursos y esfuerzos.
- Efectividad. Acordar las prioridades y determinar metas en conjunto, objetivos y estrategias reforzará conocimientos, habilidades y recursos locales.

-Equidad. La implicación en el desarrollo de los proyectos puede facilitar un mejor acceso a los servicios y a la información de salud de las personas o grupos con dificultades o riesgos específicos, ya sean físicos o sociales.

Una acción comunitaria debe ser entendida como el intercambio de opiniones y experiencias, entre los usuarios y la comunidad, para estimular la articulación y el fortalecimiento de redes de apoyo. Se propone el logro de cauces políticos de participación, el desarrollo de organizaciones comunitarias, el incremento de la cooperación intersectorial, el aumento de competencia social y sentido comunitario de los ciudadanos. Todo esto, con la intención de dotar a las personas, grupos y organizaciones de poder para determinar y controlar su conducta, además de fomentar la creencia, eficacia y disposición para involucrarse en su contexto social (Fernández-Ríos, 1994). Una acción, basada en la relación de necesidades y recursos, dirigida a modificar la realidad o subsanar carencias que afecten a los sectores poblacionales a fin de llegar a los estándares de bienestar aceptables socialmente (Sánchez, 1996).

En este sentido la prevención del VIH por transmisión de vía sexual, pretende generar un espacio de participación y construcción comunitaria en el que se perfilen las normas y pautas sociales saludables de acción. Además, facilitar la formación en habilidades y destrezas vinculadas con conductas preventivas concretas como la negociación del uso del condón o su propio manejo. Esto con la intención de conseguir que además de que la población esté informada, use dicha información reconociendo que es necesaria, válida y eficaz (Bayés, 1995).

Tal y como se ha comentado, la evolución del proceso salud-enfermedad, representa un sistema interactivo de variables multidimensionales en el que la prevención secundaria y terciaria pueden jugar un papel fundamental en el abordaje del bienestar de la población. Retoma su importancia en la medida en que se concibe como una prioridad sanitaria la atención adecuada a la población más vulnerable, por ejemplo, los pacientes de VIH-Sida (Fernández-Ríos, Cornes y Codesido, 1997).

En la **prevención secundaria**, se propone atender la patología desde la curación y la detección temprana para reestablecer los niveles de salud básicos. Se establece una

interrelación entre los elementos curativos y paliativos en la que ambos van variando su proporción de importancia desde una visión complementaria. En este proceso, también el acompañamiento emocional va tomando relevancia. El hecho de catalogar a alguien como una persona enferma hará que se le victimice y pueda llegar a volverse pasivo sin asumir su responsabilidad ante la enfermedad. La acción será más eficaz en la medida en que no se reduzca la capacidad de la persona y su estado de madurez y, por otro lado, se fomente el esfuerzo por readaptarse de nuevo a la sociedad. De hecho, si a las personas se les etiqueta y diferencia del grupo de referencia de pares será más complicado fomentar su bienestar y se facilitara su vulnerabilidad (Caplan, 1985).

En concreto, dentro de la prevención secundaria, se pretenderá impedir el avance de una condición patológica incipiente que va mermando el espacio vital de la persona y que requiere de actividades como: la autoexploración rutinaria, el hábito de acudir a los servicios sanitarios, la adherencia a tratamientos y el mantenimiento de un estilo de vida saludable que permita mejorar la condición de morbimortalidad. Dentro de este ámbito de intervención, la acción preventiva se puede fortalecer mejorando los sistemas de detección temprana y alertando a la posible población de riesgo, ya que cuanto antes se conozca el estado del afectado será más fácil adaptar la terapia a las condiciones sociodemográficas del paciente. En este sentido, dos elementos cabe tener en cuenta, que el diagnóstico precoz tendrá eficacia en la medida en que se logre administrar un tratamiento efectivo en un tiempo breve y que los programas de prevención deben manejarse sobre criterios éticos para no generar "programas de búsqueda de sospechosos" en los que se pueda transgredir el derecho a la intimidad (Fernández-Ríos, 1994).

Para potenciar el diagnóstico precoz, será necesario contar con estructuras y espacios de comunicación social que faciliten un canal adaptado a la realidad de la población por ejemplo, a través los medios de comunicación, en el ámbito de una educación pública. A través de la información sobre los síntomas debe promoverse tanto el reconocimiento como la reducción del estigma asociado a causas y consecuencias de la transmisión. También, podría considerarse la formación de los líderes comunitarios para que pudieran hacer una buena detección y derivación a los centros sanitarios y, en la medida que fuera posible, difundir unos protocolos de primera actuación.

En el caso de la infección del VIH, se pretende fomentar el autocuidado y promoción de los espacios vitales vinculados a proyectos y metas de vida para que la enfermedad no absorba todo el tiempo de la persona y su grupo social. Además, generar un entramado social afectivo de contención y sostén por ejemplo, a través de las terapias familiares (Sumay, 1992). En esta línea, autores como Bayés (1995) proponen medidas específicas asociadas a la naturaleza del VIH-Sida y dirigidas a fortalecer el ámbito psicosocial de la persona, favoreciendo la responsabilidad de su proceso de salud pero también la normalización del mismo. A través de las intervenciones se busca dar una atención eficaz a las distintas necesidades que la persona pueda demandar ya sea por aspectos biomédicos o psicoterapéuticos. Como por ejemplo, en cuanto a los factores personales: la capacidad de autocontrol, la resolución de problemas, las dificultades de comunicación, la revisión de los proyectos de vida, la afectación de múltiples sistemas orgánicos, los sentimientos de culpabilidad o, incluso, la elaboración de los duelos por personas significativas. En lo relacionado a los factores sociales: la comprensión por parte de las personas cercanas o la identificación de los propios recursos.

En la medida en que el proceso de salud se haya deteriorado y la condición patológica haya generado muchos daños, toma importancia la **prevención terciaria**. En esta fase, la cobertura de las necesidades personales se relacionan en gran medida con una práctica sanitaria dirigida a confortar al paciente y, con ello, al control de síntomas, al apoyo emocional y a la comunicación continua de todas las personas afectadas (Barreto, 1994). De esta forma, se pretende prevenir la cronicidad de ciertos estados y el deterioro acelerado de la persona para mantener o ganar espacios de salud.

En función del estadio de la enfermedad, se promueven distintas medidas en busca de la recuperación posible de la calidad de vida. Una labor importante es trabajar la fortaleza y competencias de la propia persona para que afronte los estereotipos y prejuicios sociales y propios sobre su enfermedad, ya que cuando su entorno conozca el diagnóstico probablemente influirá en su modo de relación e incluso pueden frenar su acción cotidiana. Asimismo habrá que trabajar con la población educación sobre la enfermedad y la sintomatología. Algunas acciones, como la promoción de las conductas

alternativas que no perjudiquen los tratamientos o el fomento de la adherencia, son también consideradas en la prevención secundaria (Bayés, 1995).

Otro punto de trabajo es el mantenimiento de la red social de apoyo y de los canales de comunicación para que no se pierda su rol social, sobre todo cuando está viviendo una situación de hospitalización. Debe evitarse el aislamiento y la separación del contexto rutinario, estudiando si el "hospitalismo" es mejor para el paciente o sólo es una manera de eliminar las fuentes de perturbación en la comunidad. En el caso en que sea posible será mejor buscar instituciones intermedias como hospitales de día, claro que esta opción requiere muchos recursos y formación aunque no tantos si se compara con los gastos hospitalarios que supone un paciente.

La prevención terciaria se asume como una acción comunitaria que se integra en el proceso de enfermedad para recuperar el funcionamiento óptimo social e individual y las redes entre ambos puntos. Algunos autores la diferencian de la rehabilitación que consideran sólo en un nivel individual (Fernández-Ríos, 1994). En esta medida, se propone una actuación mediante la rehabilitación a gran escala que busca devolver a la máxima capacidad productiva a las personas afectadas. La promoción de la autonomía personal desde el afrontamiento de las propias limitaciones y la mejora de la comunicación, junto al fortalecimiento de la red social de apoyo y el acompañamiento emocional, serán elementos necesarios para mejorar la calidad de vida del enfermo (Carrobes, Remor y Rodríguez-Alzamora, 2003).

El caso concreto del Sida, aunque es similar a muchas otras enfermedades, tiene ciertas particularidades que deben ser reconocidas e incluso su impacto psicosocial puede diferenciarse de otras enfermedades tan graves como el cáncer (Edo y Ballester, 2006). Por ejemplo, destaca el hecho de que muchos de los pacientes sean jóvenes y, por tanto, se encuentren en una etapa vital que socioculturalmente no se asocia a la enfermedad y mucho menos a la muerte. Además, ante los cambios corporales percibidos, también influye la importancia que se le concede a la figura en esta etapa temprana que genera una ruptura con su propia identidad corporal acompañada de miedo al rechazo (Barreto, 1994). Por supuesto, también cabe destacar el carácter simbólico de

la enfermedad asociada al estigma y rechazo social que dificultará su asimilación y vivencia cotidiana (Ballester, 2006).

La psicología preventiva considera al ser humano y su contexto sociomaterial desde una perspectiva ecológica y con una conceptualización integral, según la cual se considera una orientación globalizadora del ser humano en su hábitat social y material. Se concibe desde una perspectiva proactiva porque las intervenciones se dirigen a la población que esté o no en riesgo (Fernández-Ríos y Cornes, 1997). De esta forma, la prevención de la enfermedad propone un acompañamiento a la población a lo largo de su proceso salud-enfermedad otorgándole al mismo tiempo un rol activo y responsable en su bienestar. Además, considera a la persona como un ser lleno de potencialidades, extendiendo su interés a la búsqueda de las capacidades y no simplemente a la atención de la patología.

En dicho proceso, se enfatiza la importancia de la interacción de variables físicas, psicológicas y sociales y se reitera la necesidad de crear modelos comprensivos que permitan generar condiciones saludables dignas. Las acciones preventivas deberán apelar a modelos relacionados con variables cognitivas, conductuales y emocionales que, de un modo sistemático, planteen la acción considerando todos los elementos de ámbito psicosocial (Mantell, Divittis y Auerbach, 1997). La diversificación teórica puede resultar útil si permite guiar la práctica desde distintos niveles y contextos socioculturales, observar un problema desde distintas perspectivas o visualizar distintos problemas en un mismo contexto. Así, el marco teórico puede suponer un modelo de acción útil para la solución de problemas prácticos (Fernández-Ríos, 1994). En esta línea, considerando la situación actual del VIH-Sida, la prevención se define como una de las estrategias de abordaje que puede ser más eficaces siempre que se conciba a las personas como seres inmersos en un contexto histórico, temporal, social y cultural que influye en su desarrollo tanto positiva como negativamente (DiClemente y Peterson, 1994).

En el presente trabajo se definen propuestas que en su práctica han demostrado elementos de éxito en el abordaje de la promoción de la salud (Green y Simons-Morton, 1988; DiClemente y Peterson, 1994; Espada y Quiles, 2002; Kirby, Laris y Rolleri, 2007). A partir de la enumeración de distintas variables y la estimación de la interacción entre

ellas, diferentes autores formulan propuestas teóricas para predecir las acciones de salud de las personas. Entre ellas, se pueden distinguir las que poseen un corte más cognitivo de las que se fundamentan en principios de la psicología social. Las primeras, asumen que las personas son seres racionales que guiarán la conducta en función de cálculos que realizarán según ganancias y pérdidas obtenidas con una conducta determinada. Si bien es cierto que tienen diferencias entre ellas, al menos tres principios comunes pueden destacarse: el énfasis en las creencias de las personas sobre las consecuencias de realizar las conductas preventivas, la importancia de la creencia sobre la expectativa-valor y el propio interés que la conducta tiene para la persona. Uno de los aspectos en que difieren es el del valor otorgado a las cogniciones actitudinales como predictoras de las conductas saludables.

Las propuestas más vinculadas a la psicología social consideran, por un lado, la importancia del contexto sociohistórico en el desarrollo y construcción personal y, por otro, la importancia de los estilos de vida y por tanto, de elementos conductuales como principales causas de morbi-mortalidad en la población. En este marco, se propone averiguar qué bases e influencias rigen el aprendizaje de dichos elementos y profundizar en una estrategia de acción educativa sistemática que permita llegar a la población meta considerando su realidad y fomentando aquellos factores protectores que le permitan disfrutar de una calidad de vida digna. Existen varios modelos destacables en el abordaje del cambio de conducta en contextos sociales minoritarios y cuatro claves de acción se desprenden de ellos: la importancia de la difusión de las acciones, el trabajo con los líderes y organizaciones preexistentes, la movilización social y la consideración del contexto como un elemento condicionante de la conducta.

2.1. MODELO DE CREENCIAS DE SALUD.

El modelo de creencias de salud (Rosenstock, Strecher, y Becker, 1980) está fundamentado en el paradigma cognitivo-conductual y, desde sus orígenes, ha sido aplicado a distintos ámbitos de la salud. Desde la base conductista, se presupone que la conducta puede ser reducida a relaciones estímulo-respuesta elementales moduladas por sus consecuencias inmediatas. Desde la perspectiva cognitiva se asume que los procesos

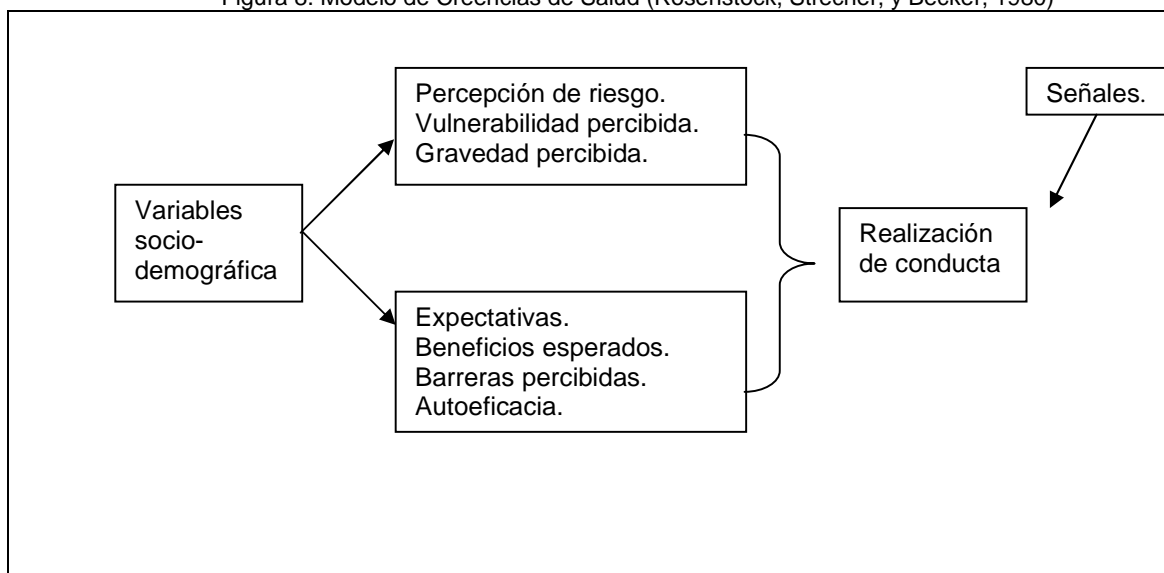
mentales están en la base del comportamiento y, por lo tanto, se atribuye mucha importancia al valor que las personas otorgan a las consecuencias y a las características de la acción. De hecho, se presume que la conducta de una persona está en función del valor subjetivo que tiene hacia un determinado logro y la probabilidad de que cierta acción le conduzca al resultado que espera.

Este modelo concibe a la persona como un sujeto racional, un tomador de decisiones lógicas que trata de maximizar los beneficios y minimizar los costos o riesgos de su conducta. La persona define su acción desde la valoración subjetiva de una determinada expectativa, es decir, de lo que piensa que puede ocurrir y, por tanto, lo que puede ocasionar (o no) algún tipo de consecuencia en su bienestar.

Se parte, por tanto, de una premisa lógico-racional en la que la persona compara costes y beneficios de adoptar ciertos comportamientos. Por ende, la probabilidad de que una persona tome medidas preventivas cuando se enfrenta a un riesgo específico para su salud, dependerá de factores relacionados con las creencias (ver Figura 8). Dichas creencias tienen efectos multiplicadores sobre la conducta e incluyen:

- Susceptibilidad percibida: la percepción subjetiva de riesgo que corre el sujeto de contraer una enfermedad, aunque diste mucho de la realidad, puede afectar de manera importante a la intención de asumir una conducta.
- Gravedad percibida acerca de la enfermedad. La seriedad que el sujeto atribuye al hecho, incluyendo las consecuencias físicas, sociales y económicas.
- Beneficios que se prevén. Consecuencias positivas que se espera recibir por la puesta en práctica de las conductas de protección.
- Barreras percibidas. Los costos derivados que supone realizar un comportamiento saludable a nivel psicológico, social, ecológico y económico.
- Señales de atención. Avisos que le recuerdan al sujeto la necesidad de realizar actuaciones preventivas.
- Grado de autoconfianza. Percepción que la propia persona tiene sobre sus posibilidades y capacidades para realizar la conducta deseada.
- Grado de importancia de la salud para la persona. Nivel de interés que despierta la salud en la persona como variable facilitadora o inhibidora de la acción.

Figura 8. Modelo de Creencias de Salud (Rosenstock, Strecher, y Becker, 1980)



A través de esta propuesta, el modelo defiende que la percepción individual determina el comportamiento de la persona y no el ambiente en el que se socializa. Dicho ambiente no se relaciona, necesariamente, con las denominadas “señales de atención” que, en el contexto de la conducta, recuerdan al sujeto la realización de actuaciones preventivas.

Según la propuesta, el primer elemento que facilitará la conducta lo constituirá el ser consciente de la existencia de un riesgo de enfermar y de la valoración de cierta gravedad en las consecuencias de la enfermedad. En paralelo las barreras percibidas, al igual que ocurre con los beneficios, parece que serán más relevantes en cuanto la percepción del peligro sea consciente en la persona (riesgo y gravedad). También la autoeficacia se propone como un elemento determinante, sobre todo, si la conducta implica ciertas destrezas.

En el campo de la salud el valor sería el deseo de evitar la enfermedad o de mantener la salud y la expectativa, la creencia de que una determinada acción saludable puede evitar la enfermedad (Espada y Quiles, 2002). En el caso concreto del VIH-Sida implica que las personas deberían: creer que el Sida es grave; que ellos están en riesgo;

tener indicadores de ese riesgo; conocer los mecanismos de prevención del VIH; estar motivados para hacer los esfuerzos y tener recursos para desarrollar las conductas seguras (Páez, Ubillos, Pizarro y León, 1994). Las estrategias, deberían promover la Autoeficacia, facilitar la percepción de riesgo y de gravedad de la enfermedad y, respecto a la conducta segura, minimizar los costos y aumentar los beneficios (DiClemente y Peterson, 1994).

Los autores se apoyan en algunos estudios en los que se demuestra cómo una alta percepción de los riesgos y probables beneficios derivados de acciones preventivas son buenos predictores del cambio conductual. También en el hecho de que es posible modificar las percepciones subyacentes y las creencias a partir de ellas, por ejemplo: reforzando las imágenes asociadas a los beneficios positivos, fomentado el entrenamiento de habilidades conductuales o difundiendo mensajes con niveles moderados de miedo para fomentar la percepción de riesgo. Se sabe que la información que provoca miedo es más efectiva cuando la conducta preventiva recomendada ayuda a reducir la ansiedad de dicho miedo (Moatti, KABP-Grupo Investigador y ACSF, 1996).

Desde un punto de vista crítico, una de las debilidades más destacables en este modelo es la invisibilización de las variables emocionales y afectivas en la definición de la persona, sin considerar además de manera eficiente las diferencias interindividuales, por ejemplo, entre la población autóctona y la inmigrante (Lin, Simoni y Zemon, 2005). En la práctica cotidiana se observa cómo las conductas de las personas no siempre son consistentes con las creencias que tienen y otros elementos no considerados en el modelo, como la presión grupal, son influyentes en la realización de dichas conductas. Si se centra la atención en el estudio de la población juvenil es importante considerar que la sexualidad está definida por un carácter impulsivo e improvisado, no necesariamente relacionado con el contexto de la lógica racional que propone el modelo. Asimismo, en el análisis del costo-beneficio conductual, se observa cómo la conducta de prevención tiene los efectos positivos a largo plazo y en términos de probabilidad mientras el coste es inmediato y seguro. La conducta de riesgo, por su lado, tiene un refuerzo positivo inmediato y seguro mientras las consecuencias negativas lo son a largo plazo y sólo de forma probable (Páez et al, 1994).

Asimismo, el modelo tampoco considera las diferentes representaciones sociales sobre la enfermedad o la variabilidad normativa en la concepción de las conductas. En ocasiones, la formulación de las categorías se hace de manera absolutista y discreta lo que facilita que se invisibilicen otro tipo de argumentaciones que no necesariamente son poco saludables aunque difieran de la norma implícita óptima que el modelo determina como válida (Moatti et al, 1996).

Por otro lado, otros elementos que son considerados primordiales como la percepción de gravedad o la percepción de riesgo no necesariamente pueden tener una asociación tan fuerte con la realización de la conducta preventiva (Lin et al, 2005). Quizá uno de los problemas mencionados por distintos autores es el llamado *primus inter pares* (Páez et al, 1994) por el que las personas creen que tienen menos riesgo ante los eventos que sus pares.

Cabe destacar, sin embargo, que el modelo de creencias de salud ha sido uno de los más empleados a la hora de abordar las conductas individuales relacionadas con la salud en diversos ámbitos. Si bien es cierto que ha sido criticado por algunos autores, también lo es que existen en él elementos muy válidos por los que merece ser destacado (Soto, Lacoste y Panesfuss, 1997). En cuanto a la relevancia de las variables cognitivas que presenta, varios son los autores que afirman que dicho elemento es un factor predisponente para la adopción de los hábitos saludables. La experiencia ha demostrado que simplemente la transmisión de información ha tenido un efecto positivo en la población (Toledano, Campos, Silveria y Pérez, 2006) y que previo a otro tipo de intervenciones es necesario un procesamiento de la información relacionada, en este caso, con el VIH-Sida.

En su conjunto, es importante rescatar cómo a través del modelo se recalca la importancia de que las personas participen y ejerciten la prevención como tomadores de decisiones racionales y como agentes determinantes para la realización de la conducta saludable. En dicho proceso, los autores proponen un entramado de variables que aún no estando correlacionadas en su conjunto poseen relevancia de manera independiente. En este sentido, es necesario rescatar el énfasis que otorga el modelo a las barreras percibidas que pueden desembocar en un cambio de conducta y que, en la población joven, representan un punto crítico (Winfield y Whaley, 2002). Además, desde esta

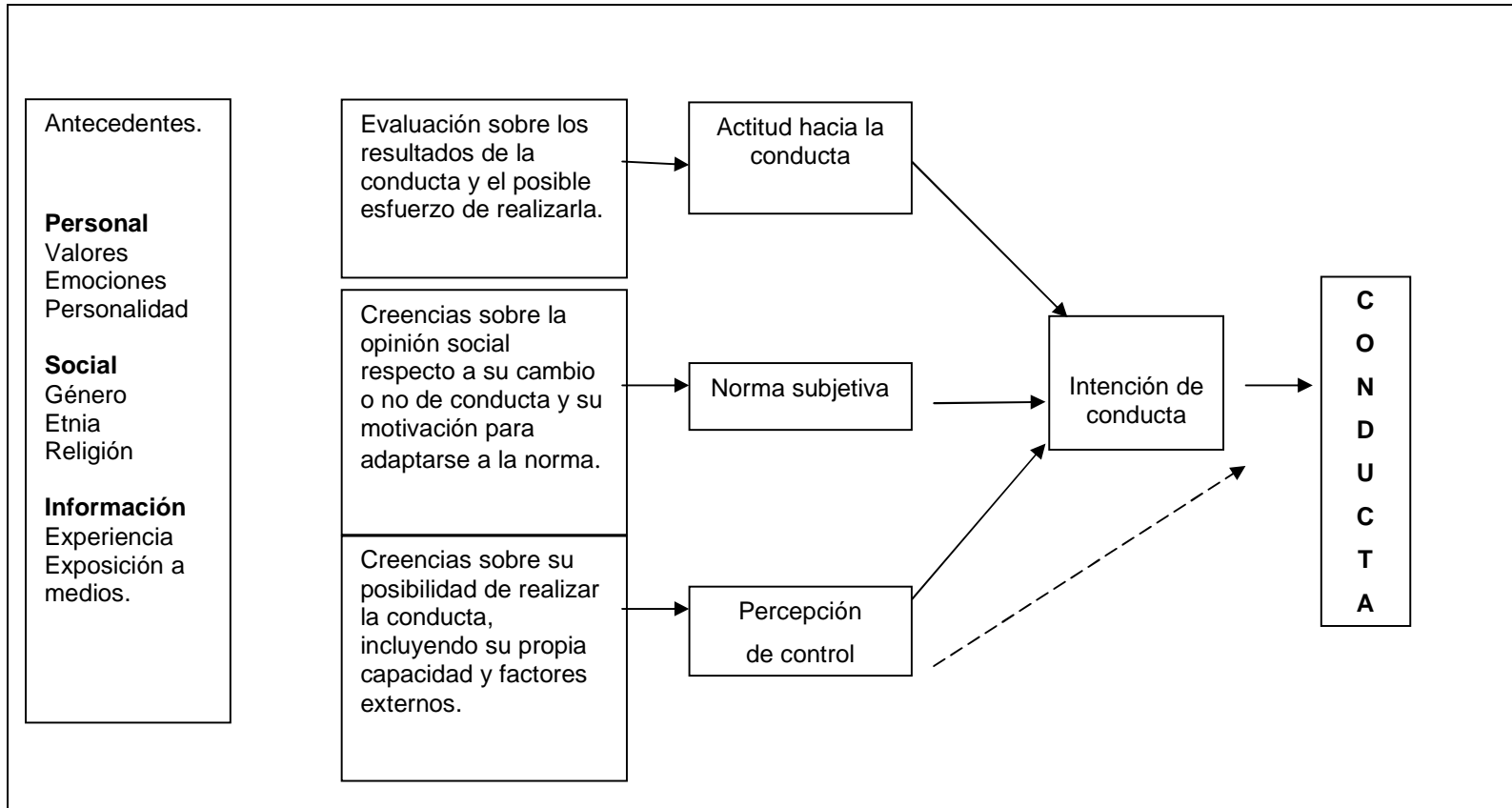
conformación tiene la capacidad de asimilar conceptos de otros modelos, como el de la autoeficacia de Bandura, para completar la significación de su propuesta. En este contexto, su importancia radica en dar ciertas pautas para el diseño de las estrategias de prevención de riesgo que, por un lado, deberían promover la autoeficacia, facilitar la percepción de riesgo y de gravedad de la enfermedad y por otro, respecto a la conducta segura, minimizar los costos y aumentar los beneficios. Además, ha dado pie a muchas investigaciones y programas preventivos que han ayudado a conseguir cambios, por ejemplo, en las conductas de la población homosexual en San Francisco. Asimismo, ha guiado la construcción de los contenidos de los mensajes en muchas estrategias de prevención (Rosentock, Strecher y Becker, 1994).

2.2. TEORÍA DE LA ACCIÓN PLANEADA.

La Teoría de la Acción Planeada (Ajzen, 1991) aborda la relación entre los componentes cognitivo-emocionales que forman parte de los esquemas mentales de las personas y las conductas y hábitos que desarrollan. Se asume que los factores psicológicos (características afectivas y cognitivas) y sociales (tipo de relaciones, normas socioculturales, etc.) actuarán facilitando o inhibiendo la manifestación de una conducta humana (Carpi y Breva, 2002). A partir de la Teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) se propone un modelo estructural de valor esperado que integra en su desarrollo la racionalidad instrumental y la variable de la normativa cultural. La predicción del comportamiento humano se estima desde el papel protagonista de los procesos cognitivos y, en concreto, desde la importancia de la intención de las personas para ejecutar las conductas. Una vez determinada la conducta en la intención de realizarla influirán, principalmente, tres elementos (ver Figura 9):

- La actitud hacia la conducta, como la percepción de las consecuencias de realizarla y los valores que para cada persona tienen dichas consecuencias.
- La “norma subjetiva”, de carácter colectivo y social, como referencia a lo que las personas piensan que es relevante en su medio y en qué medida están dispuestas a cubrir dichas expectativas (Fishbein y Ajzen, 1975).
- La percepción del control sobre la conducta, es decir, la autoconfianza que las personas tienen sobre su posibilidad para conseguir la conducta considerando, además, las variables del entorno

Figura 9. Esquema de la Teoría de la acción razonada (Ajzen ,1991)



De este modo, tanto la actitud como la norma subjetiva y la percepción de control estarán determinadas por otros factores que las anteceden y que ayudan a comprender la conducta. Por su parte, la actitud vendrá determinada por las creencias que la persona posea sobre las características de la conducta, sus consecuencias o los costos de realizarlas y por la evaluación que haga sobre las mismas. Dicha evaluación es el componente afectivo de la actitud, determinando la motivación y la fuerza de la intención de conducta. Una evaluación positiva de las creencias, definirá la importancia que tienen para la persona y el grado de compromiso con ellas. No obstante ni esta variable, ni la norma subjetiva serán capaces de conducir a la acción de forma aislada.

La norma subjetiva, por su lado, es el resultado de las creencias que la persona tiene sobre lo que le agrada a sus otros significativos y su motivación por agradecerles, asimismo la percepción que tiene sobre si los demás quieren o no que cambie. En este sentido, el proceso diferencial de formación de creencias contribuye a que cada una de ellas posea un peso según cada individuo y objeto de actitud. Por lo tanto, el conocimiento sobre las creencias específicas de lo que los otros piensan, de cada uno de los comportamientos específicos, influirá en la intención de llevar a cabo o no una conducta general en función de la motivación de la propia persona para complacer a los otros (Fishbein y Ajzen, 1975).

Por ejemplo, en la promoción del uso de condón con todas las parejas estables estará incluido un control normativo (norma subjetiva) vs la promoción de su uso en parejas casuales más relacionado con un control actitudinal (actitud). De hecho la creencia de que no usar preservativo es símbolo de confianza y amor, en el abordaje de las conductas sexuales seguras en relaciones estables será un obstáculo pero no en el caso de las relaciones esporádicas. Así, la intervención de prevención de riesgos será distinta en función de las variables individuales, las determinantes y del tipo de conducta que se quiera cubrir (Fishbein, Middlestadt y Hitchcock, 1994).

La percepción de control se construye sobre la creencia que la persona tiene sobre su capacidad (conocimientos, habilidades y destrezas) para realizar la conducta y sobre la existencia de factores externos (oportunidad de acción, obstáculos, tiempo, etc.) que dificultarán o facilitarán dicha ejecución. En la formación de dichas creencias puede influir

tanto la experiencia personal previa como el aprendizaje obtenido a partir de la observación de otros significativos o la información proveniente de terceros medios. En este caso, además de influir en la intención de conducta, esta variable de forma aislada puede vincularse directamente con la ejecución de la acción siempre que la percepción de control de la persona esté acorde con su realidad (Ajzen, 2005). Si bien se ha comparado con la autoeficacia de Bandura (1987), el autor la distingue en la medida en que incluye tanto variables internas como externas.

Según la propuesta teórica, la actitud se forma a través de las distintas experiencias directas e indirectas que el sujeto atraviesa a lo largo de su vida, mientras que la norma subjetiva recoge la información recibida a través de procesos persuasivos. Por tanto, la percepción de control puede modificar o verse modificada por los antecedentes individuales y colectivos. Además, se considera que existen algunas variables del entorno que pueden influir en que la coherencia entre actitud y conducta no se produzca (Fishbein y Ajzen, 1975):

- Competencia entre actitudes y valores. Las conductas a veces son más importantes que una actitud o valor, por ejemplo, una persona que esté interesada en su trabajo y en un deporte puede que no asista al segundo por la obligación del primero.
- Falta de control volitivo sobre la conducta. Las actitudes pueden no predecir la conducta si ésta va más allá del control de la persona, por ejemplo, si una persona adicta a la cocaína decide vencer el hábito y no lo consigue.
- Falta de disponibilidad de conductas alternativas. En ocasiones, no existen otras opciones a la conducta y se realiza con independencia de la coherencia con las actitudes. Por ejemplo, si un estudiante es obligado a cursar una materia que no le gusta porque está explícita en su plan de estudios como obligatoria no tendrá opción para no realizarla.
- Normas. La conducta puede estar guiada por obligaciones normativas más que por sentimientos, por ejemplo, si por reglas de educación una persona es cortés con alguien que no conoce aunque le desagrade.
- Actos externos imprevistos. La existencia de eventos inesperados puede afectar a la ejecución de la conducta, por ejemplo, el ir a votar en unas elecciones puede verse impedido por un accidente de tráfico.

Al igual que en la Teoría de la acción razonada, la intención de acción, se determina en base a cuatro elementos (Fishbein y Ajzen, 1975): la acción, el estímulo, el contexto y el tiempo en que se desarrolla. Se considera que dicha predicción de acción, hacia algún objeto, estará definida hacia la generalidad de conductas y no sobre cada conducta específica. Sin embargo, las actitudes incluso pueden predecir una conducta específica de la persona si la interrelación de ambas variables está en el mismo nivel de especificidad. Se derivan, entonces, los “criterios de conductas múltiples” (Fishbein y Ajzen, 1975): las actitudes hacia las conductas específicas predecirán las conductas específicas, en tanto que actitudes generales hacia los objetos predecirán el total de beneficios de la categoría de las conductas hacia los objetos. Por ejemplo, algunos estudios han mostrado cómo en población joven la intención de conducta de usar el preservativo en relaciones sexuales, era predictor de la realización de dicha conducta (Spadea, Borgia, De Pascali, Schifano y Perucci, 1996).

En la construcción de dichas variables, se entiende que median múltiples aspectos relacionados con el perfil sociohistórico y demográfico de las personas que determinarán las características e importancia otorgada a las actitudes, norma subjetiva y percepción de control. Ajzen (2005) que reconoce dichas influencias, materializa en los Antecedentes este entramado de aspectos. En este sentido Fishbein (1990) observó, en un estudio transcultural, que la variable contexto cultural y sexo influían en el peso predictor de las variables de la norma subjetiva y las actitudes. En México, la actitud hacia la conducta tenía más importancia que la norma mientras que en Estados Unidos era la norma subjetiva la que tenía mayor relevancia predictiva frente a la actitud hacia la conducta. También es cierto que atendiendo a la variable género, eran los hombres mejicanos los que tenían más asociada la conducta a la actitud que a la norma social mientras que las mujeres tenían influencia de ambas variables por igual. En otro estudio comparativo entre estudiantes universitarios sudafricanos y estadounidenses, se observó como la autoeficacia predecía mejor la conducta de uso del preservativo en el caso de los primeros, mientras en los segundos funcionaba mejor la norma subjetiva y las actitudes (Heeren, Jemmott III, Mandeya y Tyler, 2007)

En un estudio realizado en Estados Unidos por Fishbein et al (1994) se observó cómo para las trabajadoras comerciales del sexo la única ventaja personal de usar

condón en el sexo oral era no tragarse el semen y en el vaginal evitar el embarazo no deseado, frente al nivel social en que percibían la dificultad de reducir el número de clientes. Además, dentro del grupo observaron diferencias en función de la variable étnica en cuanto a la importancia otorgada a la actitud y a la percepción de control. En esta línea, mientras las trabajadoras hispanas estaban preocupadas por sus efectos en la salud (fricción del preservativo en sus genitales), las afroamericanas por la disminución de su placer y las nativas, por la gestión del preservativo (costo, adquisición, incomodidad de ponerlo).

En el modelo de Ajzen, se contempla a la persona como un protagonista (tomador de decisiones) que normalmente considera para su estimación dos factores: la valoración de las consecuencias de su comportamiento y las expectativas de obtener resultados mediante un comportamiento concreto. La capacidad predictiva del modelo parece aumentar si además se miden las intenciones de conducta sobre otras alternativas adecuadas que coexisten con la conducta preventiva. Uno de los problemas que existe en la sexualidad es que hay diferentes conductas alternativas a las que socialmente se les otorga credibilidad preventiva aún no siendo eficaces. Por ejemplo, salir con alguien que parece no estar afectado o buscar la estrategia de salir con personas cercanas a otros amigos (Maticka-Tyndale, 1991).

En la puesta en práctica del modelo, se ha observado cómo en función del tipo de conducta abordada los resultados son diferentes en cada una de sus variables. Desde dicha práctica se asume que, la percepción de control y la actitud, son las que mejor predicen las conductas de salud, frente a la norma subjetiva que presenta menor influencia en la formación de intención de acciones relacionadas.

El papel de la actitud en la predicción del comportamiento humano, subraya la importancia de que tanto las creencias (elemento cognitivo) como las evaluaciones de las mismas (elemento afectivo) influyen en la decisión de un individuo de comportarse de determinada forma. Así, se activará en los organismos la predisposición a la acción y la intención de llevar a cabo una conducta determinada. Si las respuestas emocionales son positivas, las personas tenderán a mantener las conductas; cuando sean negativas, probablemente, se llevarán a término dos acciones diferentes. Por un lado, el individuo

puede tomar conciencia de que tiene que hacer frente a la conducta que ha generado dichas emociones; por otro, si no tiene capacidad de afrontarla, puede intentar manipular las emociones desencadenadas. La valoración que la persona haga de dichas emociones y de otros acontecimientos determinará si realiza y mantiene su comportamiento saludable o no.

Se puede observar, entonces, cómo es posible que la adquisición de una conducta pueda predecirse, en gran parte, a partir de las reacciones afectivas mientras el aspecto cognitivo de la actitud pueda mantenerse estable (el tabaco es perjudicial para la salud) y también la intención de llevar a cabo la conducta (quiero dejar de fumar). Entonces, las respuestas emocionales desencadenadas y la forma en que los individuos las afrontan resultará principal en la predicción del comportamiento. Los factores cognitivos no son elementos insignificantes en dicha predicción, pero éstos juegan un papel más destacado en las conductas que no han de realizarse de modo inmediato y en aquéllas que el sujeto tiene una mayor percepción de control, presentando una mayor seguridad de que nada dificultará su acción (Carpi y Breva, 2002).

Esta concepción teórica aporta una perspectiva interesante, en cuanto otorga un rol activo a las personas que definen su acción a partir de unas creencias y actitudes personales en interacción con el medio, confiriendo un papel importante a los procesos cognitivos individuales y sociales. Contextualiza la acción en una bidireccionalidad constante de influencias: si bien el medio puede modificar las acciones de las personas, también éstas son capaces de modularlo en función de sus objetivos y resultados. Se resalta la importancia de considerar las diferencias individuales y culturales en los programas de abordaje y se critica la homogeneización de la población por parte de algunas estrategias de comunicación social. Se propone como estrategia del cambio de creencias, una metodología participativa que permita a la persona experimentar directa e indirectamente las fuentes de información (Fishbein y Ajzen, 1975) y considere el cambio conductual como un proceso. Respecto a la población meta, se consideran otros tres aspectos (Fishbein 1990):

- Si bien es cierto que existen poblaciones de riesgo, no lo son por su tendencia sexual, su etnia o su creencia religiosa, sino por su habilidad y capacidad de manejar las situaciones de riesgo.

- Es necesario conocer los condicionantes externos en las situaciones de conducta de riesgo de la población a atender.
- Es importante averiguar los hábitos y el ritmo evolutivo de las conductas de riesgo en la población, con el propósito de iniciar el abordaje con anterioridad a la etapa de inicio de la conducta sexual.

2.3. MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL: TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL DE BANDURA.

La teoría del aprendizaje social enfatiza la importancia del contexto sociocultural e histórico en el proceso de socialización de las personas y, por tanto, en su proceso de aprendizaje. La experiencia de las personas, directa o por observación, permite la organización de los componentes de la conducta formando pautas de comportamiento nuevo.

Según este enfoque, el aprendizaje viene determinado por la interdependencia de variables internas y elementos del ambiente con los que la persona convive. Los elementos cognitivos determinarán, en parte, qué estímulos del ambiente se observan y de qué manera se organizan para un uso futuro. De esta forma, el aprendizaje de las conductas no se limita sólo a lo conocido y observado sino que vendrá definido por elementos tan variados como las habilidades personales, las motivaciones intrínsecas, los refuerzos externos, las experiencias, el contexto cultural o la libertad de acción de la persona.

Por tanto, se integran factores que definen cómo se adquieren y mantienen conductas, explicando el comportamiento humano a través de tres elementos que se relacionan: factores personales (biológicos, afectivos y emocionales), conductuales y ambientales (Bandura, 1987). En el aprendizaje, la imitación juega un papel significativo en la adquisición de conductas, independientemente de que estén adaptadas a las normas sociales o no. Al observar un modelo de la conducta deseada, la persona se hará una idea de cómo y con qué secuencia deben combinarse los componentes de la respuesta para producir la nueva conducta. Para ello, se proponen dos fases: una primera de representación mental, en la que las imágenes están en proceso de memoria y como mediadoras de la reproducción hasta transformarse en medios verbales y una segunda,

de reproducción. En este proceso, se otorga una importancia relevante al lenguaje, a la capacidad humana de emplear símbolos en la retención de lo que se observa, integrando las imágenes visuales con los significados verbales y facilitando el proceso de ejecución de la conducta.

En este aprendizaje, directo o vicario, el ambiente social tiene mucha importancia para la provisión de modelos. En las sociedades humanas, además de acelerar el proceso de aprendizaje, se convierte en medio de transmisión de pautas, conductas, normas, reglas sociales y sanciones. *Respecto a la conducta sexual*, se alude a las diferencias transculturales para defender la importancia de los factores culturales en el aprendizaje. En muchas sociedades, la educación social de lo sexual está basada en la transmisión de reacciones de ansiedad ante la conducta exploratoria y de curiosidad que aparece en la infancia. Los adultos insisten en que determinadas partes del cuerpo y actos deben ocultarse ante los demás y comienza la interiorización de que ciertas cosas están prohibidas. Las regiones del cuerpo, los actos sociales y los estímulos sensoriales extrínsecos que se emplean como excitantes, varían considerablemente de una sociedad a otra y lo que se considera atractivo en una sociedad puede ser indiferente o muy repulsivo para los miembros de otro grupo social (Bandura, 1969).

En el inicio del cambio de conducta, además de las interacciones persona-ambiente y el modelado como facilitador del aprendizaje, destacan tres componentes cognitivos relacionados con las expectativas:

- a) La expectativa de la situación-resultado, por la que se presupone cómo las consecuencias se producirán por los sucesos ambientales, con independencia de la acción personal que se desarrolle.
- b) La expectativa acción-resultado, por la que se estima que determinada conducta producirá ciertos resultados.
- c) La expectativa de eficacia (autoeficacia percibida), referida a la confianza que las personas tienen sobre sus capacidades para ejecutar la conducta y conseguir el resultado.

El que las personas traten de afrontar situaciones difíciles dependerá, en cierta medida, de la fuerza de su creencia respecto a su propia eficacia. Diversas fuentes de

información confluyen en la construcción de este tipo de expectativa. Por un lado, las propias experiencias personales que si están caracterizadas por el logro de resultados, facilitarán un autoconcepto positivo de la persona. Por otro lado las experiencias vicarias que, en cierto modo, pueden afectar a las expectativas de superación y que pueden incrementar la desinhibición de la persona. Además, la persuasión verbal o la excitación emocional pueden sugestionar a la persona y hacerle creer que puede afrontar con éxito las situaciones.

Sin embargo, cabe considerar que algunas personas son más influenciables que otras por los modelos que guían su conducta y estos mismos, no siempre provocan la misma convicción (Bandura, 1987). De esta forma los modelos de los que se infiere mayor competencia o poder, sobretodo cuando existe cierta ambigüedad en la situación o las consecuencias, tendrán más capacidad de ejercer influencia. Si además las consecuencias que obtiene el modelo se manifiestan inmediatamente, ya sean premio o castigo, también afectará con más facilidad a la inhibición o desinhibición de la respuesta. Respecto a las personas observadoras influirán hechos vitales como: los modelos a los que tuvieron acceso en su historia, los métodos de corrección a los que fueron sometidas o sus historias de refuerzos contingentes. En el cambio de conductas, la información por si misma no será suficiente y será necesario abordar otros niveles que incluyan la automotivación y la autorregulación (Bandura, 1994).

La motivación se propone como un factor determinante relativo a la activación y mantenimiento de la conducta. La especificidad de la meta determina, en parte, el nivel en que los objetivos crean incentivos para la acción, regulando el rendimiento, especificando el tipo y cantidad de esfuerzo requerido o fomentando la autosatisfacción ante los signos claros de que la meta ha sido alcanzada. La efectividad de las intenciones en la regulación de la conducta estará determinada por la proximidad y complejidad de la meta. De esta forma, las metas inmediatas movilizarán más esfuerzo que las intenciones alejadas en el tiempo. Se define la autorregulación como un proceso en el que las personas mejoran, mantienen o reducen su propia conducta, aplicándose a sí mismas recompensas o castigos a partir del ajuste de ciertas normas autoprescritas, por ende, desde la existencia de un grupo de normas de desempeño, códigos morales y autoeficacia percibida. En muchas ocasiones, dicha adecuación se define de forma

relacional, es decir, se evalúan los comportamientos en comparación con los de los demás porque hay ciertas cosas que por sí mismas no dan información suficiente para realizar la autovaloración.

A veces, la carga sociocultural puede suponer un obstáculo que medie el valor de la autoeficacia en la capacidad y disposición de la persona para poner en práctica la conducta. La influencia social es determinante y mediadora en muchas conductas de salud, pero en el tema de la sexualidad y el consumo de drogas parece que tiene una influencia especial y muy elevada. Cabe diferenciar, por tanto, entre tener unas actitudes o destrezas adquiridas para hacer conductas preventivas y el conseguir desarrollarlas en un contexto complicado de riesgo. La sexualidad, por ejemplo, ha de incluir un aprendizaje en las relaciones interpersonales en la medida en que incluye a dos o más personas en una situación, por ejemplo, en cuanto a la negociación de sexo seguro. Así, en aquellas culturas donde las mujeres son tachadas de promiscuas por usar condones o proponer su uso, será más difícil que lleven a cabo la conducta de salud, así como en aquellos contextos en los que el anticonceptivo oral está muy extendido porque no se percibe el riesgo del VIH.

Los principios de la Teoría del Aprendizaje Social, se integran en la práctica de la prevención primaria por su consideración de la interacción de variables personales y ambientales en la configuración de las conductas y, por tanto, por reconocer la influencia cultural, socioeconómica e histórica en la configuración de la salud de las personas. Por otro lado, se otorga la debida importancia a procesos cognitivos que con elementos motivacionales pueden modificar la influencia de las posibles consecuencias de las conductas. Se hace referencia también a la temporalidad de metas y resultados, considerando que las metas más cercanas y beneficiosas serán las más fáciles de aprender y las más complejas de modificar. De esta forma Bandura (1987) señala que algunas acciones perjudiciales, como el fumar o comer en exceso, son realizadas por tener beneficios a corto plazo. La autoeficacia percibida es otra de las variables a tener en cuenta en la adquisición de conductas saludables, de esta forma, el que una persona se sienta capaz de realizar una acción positiva contribuirá en el inicio pero también en el mantenimiento de la misma, sobre todo a medida que la conducta presente dificultades para su desarrollo (Schwarzer y Fuchs, 1999). Asimismo, otros aspectos como poseer

información previa sobre las consecuencias positivas o el refuerzo social también facilitarán el cambio.

Además, se defiende una mayor eficacia en la modificación de conducta mediante la proposición de alternativas positivas que mediante la prohibición de las existentes. Si la persona puede optar entre alternativas que se adapten más a su realidad, fomentará el sentido de autoeficacia y con ello el de locus interno, lo que lo hará más sostenible. Sin embargo, si se limita a seguir prescripciones hará atribuciones causales externas aumentando así la dependencia de la persona facilitadora. Por ejemplo, la reducción de la tasa de nacimientos no ha venido definida por la restricción de las conductas sexuales sino por variables como el desarrollo económico o la planificación familiar que han facilitado el ejercicio de otras opciones.

Desde este modelo, se propone la importancia de la prevención primaria con la intención de abordar posibles patrones de conducta negativos que se construyen en la socialización de la infancia y la adolescencia. Se critica un aprendizaje basado en la transmisión de información y contenidos sin vinculación con la práctica de destrezas, el protagonismo, adecuación del componente simbólico (verbal o imagen) y la contextualización práctica influenciada por el entorno social que modela y regula los hábitos de salud. Por contra, propone favorecer la autoeficacia, desarrollar factores autoprotectores, modelar el proceso de cambio y dar una información que refuerce los beneficios que las conductas saludables revierten sobre las personas (Bandura, 1999). Por ejemplo, a medida que las intervenciones han introducido la autoeficacia en variables específicas como las habilidades sociales y motoras del uso del preservativo, han mostrado eficacia (Schwarzer y Fuchs, 1999).

Probablemente, todo ello ha generado que muchas intervenciones prácticas sobre prevención de VIH-Sida asuman este modelo teórico (Kirby et al, 2007). Algunas de sus aplicaciones son (Green y Simons-Morton, 1988):

- a) Las personas pueden ser persuadidas fácilmente, en su nueva adquisición de patrones, por las personas que ejercen de modelos. Siempre que sea posible, el

- cambio o actividad a producir debe tener un atractivo o valor intrínseco para la persona, debe resultar agradable y beneficioso para ella.
- b) La capacidad humana para describir y retener acciones pasa por el manejo de símbolos verbales e imágenes.
 - c) El modelado es eficaz cuando se presente por modelos en vivo o situaciones adaptadas a la realidad, es necesario que los observadores identifiquen fácilmente el modelo y sus comportamientos. No basta con decir lo que se debe cambiar, es necesario mostrar cómo debe hacerse, proporcionando indicaciones y programas de preparación al nivel de las personas implicadas.
 - d) En la enseñanza de habilidades es importante que tras la muestra general de la conducta y la imitación, se acompañe un proceso de retroalimentación para examinar cada componente específico.
 - e) Es preciso tener en cuenta la influencia de la presión social en la ejecución de los comportamientos que puede ir más allá de la existencia de otro tipo de refuerzo. Para conseguir un efecto consistente y global, es aconsejable coordinar el uso de varios niveles, con métodos adaptados a la población y etapa del proceso: pares, medios de masas, comunidades, familias, etc.

2.4. MODELO DE ETAPA DE CAMBIOS.

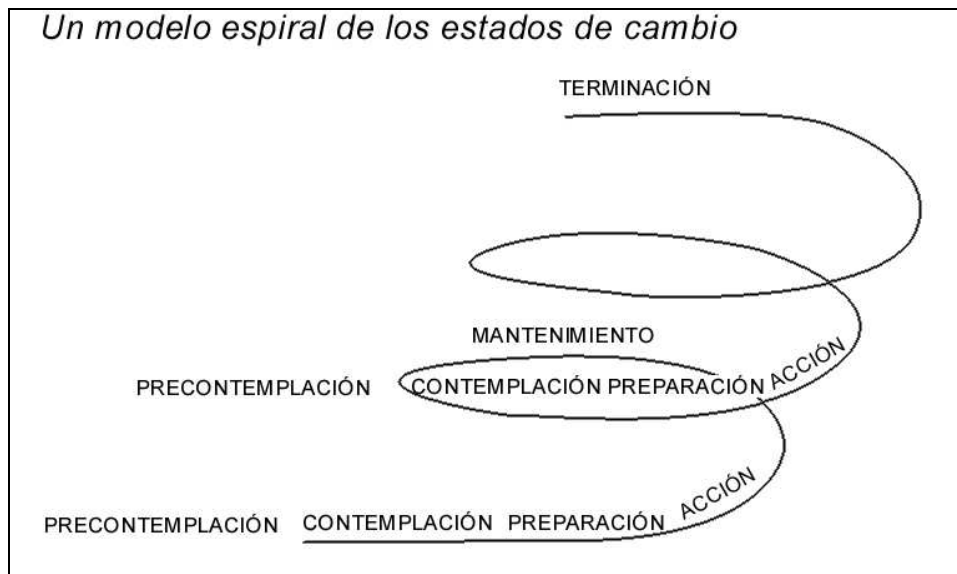
El modelo transteórico (Prochaska, DiClemente y NorCross, 1992) se define como un modelo comprensivo del cambio de conducta que representa la interacción dinámica entre diferentes variables internas y externas a la persona. Se propone delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta asumida voluntariamente por la persona, y los distingue de aquellos otros procesos de modificación de conducta propuestos desde una motivación externa a la persona en la que ésta juega un rol pasivo. Fundamentado a partir del estudio de personas adictas al tabaco, se ha extrapolado su funcionalidad a otros ámbitos de la prevención de riesgos como la transmisión del VIH, en concreto, en cuanto al fomento del

empleo del preservativo (Grimley, Prochaska y Prochaska, 1997; Noar, Morokoff y Redding, 2001).

Se propone el cambio como un proceso gradual y no como una acción puntual en la que las personas modifican su conducta como si fuera una variable discreta. Por un lado, se proponen ciertos procesos experimentales cognitivos y emocionales que una persona debe adquirir e incorporar para realizar un cambio. Por otro, los procesos relacionados con las respuestas visibles en el momento en que la persona ya ha realizado el cambio y debe mantenerlo. Según los autores, uno de los problemas de ciertos modelos de salud es pretender que las personas cambien de una conducta de riesgo (no usar nunca preservativo) a una conducta saludable (uso sistemático de preservativo) sin pasar por etapas intermedias.

En este sentido, se representa el cambio conductual a partir de una espiral (ver Figura 10) en la que las recaídas se consideran como una parte más del proceso de transformación y no como un fracaso ya que no implican que la experiencia acumulada desaparezca. El fortalecimiento de los sujetos también se propone a partir de sus errores.

Figura 10. Modelo de estados de cambio (Prochaska, DiClemente y NorCross, 1992)



A partir de este esquema, los estadios del cambio representan la dimensión evolutiva del Modelo transteórico e implican cinco fases:

- 1- Precontemplación. El elemento característico de esta etapa es que no hay intención de cambio en la persona e incluso puede no visualizar la existencia del problema. El ejercicio de la coacción exterior será la que promueva algún tipo de transformación y, probablemente, cuando desaparezca dicha coacción se dejará de realizar la conducta. Desde un parámetro temporal, se estima que si la persona no tiene la intención de cambiar en los seis meses inmediatos se ubica en esta primera etapa. Por ejemplo, las personas que se caracterizan por no usar siempre el preservativo en la relación vaginal con sus parejas y no tener intención de empezar a hacerlo en un futuro próximo se encontrarían en esta fase.
- 2- Contemplación. La persona se da cuenta de que existe el problema y piensa en la posibilidad de hacer algo pero todavía no se compromete a pasar de los deseos a la acción. Esta etapa puede ser larga porque en el balance de los inconvenientes y los beneficios del cambio de conducta, los refuerzos positivos de la conducta de riesgo se suman a los beneficios que se perderían con la conducta saludable y ganan a los posibles efectos positivos. Uno de los elementos clave será cómo conseguir realizar la conducta evitando los problemas de coste y esfuerzo que supone la conducta preventiva. En esta etapa, se ubica a aquellas personas que manifiestan considerar seriamente cambiar la conducta a corto o medio plazo. Sin embargo, las personas no usan siempre el preservativo con su pareja en la relación vaginal aunque tienen la intención de empezar a hacerlo en los próximos seis meses.
- 3- Preparación. En esta etapa existe una disposición a realizar el cambio de manera inmediata y se incluyen acciones como la toma de decisión. En este sentido, la persona se caracteriza por realizar la propuesta de hacer algún cambio en el mes siguiente y, en ocasiones, ya se han realizado intentos aunque sin éxito. Se observan algunas modificaciones de conducta como el uso ocasional del preservativo. Desde un marco temporal se usa el preservativo a veces o casi

siempre, al menos en la relación vaginal, y se pretende empezar a usarlo en el próximo mes.

4- Acción. Se presupone ya una inversión de tiempo y energía porque se realizan cambios de ambiente, experiencias o conductas, aunque todavía falta consolidar el cambio para que se mantenga en el tiempo según los criterios establecidos previamente. En esta etapa las personas usan el preservativo siempre en la relación vaginal y lo hacen desde hace menos de seis meses.

5- Mantenimiento. Se encuentran las personas que se esfuerzan por mantener la conducta saludable y aunque puede ser percibido como un estado estático es todavía un proceso dinámico que incluye también cambios. En esta fase, las personas hacen un uso sistemático del preservativo en la relación vaginal durante más de seis meses.

En sus investigaciones, Prochaska y DiClemente, observan que los precontempladores asimilan menos información sobre sus problemas, dedican menos tiempo y energía al análisis y valoración de sí mismos y al no percibir los aspectos negativos de los problemas que les afectan, experimentan menos reacciones emocionales. En este marco, los autores relacionan su modelo con el de Fisher y Fisher (1992) en cuanto se propone que el tipo de motivación e información que una persona tenga influirá en que esté en un estado u otro de predisposición para el cambio. En las primeras fases estará informado pero no motivado y cuando pase a la motivación, necesitará las destrezas para llevar a cabo las conductas. De esta forma:

A. En la fase contemplativa, existe una mayor implicación emocional y cognitiva de enfrentarse al problema como algo propio. Las personas empiezan a mostrarse interesadas sobre estrategias como las confrontaciones y la toma de decisión.

B. En la fase de preparación, están cambiando los procesos cognitivos, afectivos y valorativos y usan más técnicas de control de estímulo.

C. En la fase de acción, se busca el refuerzo de otras personas porque el proceso es estresante y demanda mucho esfuerzo.

D. En la fase de mantenimiento, se da una valoración de la situación que puede favorecer o no la recaída.

Desde este entramado, se integran dos constructos teóricos reconocidos: el balance decisional y la autoeficacia. Por su parte, el balance decisional implica el reconocimiento de los aspectos positivos y negativos que conlleva la conducta preventiva (uso del preservativo). Por ejemplo, el que los preservativos prevengan de Infecciones de Transmisión Sexual o no tengan efectos secundarios, frente a la posible desaprobación de la pareja o el descenso del disfrute sexual. A medida que la persona avanza en las fases, su balance en la toma de decisión se va invirtiendo y la elevada proporción de perjuicios vinculados a la realización de conductas de prevención, es sustituida por una mayor proporción de refuerzos positivos. Es un concepto común al Modelo de Creencias de Salud, en la medida en que también se da importancia a la evaluación de beneficios y pérdidas por el uso del profiláctico.

Por otro lado se incluye la autoeficacia, es decir, la percepción que una persona tiene de que es capaz de realizar la conducta preventiva para conseguir los resultados deseados. Dicho constructo, ha demostrado afectar a las decisiones de la persona para el cambio de conducta, el esfuerzo dedicado y el mantenimiento de los cambios conseguidos. Según los autores, una persona que atraviese las cinco etapas irá adquiriendo mayor autoeficacia percibida en el proceso. Por un lado, se relaciona con la confianza de enfrentar situaciones de riesgo y, por otro, con la necesidad de asimilar un hábito específico en un entorno o situación de riesgo. Si bien es cierto que no sólo la autoeficacia arrojará resultados visibles, constituye un elemento importante en el progreso de cambio de las personas.

Se conciben las diferencias individuales como un elemento mediador en el enfoque, avance y asimilación de los procesos que en función de cada persona estimará un tiempo determinado. Asimismo, se propone un abordaje que concentre la atención en un caso específico y distingue, por ejemplo, según el tipo de conducta sexual que se

realiza (coito anal, vaginal) y el tipo de pareja con el que se practica (estable, casual). Según los autores, en el caso concreto del uso del preservativo en las relaciones con parejas ocasionales el fenómeno no es idéntico (Grimley et al, 1997). Mientras que las ventajas se van evaluando mejor según se progresa en las etapas de cambio, las desventajas se mantienen en la misma valoración hasta que en las etapas finales predomina el valor de los beneficios frente a los inconvenientes. En este sentido, aconsejan hacer hincapié también en los beneficios del uso del preservativo y no sólo en las pérdidas de salud mientras que, paulatinamente, se discuten los inconvenientes de usar el preservativo mediante la práctica de tomas de decisión. Algunos estudios han mostrado que es más eficaz destinar esfuerzos a visibilizar los beneficios del uso del preservativo y, no tanto, a disminuir los aspectos negativos del mismo (Noar et al, 2001).

Para evolucionar a lo largo de dichas etapas, el modelo propone una serie de procesos que median desde lo conceptual a la práctica de cada uno de los avances (ver Figura 11). Dichos procesos, son concebidos como la forma en que las personas cambian, incluyendo las conductas manifiestas y las encubiertas. Desde un marco aplicado a la conducta del empleo sistemático del preservativo, serían (DiClemente y Peterson, 1994):

-Aumento de conciencia. La persona recibe la información sobre el problema relacionado con el uso del preservativo y la visualización de los riesgos del VIH.

-Dramatización. Se facilita la expresión de sentimientos sobre problemas y soluciones con el juego de roles, por ejemplo, asociados con el hecho de no protegerse del VIH. A través del fomento de la empatía, se valora cómo el problema puede afectar a los demás.

-Autoevaluación. Se ayuda a que elijan y se comprometan al cambio. Se evalúa cómo se siente y piensa de sí mismo con respecto al uso del preservativo.

-Control de estímulos. Se pretende regular aquellos elementos del medio que podrían desencadenar una relación sexual de riesgo, por ejemplo, evitar gente, lugares o ciertas situaciones.

-Autoliberación. Se facilita un aprendizaje en el que las personas puedan autorreforzarse y se fomenta que otros lo hagan también. Así se contribuirá a fortalecer la creencia de que son capaces de usar el preservativo.

-Reforzamiento. Se fomenta el sentimiento de confianza mediante la propia recompensa ante la ejecución de las conductas adecuadas, por ejemplo, tener relaciones sexuales seguras.

-Establecer relaciones de ayuda. Se construye un marco de interacciones en que se faciliten alternativas a los problemas, se puedan compartir los sentimientos y se obtenga el feedback necesario para reforzar las experiencias positivas, por ejemplo, aquellas ocasiones en las que se usó preservativo.

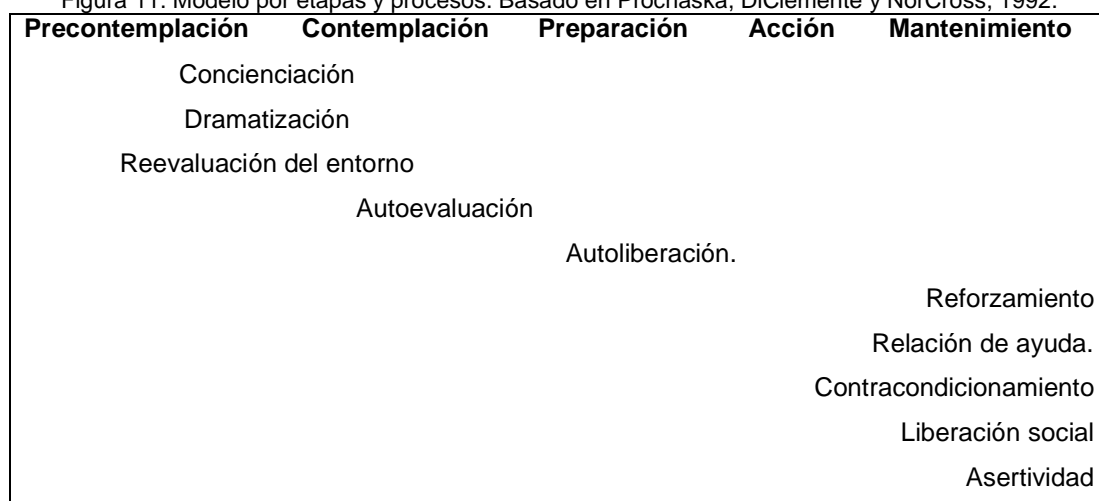
-Contracondicionamiento. Gestiona el entorno para que favorezca la conducta y, por ejemplo, se sustituyan las relaciones sexuales de alto riesgo por otras de bajo riesgo cuando no se tiene acceso a un preservativo.

-Reevaluación del entorno. Analiza las alternativas existentes en el entorno y el impacto que sobre el mismo puede generar la persona con su conducta. Por ejemplo, evaluar cómo el hecho de que uno no use preservativo podría afectar a la salud y vida de los otros.

-Liberación social. Cambia la percepción y el análisis de las normas sociales relacionadas con la conducta preventiva, en este caso, las normas percibidas de los otros sobre el uso del preservativo.

-Asertividad. Facilitar la atribución personal de llevar a cabo la conducta, esto es, la percepción de la propia capacidad de usar preservativo en distintas situaciones sexuales.

Figura 11. Modelo por etapas y procesos. Basado en Prochaska, DiClemente y NorCross, 1992.



A partir del modelo, el uso sistemático del preservativo se concibe como la última etapa de un proceso de crecimiento continuo en el que la persona pasa de no percibir ningún tipo de inconveniente por no usarlo, a ser consciente y realizar la conducta de manera sistemática (Grimley et al, 1997).

Un proceso en el se vinculará el ajuste entre la disposición de la persona y la estrategia de acción que se trabaja. En función del estado en que se encuentra la persona, se obtendrá un resultado u otro. Junto a la lógica de cambio descrita en etapas se proponen una serie de mecanismos y técnicas procedentes de diversas teorías que contribuyen a que dichos cambios se vayan consiguiendo y que no necesariamente han de aplicarse en un contexto terapéutico asistencial. Así, mientras las primeras etapas estarán supeditadas a un ámbito más dinámico y cognitivo, las dos últimas etapas estarán más asociadas a elementos conductuales. Mediante su práctica, defienden la necesidad de integrar sus elementos al fomento del uso del preservativo como predictores de la conducta: balance decisional, procesos de cambio, autoeficacia y actitud hacia los preservativos. Se propone diseñar, entonces, acciones tan distintas como el diseño de lugares cercanos donde se pueda acceder a los condones o ejercicios que motiven la reflexión sobre las consecuencias de nuestros actos en otras personas. Sin embargo, la invisibilización del carácter social de las conductas sexuales es una de las carencias del modelo. Dada la condición relacional de las relaciones sexuales de riesgo, uno de los problemas es que todavía no se han asociado a los constructos del modelo, aquellas variables interpersonales que pueden ser relevantes en la conducta sexual de riesgo. Será necesario, entonces, incluir destrezas y habilidades sociales (verbales y no verbales) para afrontar la situación (Noar et al, 2001).

Con todo, integrando elementos de la corriente clínica con la comunitaria (salud pública), proponen un cambio de paradigma de modificación de conducta basado en la acción por otro basado en estados. Así, se define un puente entre el marco teórico abstracto y la práctica en el que la intervención se adapta a las características y disposiciones de las personas y no al contrario.

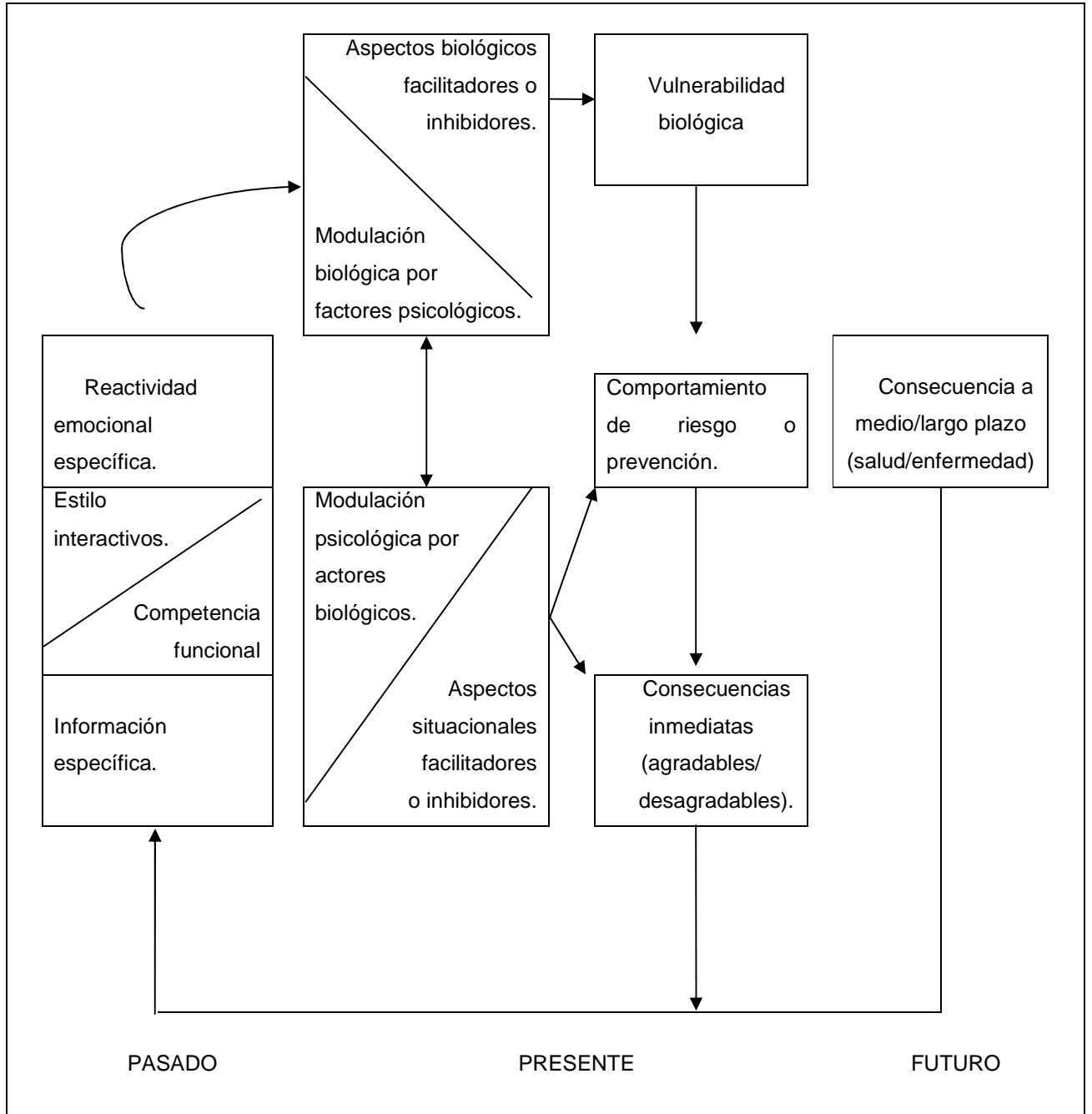
2.5. MODELO DE BAYÉS.

Este modelo de prevención de enfermedad (Bayés, 1995) considera la realidad del VIH-Sida como un fenómeno complejo y multidisciplinar, a partir de la cual propone una visión biopsicosocial y dinámica del concepto de prevención.

En su abordaje, delimita la importancia de variables individuales y sociales en distintos niveles que, en el desarrollo evolutivo de la persona, forman parte de ella e influyen en su proceso de autorrefuerzo y retroalimentación. En este sentido, si bien es cierto que el modelo se fundamenta en el aspecto psicológico también lo es que considerando el contexto social, destaca la importancia de la existencia de unas condiciones ambientales que supongan un bajo riesgo de enfermedad y faciliten la práctica de los comportamientos preventivos. Por lo tanto, para conseguir unos buenos resultados en el campo de la prevención del VIH-Sida, además del trabajo individual e interpersonal, se propone la necesidad de una acción comunitaria y sociopolítica eficaz.

En función del contexto espacio-temporal el modelo consta de tres etapas en las que el autor delimita distintas variables que pueden influir en la realización de una conducta (ver Figura12).

Figura 12. Esquema del Modelo de Bayés (1995)



Se define una primera etapa referente al *Pasado* en la que los factores con mayor influencia se relacionan con aquellos elementos que ya han sido adquiridos en la evolución personal de cada individuo. Dentro de ellos, destaca:

- a. La *reactividad emocional* establecida a partir del aprendizaje previo y asociada a ciertas personas, estímulos y/o características situacionales, a través de aprendizajes y condicionamientos.
- b. Los *estilos interactivos*, como aquellas formas de reacción que usualmente la persona tiene ante ciertas situaciones y que viene determinado, en parte, por sus propios patrones y estilos de personalidad. Dichos patrones, se vinculan también con el grado en que se siente capaz de practicarlo, en base a su experiencia y demandas actuales.
- c. Las *competencias funcionales*, entendidas como las capacidades que la persona posee y pueden ayudar a enfrentar la situación que se presenta. Normalmente, la persona ya ha comprobado su efectividad en el pasado para hacer frente a problemas que guardan similitud.
- d. La *información específica* que posee la persona sobre la situación problemática concreta a la que se enfrenta y que se relaciona con el conocimiento sobre el riesgo, sus características, consecuencias y modos de prevención (objetivo-contingencial). También relativa al grado de aceptación que dichas conductas tienen en el contexto (normativo-cultural).

Una segunda etapa corresponde al preciso momento en el que la conducta es requerida y que el autor conceptualiza como el *Presente*. En este contexto, se delimitan variables que forman parte de la propia interacción:

- a. *Aspectos situacionales*, como aquellas condiciones del contexto que facilitan o dificultan el desempeño en una forma particular de interacción (demandas culturales, circunstancias físicas y sociales, etc.).
- b. *Aspectos biológicos*, como aquellos factores del organismo que pueden influir en la realización o no de la conducta (nivel de activación, grado de consciencia, etc.).
- c. *Modulación psicológica*, como aquellas condiciones del organismo que facilitan o interfieren con un modo u otro de habilidades (enfermedad, estado nutricional, fatiga, etc.).

- d. *Modulación biológica*, como aquellas condiciones psicológicas que pueden influir en el estado del organismo y traducirse en una mayor o menor vulnerabilidad del propio organismo.

La interrelación de estas variables, va a mediar en la *práctica del comportamiento de riesgo o prevención*, con especial referencia a las consecuencias inmediatas percibidas por la persona a lo largo de un continuo de sensaciones agradables/desagradables.

La tercera etapa del modelo, incluye la visión del medio o largo plazo en la acción inmediata de la persona. A través del momento *Futuro*, se introducen las consecuencias que dicha conducta tiene para la salud más allá del corto plazo y que integra una visión multidimensional.

De esta forma, el modelo delimita una serie de premisas necesarias para que una persona realice un determinado tipo de conducta ya sea preventiva o de riesgo. No es suficiente con que una persona pueda llevar a cabo un comportamiento preventivo eficaz sino que será necesario, además, que esté motivada para hacerlo. Dicha motivación puede verse influida tanto por parámetros individuales como por factores situacionales. Por un lado, elementos biológicos como el nivel excitación o relajación originados por la privación o saciedad de ciertas sustancias introducidas en el organismo. Por otro, elementos situacionales coyunturales, como la oferta de una relación sexual por parte de una persona singularmente atractiva y los elementos convencionales, tales como las normas y las instrucciones, con origen en la socialización dentro de una cultura concreta.

Si se centra la atención en el caso de la transmisión de VIH por vía sexual, existen varios condicionantes que podrían dificultar la puesta en práctica de las conductas saludables. Uno de los problemas es que los comportamientos de riesgo casi siempre van seguidos de forma inmediata por una consecuencia placentera intrínseca intensa y de corta duración. Paralelamente, desde un punto de vista intrínseco, las conductas de prevención van seguidas de manera inmediata por una eliminación o disminución del placer obtenido mientras que las consecuencias positivas que pueden derivarse aparecen a medio o largo plazo. Por tanto, la conducta sexual suele ir seguida de refuerzos

positivos a nivel interoceptivo (orgasmo) y exteroceptivo (satisfacción de la pareja) con independencia de que la persona tenga o no VIH. Las consecuencias nocivas que pueden derivarse de dicha práctica son sólo probables y a largo plazo.

Además, no existe una cadena de hechos o sintomatología que vincule la práctica de riesgo con el momento de aparición del dolor o primeros signos clínicos perceptibles por los afectados (Bayés, 1992). De igual manera, tampoco existe una cadena de hechos sensibles que vincule la conducta de salud con un buen estado de salud al cabo de los años. Así, muchas personas que practican conductas sexuales de riesgo pueden haber aprendido por su propia experiencia que llevar a cabo ciertos comportamientos de riesgo todavía no ha supuesto consecuencias negativas conocidas o inmediatas. Esto facilita una falsa sensación de seguridad.

Por otro lado, existe cierta complejidad en reconocer y realizar los comportamientos preventivos eficaces, en la medida en que responden a un aprendizaje y en cuanto las señales de alerta no son siempre perceptibles. El panorama es más complejo si las personas no son capaces de privarse de sensaciones placenteras, demorarlas hasta el momento en que las puedan realizar sin peligro o encontrar satisfacción en comportamientos preventivos.

A partir del modelo, se estima cómo la práctica de un comportamiento preventivo eficaz requiere la intervención en distintos niveles. A nivel individual, además de la transmisión de la información, será importante la capacidad y motivación para asimilarla y ponerla en práctica. A nivel social, será necesario que en el contexto se den las condiciones mínimas para ponerla en práctica. En el caso concreto del uso de preservativo para prevenir el VIH-Sida, será preciso saber usar un preservativo pero también el tener acceso al mismo.

De esta forma, el modelo facilita la comprensión de las conductas sexuales de riesgo y las delimita en función de ciertas variables que la predisponen, facilitan y/o mantienen. Es relevante, por ejemplo, el papel que juegan los refuerzos que la persona espera obtener al actuar de una manera determinada dentro del aprendizaje de conductas. Desde esta perspectiva, integra la visión de la persona como ser cognitivo

pero también emocional e interdependiente del contexto. Considerando además que la acción presente del sujeto si bien está mediada por las condiciones del pasado, no está preestablecida por las mismas y por tanto, se puede actuar sobre ella.

2.6. MODELO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD: PRECEDE/PROCEED.

El modelo PRECEDE/PROCEED (Green y Simons-Morton, 1988) supone un esquema conceptual de planificación y evaluación educativa, considerando que la salud está determinada por multitud de factores y que éstos, tienen repercusión en las posibilidades conductuales de las personas, el medio ambiente y los cambios sociales. Desde esta perspectiva, se asume la educación como uno de los pilares fundamentales en la promoción de la salud. Asimismo, determina algunos factores externos que favorecen los estados de salud positiva (el acceso a servicios de salud, la existencia de fármacos, la profesionalidad de los recursos humanos, etc.) y algunos internos de la persona (su sistema de valores, de creencias y actitudes, las capacidades y destrezas propias o el sentimiento de autoeficacia) junto a otros que los refuerzan (apoyo social, consecuencias físicas, consecuencias materiales, etc.). Además, asume como un principio la participación de la población en todo el proceso, la influencia bidireccional entre el entorno y las personas y, en estos dos elementos, la capacidad de elección de conducta y la intención para aprenderla, mantenerla o cambiarla.

Se fundamenta en la hipótesis de que el comportamiento de las personas, de una comunidad, puede modificarse si se identifican y modifican las variables que hacen impacto en sus vidas. Las estrategias vinculadas con la educación, el apoyo social y la ordenación ambiental promoverán la existencia de salud positiva en la comunidad y prevendrán riesgos. Se apoya en modelos relativos a las creencias, actitudes y valores en torno a la salud, con la intención de clarificar aquellos aspectos que influyen en la toma de decisión y la realización de las conductas (Green y Simons-Morton, 1988). Basado en el paradigma cognitivo, supone que la conducta de una persona estará en función de las interpretaciones que haga sobre la realidad y que no necesariamente son como aquélla. Se integra en dicho conocimiento un elemento cognoscitivo y uno emocional, esto es, el valor subjetivo que tiene la persona sobre una conducta determinada, su logro y la expectativa de que una acción concreta le conduzca al resultado que espera.

Propone un esquema conceptual en la línea del aprendizaje social y la teoría de la acción razonada, en el que se integran los factores involucrados desde la propuesta de la modificación de conducta hasta el comportamiento obtenido. A través del enfoque ecológico, se postula la influencia de la comunidad y el entorno en la consecución y mantenimiento de las conductas saludables. A través del enfoque sociocognitivo, se propone la capacidad de las personas de aprender y modificar conductas negativas para su salud y la interacción entre los elementos del medio y las propias personas.

Además, basado en el Modelo de Creencias de Salud, define varias categorías de creencias como determinantes del procesamiento cognitivo que permiten asumir el curso de prevención del comportamiento de la salud: la susceptibilidad percibida, la gravedad percibida acerca de la enfermedad, los beneficios que se prevén, las barreras percibidas, las señales de atención, el grado de autoconfianza y el grado de importancia hacia temas de salud en general.

Se proponen dos etapas básicas: la determinación de las necesidades educacionales (PRECEDE) y el desarrollo de los componentes del programa (PROCEED). La primera se dirige a la evaluación de las necesidades generales, en función de la identificación de las necesidades específicas y las conductas de salud relacionadas de una población objetivo. Se plantea el propósito de modificar las creencias y conocimientos de la población con el fin de que tomen decisiones racionales y apropiadas sobre su comportamiento de salud. Consiste en un estudio de investigación, sobre las causas del comportamiento nocivo de dicha población, presumiendo que la disponibilidad de datos es confiable y actualizada sobre los problemas sociales y de comportamiento de la salud (Greens y Simons-Morton, 1988). Además, se deben tomar en cuenta las necesidades educacionales del personal de salud y de apoyo social involucrado en el proceso, asumido que la interacción de dichas personas con su contexto será de vital importancia en la evolución hacia el cambio. Las evaluaciones de las necesidades educacionales incluirán tanto elementos objetivos como subjetivos. Los primeros, son aspectos básicos sin los que la persona que aprende no puede tomar decisiones racionales, por ejemplo, la información o las habilidades básicas. Los

segundos provienen de la percepción de la propia población, por ejemplo, las creencias, las actitudes o los valores.

La segunda etapa, se dirige a la ejecución de las actividades diseñadas que serán evaluadas según procesos, resultados e impactos.

Cada una de estas etapas se divide en distintas fases que no necesariamente son secuenciales (ver Figura nº 13), las cinco primeras de diagnóstico (etapa PRECEDE) y las restantes, de ejecución y evaluación (etapa PROCEED).

ETAPA I. PRECEDE. (Predisposición, Refuerzo y Causas que hacen posible en Diagnóstico y Evaluación Educativa)

Fase 1. Diagnóstico epidemiológico y social, considerando el impacto que tienen los problemas de salud en la calidad de vida de las personas. Se propone un análisis de los indicadores sociales y epidemiológicos para identificar las necesidades de salud de una comunidad priorizando los problemas en función de su gravedad (magnitud y frecuencia de casos) y el nivel en que se prestan al cambio o corrección.

Fase 2. Diagnóstico del comportamiento, cuantificando los problemas de salud en términos de frecuencia, duración y distribución entre la población, para abordar el componente educativo. También son consideradas aquellas problemáticas que no dependen del comportamiento, como la desnutrición derivada del empobrecimiento de una población.

Fase 3. Diagnóstico educativo, dirigido a la investigación de aquellas causas que pueden provocar un comportamiento de salud perjudicial. Con la finalidad de conseguir un conjunto de objetivos educativos que, mediante su logro, tengan un impacto considerable en los comportamientos de riesgo y prevención. Para el modelo, existen tres categorías amplias a las que se dirigirá la educación:

→ *Factores predisponentes* como características propias de la persona que promueven la conducta, por ejemplo: los conocimientos, actitudes, percepciones o experiencias relacionados con una conducta específica.

→ *Factores facilitadores*, como aquellas características del ambiente que favorecen el comportamiento.

→ *Factores reforzadores*, como el refuerzo de otras personas que poseen influencia social, ya sean recompensas o castigos consecuentes a un comportamiento relacionado con la salud.

Fase 4. Diagnóstico administrativo, como el desarrollo de un plan completo a través del análisis de los problemas sociales y de salud, los factores de comportamiento o ajenos a éste que contribuyen a su aparición y la necesidad de los recursos humanos y materiales.

Fase 5. Diagnóstico epidemiológico y social, considerando la influencia de aspectos no estrictamente personales, sino relacionados con la organización y disposición de capacidades y recursos.

De esta forma, se delimitan una serie de componentes clave para la etapa de formulación y planificación (Green y Simons-Morton, 1988):

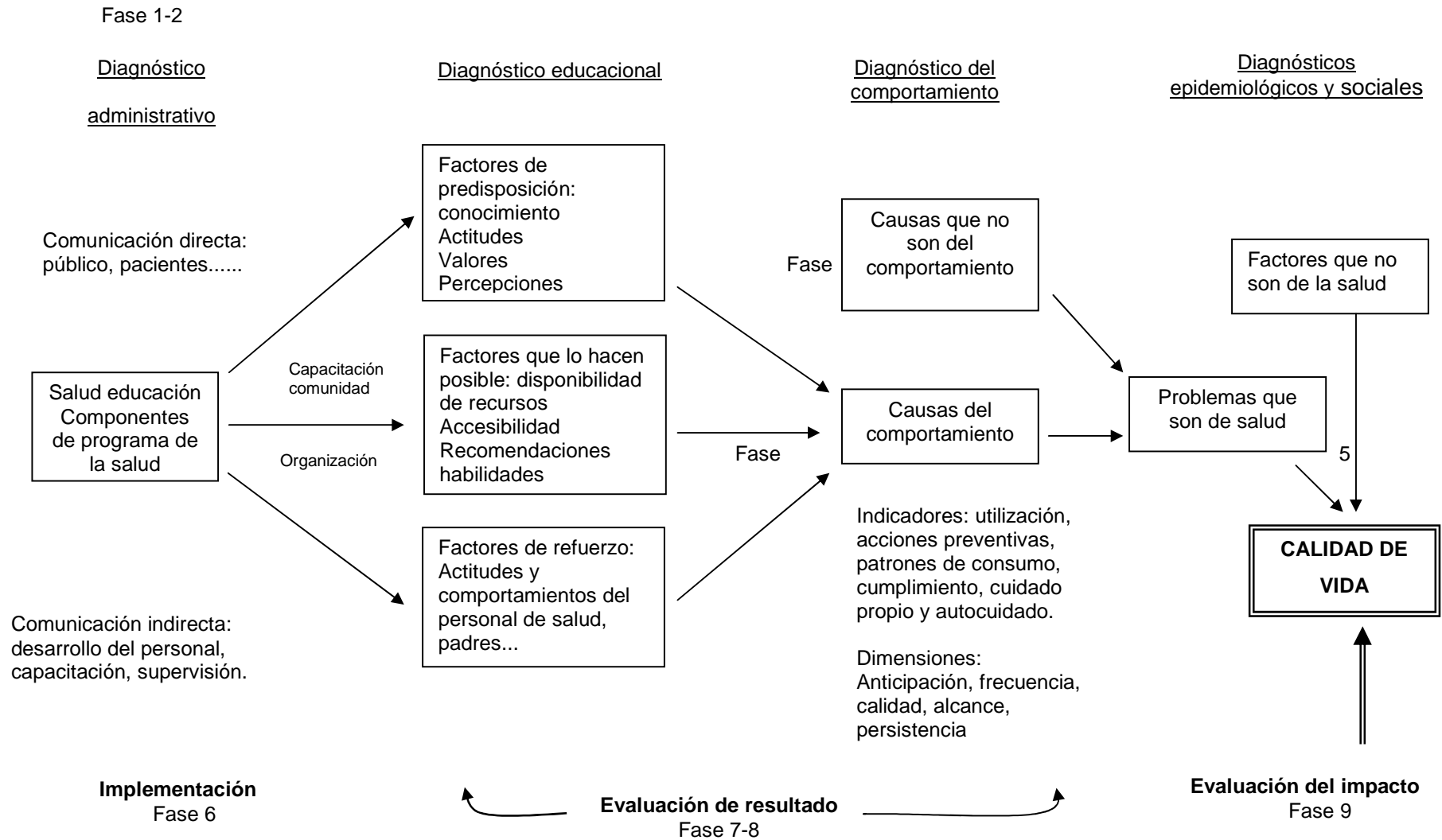
-Orientación para el programa. Definida normalmente por los ejecutores o/y financiadores del mismo que pueden marcar una línea de trabajo que impida tocar otros temas importantes para la población, como la redistribución de los recursos o la desigualdad de género.

-Población objetivo. En muchas ocasiones, vendrá determinada por la orientación del programa y definida en ámbitos de diversa magnitud. Será necesario un conocimiento previo de la misma: condiciones socioeconómicas, nivel cultural, edad, sexo, hábitos, creencias, etc.

-Necesidades educacionales. Elementos que, mediante la evaluación de vulnerabilidades, se determina la población objetivo necesitará aprender o experimentar.

-Ambiente. La mayor parte de los programas son específicos en cuanto al contexto y, además, muchos se dirigen a grupos objetivos especiales dentro de un medio en particular.

Figura nº13. Modelo PRECEDE/PROCEDE (Green y Simons-Morton, 1988)



-Recursos para la planificación. Considerando tanto las actividades de gestión como de intervención directa, deben contemplarse los materiales y personal necesarios para desarrollarlo con eficiencia y eficacia.

- Grupos de planificación. Estimado a partir de lo anterior y con previa revisión de los propios miembros en cuanto su poder de decisión en la formulación del proceso y la influencia de sus propias creencias no siempre acertadas o adaptadas para la población objetivo.

A partir de la identificación de las necesidades educativas, se proponen dos condiciones fundamentales: tomar las decisiones apropiadas respecto a la naturaleza de los diversos componentes del programa y describir estos componentes en un plan que comunique las intenciones a aquellos que implementarán el programa. En su formulación, se plantea un patrón básico que recoge tres apartados sobre los que la experiencia y especificidades del caso provocarán variaciones:

- A. Metas u objetivos. Indicadores que muestren lo que se espera lograr en base a un enfoque filosófico e ideológico compartido por el grupo de planificación. En este sentido, se constituye el estado que quiere alcanzarse al final del trabajo: mejorar los conocimientos y actitudes (objetivos de comportamiento) de forma que se mejore el comportamiento de su salud (objetivos educacionales) y consecuentemente se mejoren también las condiciones de su salud (objetivos del programa). Sin embargo, cabe considerar que los objetivos del comportamiento no representan los fines utilitarios de los programas sino los medios para lograrlos. En realidad, están íntimamente ligados a las actividades de aprendizaje, siendo importante que se redacten en términos precisos del comportamiento y de la responsabilidad del que aprende.

- B. Estrategias de aprendizaje. La selección de un plan de acción básico para el logro de los objetivos representa la primera decisión operacional para la ejecución del programa. La estrategia es un procedimiento general metodológico que comprende varias actividades de aprendizaje, usos específicos de los medios masivos u otros medios de difusión de información, además de llevar a cabo la instrucción. Se construye a partir de la interacción de la orientación teórica del programa, la naturaleza y el alcance de los recursos disponibles, considerando el perfil de la población con la que se trabaja y la tecnología social de la región. Sin embargo, pese a la importancia de un buen diseño de estrategia, la eficacia de un programa

va a depender igualmente de la calidad de la ejecución que resulta más importante, si cabe, que la anterior. Las actividades de aprendizaje están en el núcleo del proceso educacional entre los preliminares de los objetivos y el resultado de la evaluación y parten de dos decisiones: el contenido específico que, por lo general, toma la forma de conceptos, hechos y/o habilidades y los objetivos de comportamiento. Existen algunas variables relevantes en la planificación de dichas actividades:

1.-Naturaleza del contenido, modificará las actividades y técnicas según los objetivos estén dirigidos a la construcción de conceptos, la práctica de habilidades o al abordaje de creencias y actitudes.

2.-Características de la población meta, para poder transmitir los contenidos de una manera eficaz, adaptados tanto a nivel educativo como a su realidad sociocultural.

3.-Habilidades, conocimientos pedagógicos y creencias sobre los contenidos del programa del propio facilitador, que siempre han de ser revisados para no caer en la transmisión de tradiciones culturales que perpetúen factores facilitadores del problema.

4.-Orientación teórica, como un hilo conductor de todas las actividades y técnicas a realizar en el programa.

5.-Disponibilidad de materiales acordes al contexto en el que se desarrolla el programa, en cuanto a la adaptabilidad cultural y la viabilidad de recursos.

C. *Evaluación del proceso, resultados e impacto.* Plan de seguimiento del programa en términos de las metas u objetivos planteados, con una base cuantitativa y cualitativa que represente el proceso de cambio psicosocial que se persigue. De esta forma, se plantean los términos de evaluación durante todo el trabajo, con el objetivo de reformular todo aquello que sea necesario (a corto y largo plazo) y valorar así la efectividad, eficiencia e impacto del programa. Se hace hincapié en la necesidad de revisar su viabilidad y sostenibilidad en términos financieros, políticos e institucionales.

ETAPA II. PROCEDE (Política, Regulación y Recursos organizacionales para el Desarrollo Educativo y del Medio).

Fase 6. Implementación. Una vez realizada la planificación, a partir del proceso de evaluación de las necesidades educativas, la preparación y organización de los componentes del programa (metas y objetivos) se da inicio a la ejecución. Con base

en la orientación teórica hacia la educación y el cambio de comportamiento, se crean las estrategias que incluyen el tipo de relación con el que aprende. Se inicia una fase de acción y la revisión de aquellas condiciones necesarias para que tenga éxito (población objetivo, tecnología apropiada, apoyo de instituciones, etc.) y una evaluación de los resultados obtenidos a corto y mediano plazo. En este momento, se proponen tres aspectos fundamentales en la operacionalización de cualquier proceso educacional de salud:

1. *Selección y capacitación del personal.* Con el propósito de consensuar los significados del abordaje, reforzar los conocimientos y habilidades necesarias para su desempeño y concienciar de la importancia de su rol en la consecución de las metas.
2. *Adquisición de materiales, equipo e instalaciones,* considerando la importancia de emplear recursos de diversa naturaleza para agilizar el aprendizaje y espacios adecuados donde transcurra, sin interferencias, el proceso educativo.
3. *Reclutamiento de participantes* en función de los objetivos del programa.

En esta etapa, es necesario medir las consecuencias a medio y largo plazo y la existencia de factores ajenos al desarrollo del programa que puedan afectar negativamente. Analizar efectos no esperados y la pertinencia de aspectos de procedimiento, procesos de gestión o de los propios materiales empleados.

Fase 7 y 8. Evaluación de resultados. Con la intención de tener una primera aproximación de los efectos de la intervención se realiza un seguimiento, conjuntamente con la población comunitaria, centrado en la capacidad de los recursos (humanos y materiales) para el desarrollo del programa y la vinculación entre los objetivos y los primeros “productos” obtenidos. Se mide el grado de cumplimiento final de los objetivos específicos del programa, en términos de efectividad, eficiencia y eficacia.

Fase 9. Evaluación de impacto. En este momento, se miden los resultados del programa educativo y se compara, mediante las líneas bases, si se han producido o no cambios en la comunidad. Mediante esta evaluación se podrá comprobar la hipótesis formulada en la primera fase al vincular la salud con ciertas conductas y éstas, con algunos factores causantes.

Paralelamente, se propone una estrategia dirigida al mantenimiento de los resultados. El esfuerzo de una gestión y promoción del programa educativo, para comunicar las necesidades, logros y potencial del programa, con la intención de encontrar un apoyo que haga sostenible.

La importancia de este modelo radica en que percibe desde el aprendizaje social, la interacción del individuo con su medio, tanto a nivel local y comunitario, como estructural. De esta manera, proporciona una guía de acción ante un contexto en el que la sexualidad tiene connotaciones negativas, existen distintos valores culturales, ausencia de participación comunitaria en los programas de prevención y poco acceso a los servicios sanitarios de parte de la población (Bimbela y Gómez, 1994).

Se incorpora la participación activa de la población, desde la detección de necesidades hasta la ejecución de las actividades planteadas. Asimismo, considera tanto los factores de riesgo como los protectores, aunque en su análisis y puesta en práctica no siempre es viable. Enfatiza la idea básica de que la salud y las conductas están determinadas por múltiples factores y que las acciones multisectoriales y multidisciplinarias son fundamentales para lograr el cambio de conducta esperado. Considerando los elementos cognitivos y emocionales como protagonistas en el proceso de promoción de la salud y la prevención de enfermedad, se persiguen los objetivos de la educación para la salud (Costa y López, 1989): desarrollar hábitos y costumbres sanas, modificar pautas de comportamiento en la gente si son peligrosos para la salud, promover modificaciones de factores externos que influyen negativamente en la salud y promover la salud como valor comunitario público.

A continuación se muestra un cuadro de síntesis que recoge los modelos revisados en el capítulo. Se observa cómo la mayoría de ellos tienen un corte cognitivo, en ocasiones combinado con una perspectiva más conductual (ej. Modelo Creencias de Salud) y en otras con una perspectiva más social (ej. Modelo de Aprendizaje Social). Asimismo, se ve cómo algunas variables relevantes se repiten en algunos modelos, éste es el caso de la Autoeficacia, quizá una de las variables más consolidadas en el abordaje de la prevención de riesgos y la promoción de la salud. Por otra parte, si bien se observa que la mayoría de ellos tiene algunos inconvenientes, ya sean conceptuales o de operacionalización, todas las propuestas ofrecen algunas aportaciones interesantes. Probablemente, en el ejercicio de la prevención del VIH-Sida, la guía teórica más conveniente estará conformada a partir de la combinación de distintos esquemas y variables procedentes de los diferentes modelos. Teniendo siempre en cuenta, la naturaleza de la intervención, sus objetivos y la población a la que va dirigida.

Cuadro resumen 1. Modelos teóricos sobre prevención de riesgos.

MODELO	AUTOR	BASE TEÓRICA	VARIABLES RELEVANTES	VENTAJAS
Creencias de Salud	Rosenstock, Strecher, y Becker, 1980.	Cognitivo-conductual	Susceptibilidad percibida. Gravedad percibida. Beneficios. Barreras. Señales de atención. Autoconfianza. Grado importancia de la salud.	Algunas variables aisladas han demostrado capacidad predictiva de las conductas saludables: beneficios percibidos, autoconfianza. La información no es suficiente pero sí necesaria. Ofrece líneas de acción para los programas preventivos.
Acción planeada	Ajzen, 1991.	Cognitivo	Actitud. Norma subjetiva. Percepción de control. Antecedentes.	Todas las variables han mostrado valor predictivo de las conductas saludables, sobre todo, la percepción de control. Contempla diferencias socioculturales.
Aprendizaje social	Bandura, 1995.	Sociocognitivo	Expectativa situación-resultado. Expectativa acción-resultado. Autoeficacia.	La autoeficacia ha mostrado un alto valor predictivo en la realización de conductas saludables. Supone una guía de enseñanza-aprendizaje en el contexto de la salud. Contempla la interacción de variables personales y socioculturales.
Transtéorico del cambio	Prochaska, DiClemente y NorCross, 1992.	Procesos	Estadios del cambio. Procesos de cambio. Balance decisional. Autoeficacia.	Define la conducta preventiva como un proceso y propone mecanismos de cambio. Contempla la relación entre la acción preventiva y la disposición de la persona.
Modelo de Bayés	Bayés, 1995.	Sociocognitivo	Reactividad emocional. Estilo interactivo. Competencia funcional. Información específica. Aspecto situacional y biológico. Modulación psicológica y biológica. Refuerzos a corto y largo plazo.	Integra variables biológicas, psicológicas y sociales. Incorpora, en un continuo temporal, la experiencia previa de la persona. Contempla la importancia de los refuerzos a corto y largo plazo.
PRECEDE-PROCEED	Green y Simons-Morton, 1988.	Social comunitario	Factores predisponentes. Factores facilitadores. Factores reforzadores.	Fusiona variables de corte cognitivo-conductual en un marco sociocomunitario. Visibiliza la importancia de actitudes, valores y creencias en la educación para la salud. Enfatiza la importancia de la sistematización y la evaluación de los procesos.

CAPÍTULO 3

FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH-SIDA

3. FACTORES DE RIESGO PARA LA TRANSMISIÓN DEL VIH-SIDA.

Actualmente, las conductas sexuales de riesgo suponen una vía de transmisión importante para la infección del VIH. Desde una perspectiva biopsicosocial, se asume una interdependencia entre el ritmo de maduración biológica de una persona y el desarrollo de sus esquemas de pensamiento y afrontamiento cognitivo. Por un lado, éstos influirán en su propia percepción del mundo y, por otro, en las atribuciones que las personas de su entorno realicen sobre ella. El abordaje del continuo salud-enfermedad, desde este enfoque multidimensional, se caracteriza por la dificultad que existe en detectar factores que aisladamente y de forma unívoca causen (o eviten) la génesis y mantenimiento de una enfermedad. Cabe ser consciente que esta perspectiva, desde la que se enfatiza la compleja interacción de variables de diversa índole, será de vital importancia para poder comprender la gestación y generación de las conductas de riesgo en la población más joven (Igra e Irwin, 1996).

De esta forma, se asume que concurren múltiples factores de riesgo en distintos niveles y, por tanto, la existencia de una vulnerabilidad psicosocial ante la enfermedad. El modelo de vulnerabilidad supone la confluencia de un conjunto de factores de riesgo que aumenta la probabilidad de que se llegue a presentar una determinada patología individual o comunitaria. Dicho modelo puede ser eficaz en la identificación, formulación e intervención sobre los problemas de salud, pero debe trabajarse con precaución para que no se generen efectos o consecuencias negativas para la propia población. Por ejemplo, la estigmatización o discriminación de las personas afectadas, a partir de la descripción peyorativa de las vulnerabilidades o, la inhibición de las conductas saludables, a través del empleo del miedo como motivador primario para prevenir el riesgo (Fernández-Ríos, 1994).

Dentro del ámbito de la prevención del VIH, se entiende por factor contribuyente aquella característica o aspecto, asociado al concepto de vulnerabilidad, que se encuentra en el entorno del joven y favorece que asuma conductas peligrosas e inhiba aquellas acciones de prevención de las relaciones sexuales de riesgo (López, 1990). El riesgo se convierte en la resultante de las relaciones que se establecen entre las personas y un conjunto de acciones y/o alternativas de acción que llevan implícitas la incertidumbre de un resultado. Dicho resultado, se podrá saldar con pérdidas irreparables o con cuantiosas ganancias.

En este marco, el riesgo se puede delimitar sobre cuatro aspectos vinculados a un comportamiento: persona, alternativas, incertidumbre y pérdidas/ganancias. Por ejemplo, en el caso del Sida según la experiencia sexual, el riesgo se podría postular desde el equilibrio de cuatro factores: frecuencia del uso del preservativo tanto en la relación vaginal como en la anal, número de parejas con las que se han mantenido relaciones sexuales, frecuencia de la relación sexual y uso de alcohol u otras drogas asociadas a la conducta sexual (Blanco, Sánchez, Carrera, Caballero y Rojas, 2000).

A nivel individual, principalmente, las personas definen la percepción de riesgo en torno a varios factores: el temor relacionado con el daño, la carencia de control o grado de voluntariedad y el conocimiento sobre los efectos a corto o medio plazo, además de la conciencia de correr dicho riesgo. Dicha vivencia puede ir en la línea de exagerar las consecuencias de los riesgos o, por el contrario, relacionarse con una sensación de invulnerabilidad que facilita la exposición de la persona al riesgo, aún siendo consciente de su existencia. En este abordaje, se puede establecer la diferencia entre distintos tipos de riesgo y la posición que la persona puede tomar ante ellos en función del grado de conciencia, el nivel de conocimiento sobre las consecuencias, la gravedad, la sensación de control, etc. Por tanto, según la percepción que la persona tenga del riesgo afrontará de modo distinto la situación y realizará o no una conducta preventiva.

Los riesgos estudiados en la prevención de riesgos son, en gran medida, voluntariamente asumidos. Por un lado, se sabe que tras ellos siguen consecuencias más o menos graves para la salud y la integridad de la persona. Por otro, se asume que sobre ellos se tiene una cierta capacidad de manejo y que pueden moldearse. En ocasiones, la percepción del riesgo está marcada por una inferencia sesgada de la información que determina la mediación de las emociones entre los niveles cognitivos y comportamentales (Blanco et al, 2000).

A partir de este panorama, la prevención primaria propone la evaluación y análisis de los sujetos y los sistemas sociales en los que están integrados para detectar los indicadores de riesgo y actuar sobre ellos. Por tanto la intervención en la prevención de la transmisión del VIH-Sida por vía sexual, implica modificar los comportamientos sexuales que entrañan riesgo y para esto, es necesario conocer los factores que modulan la realización de dichas conductas (Ubillos, 2000). Esto, sin olvidar que los distintos elementos estarán vinculados a diferentes niveles y que jugarán un rol diferenciado en función de la etapa del proceso. Con la finalidad de

profundizar en este análisis, a continuación se enumeran algunos de los factores, más recurrentes en la literatura científica, relativos a la infección por el VIH:

1. Variables personales físicas/demográficas. Relacionadas con el ámbito fisiológico, como la predisposición genética, las influencias hormonales o la etapa de desarrollo biológico evolutivo.
2. Variables personales de corte psicológico. Factores vinculados con la emisión de conductas de riesgo que incluyen una combinación de elementos directos e indirectos (Ross, 1990). Es decir, elementos implicados tanto en las variables inmediatas al entorno de los actores, como otros más lejanos y asociados a los estilos de personalidad, las actitudes hacia el sexo o la construcción social de género.
3. Variables vinculadas a la esfera social y medioambiental. Relacionadas con el entorno en el que la persona se ha socializado como los grupos de pares, las estructuras y relaciones familiares o la tradición sociocultural.

3.1. VARIABLES PERSONALES FÍSICAS/DEMOGRÁFICAS.

3.1.1. Condiciones de salud física.

Las malas condiciones físicas de las personas se asocian a un deterioro del funcionamiento del organismo. Por ejemplo, los estados de malnutrición o los efectos provocados por el abuso de ciertas sustancias como las drogas o el alcohol, pueden repercutir en la capacidad del sistema inmunitario del organismo para ejercer su función de defensa ante agentes externos (Savin-Williams y Lenhart, 1990). En esta línea puede favorecer la infección por el VIH-Sida y el acelerar el impacto del mismo sobre el organismo.

En lo referente a la anatomía sexual, se ha demostrado como algunos problemas de la dermis o ciertas consecuencias provocadas por infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden hacer más vulnerable al organismo. Por ejemplo, las ulceraciones, heridas o alteraciones en la piel pueden facilitar la transmisión o introducción del VIH en el organismo (Nájera, 1990).

La circuncisión es otro aspecto que también ha despertado interés en los últimos años. Existen algunos estudios que han mostrado cómo la probabilidad de transmisión de infecciones de transmisión sexual entre hombres sexualmente activos, incluyendo la transmisión de VIH, es menor cuándo éstos están circuncidados (Sinjani, 2007; Lukobo y Bailey, 2007).

3.1.2.Sexo.

Por otro lado, se considera que el hecho de pertenecer al colectivo de hombres o mujeres puede influir en la probabilidad de infección por el VIH. En este sentido, las condiciones biológicas de las mujeres parecen facilitar su vulnerabilidad ante el VIH respecto a los hombres en el desarrollo de una misma relación de riesgo (Råssjö, Mirembe y Darj, 2006). El ciclo reproductivo sería otro elemento relacionado a las condiciones fisiológicas y asociada al riesgo de transmisión de VIH, puesto que el mantener una relación sexual de riesgo durante la menstruación, aumenta la probabilidad de transmisión. (Casabona, 1992).

Asimismo, cabe tener en cuenta que las células del epitelio del cérvix no parecen madurar hasta 3 o 4 años después de la menarquia lo que hace a las mujeres más jóvenes más vulnerables ante las infecciones.

3.1.3.Maduración física temprana.

En la medida en que las personas experimentan un desarrollo físico rápido, existe una mayor probabilidad de mantener un número de relaciones más elevado. Por ejemplo, tener la menarquia a temprana edad parece exponer a las chicas a las conductas sexuales prematuras y de riesgo (Lawrence y DiClemente, 1996).

Algunos autores piensan que cuanto más temprana es la maduración de una persona, más difícil es que el entorno atribuya adecuadamente su edad física y, por tanto, su madurez cognitiva. Así, las exigencias en cuanto a las relaciones sexuales no serán acordes a la etapa evolutiva real de la persona y será más probable que se expongan a dichas relaciones sin pensar en las consecuencias (Zabin, Starck y Emerson, 1991). Se ha observado cómo, en la adolescencia, el lóbulo frontal no está del todo desarrollado, lo que contribuye a que tengan una menor capacidad de percibir el riesgo.

3.1.4.Edad.

Los adolescentes de más edad y los adultos más jóvenes presentan mayor riesgo de exhibir conductas de alto riesgo relacionadas con el VIH-Sida (Coates, 1990). En diferentes estudios, la edad juvenil se asocia significativamente con otras variables relacionadas con la conducta de riesgo como: las actitudes negativas hacia las conductas de prevención del VIH, la baja percepción de riesgo de infección y la

escasa intención de realizar conductas saludables (Touzard, Pérez, Luwig y Grupo ACSF, 1996). No obstante, en un estudio realizado con mujeres afroamericanas se observó que si bien las mujeres más adultas presentaban mayor autoeficacia en la negociación del condón, manifestaban menor intención de utilizar el preservativo (Corneille, Zyzniewski y Belgrave, 2008). Por otro lado, Planes, Gras y Soto (2002) observaron que a medida que se elevaba la edad o el número de parejas era más frecuente el uso de píldoras anticonceptivas y menos probable el uso de preservativos.

3.1.5. Edad de inicio de las relaciones.

En distintos países se ha observado la vinculación entre la transmisión de VIH-Sida y la edad en que las personas inician las relaciones sexuales. Mientras el inicio temprano de la conducta sexual de pareja facilita el riesgo de transmisión de VIH-Sida, un inicio de las relaciones más tardía suele favorecer su prevención (Lawrence y DiClemente, 1996; Selva Sutter, 2000; Cerwonka, Isbell y Hansen, 2000; Peltzer, Oladimeji y Morakinyo, 2003).

De esta forma, se ha observado cómo los adolescentes que inician relaciones coitales de forma precoz presentan un alto nivel de actividad sexual, poco uso de contraceptivos, una elevada tasa de embarazos no planeados y de Infecciones de Transmisión sexual, incluyendo el VIH. Este dato es importante tenerlo en cuenta si consideramos que, en algunas muestras de población como la española, el promedio de edad de inicio de las relaciones sexuales se sitúa en 14,2 años para los chicos y 14,5 años para las chicas (Moreno, Muñoz, Pérez y Sánchez, 2005).

3.1.6. Tipo de práctica sexual.

En diferentes estudios se ha observado cómo la probabilidad de que exista transmisión del VIH, también está mediada por el tipo de práctica sexual que se realiza. En la medida en que la conducta sexual facilite la probabilidad de que el virus penetre en el organismo o se genere un mayor intercambio de los fluidos infectados, la persona se expondrá en mayor medida a la infección por VIH (Casabona, 1992). En este sentido, parece que la realización del coito anal no protegido, donde se produce un intercambio de fluidos seminales, facilita la infección por el VIH.

En este punto cabe resaltar cómo la socialización psicosexual en muchos lugares, otorga una mayor importancia a aquellas prácticas que implican penetración y por tanto, favorece las conductas de más riesgo. Por el contrario, otras más seguras como la masturbación suelen mostrarse infravaloradas (Ross, 1990).

3.1.7. Consumo de alcohol y otras drogas.

Se ha comprobado que la ingesta de sustancias, como las drogas o el alcohol, está asociada con las conductas sexuales de alto riesgo y la infección por el VIH. De hecho, tras el consumo de dichas sustancias, la probabilidad de adoptar una medida preventiva eficaz puede verse reducida (Staton, Leukefeld y Logan, 1999; Cerwonka et al, 2000; Stoner, George, Peters y Norris, 2007). En la medida en que se combine la ingesta de drogas con las conductas sexuales, variables como la cantidad y el tipo de drogas consumidas pueden incrementar todavía más el riesgo (Johnson, Ostrow y Joseph, 1990).

Por una parte, los consumidores de estas drogas tienen una percepción incrementada respecto a la posibilidad de tener un encuentro sexual lo que implicaría mayor probabilidad de realizar conductas de riesgo. Por otra parte, parece que la ingesta previa o simultánea de drogas u otras condiciones ambientales estimulantes de carácter extraordinario, pueden potenciar los factores emocionales. Como consecuencia, se dificulta el continuo de la lógica de cualquier operación cognitiva que se lleve a cabo, por ejemplo, la decisión y manejo del propio preservativo.

Además el hábito de consumo de alcohol y drogas, como mediadores de ocio, relaja las inhibiciones y favorece una distorsión de la percepción ante conductas de riesgo (Bayés, 1992).

Sin embargo, otros autores defienden que la realización de conductas de riesgo no estaría originada por el efecto de la ingesta de ciertas drogas como el cannabis, sino por una tendencia individual a la búsqueda de riesgo que haría que las personas realizaran prácticas sexuales de riesgo y también consumieran sustancias (Brodbeck, Matter y Moggi, 2006).

En otros casos, la ingesta de estas sustancias es empleada como una excusa, con un gran reconocimiento social, para eximir la responsabilidad de las conductas de riesgo (Ubillos, 2000).

Antes de continuar cabe recordar que además de facilitar las conductas sexuales de riesgo, el mismo uso de sustancias puede constituir una conducta de riesgo si se consume por vía intravenosa y sin tomarse las medidas de precaución necesarias (Lawrence y DiClemente, 1996). Además, la población usuaria de droga no parece visualizar el sexo desprotegido como uno de los mayores riesgos.

3.2. VARIABLES PSICOLÓGICAS.

3.2.1. Género.

En diversos estudios se han observado las diferencias psicosociales que existen entre mujeres y hombres, probablemente, asociadas a las tradiciones socioculturales que asignan los roles de género y que normalmente perjudican el desarrollo de las mujeres (Hardeman, Pierro y Mannetti, 1997).

En líneas generales, se han encontrado diferencias de género en cuanto a la probabilidad de realizar conductas sexuales de riesgo. En este sentido, los hombres parecen presentar una mayor probabilidad de realizar conductas sexuales de riesgo para la transmisión de VIH (Moore y Halford, 1999; Pack y Crosby, 2001). Sin embargo, las mujeres parecen tener más presente la necesidad de realizar conductas preventivas en sus relaciones sexuales.

En este contexto, la desigualdad de género facilita que el chico ejerza presión sobre la chica para mantener relaciones coitales o que no se hable de anticoncepción en la pareja. Las expectativas sociales tradicionales sobre las relaciones afectivas y sexuales, hacen que las mujeres dependan en muchas ocasiones de las decisiones de los hombres aunque éstas conlleven un riesgo para su salud (García-Sánchez, 2004; Bimbela, Jiménez, Alfaro, Gutiérrez y March, 2007). Probablemente en este fenómeno influye el hecho de que, en muchos lugares, la mujer todavía está subordinada socioeconómicamente a los hombres y se encuentra en desventaja para controlar o negociar el tipo de relación sexual (Younge, 2006). Por el contrario, se ha observado cómo a medida que aumenta el poder de la mujer, mejora su capacidad de tomar decisiones y de negociar el empleo del preservativo (Soet, Dudley y Dilorio, 1999).

También existen diferencias en cuanto a las argumentaciones que hombres y mujeres emplean para no utilizar el preservativo. Por un lado, los hombres se identifican más con el hecho de no poder parar en un momento de excitación, confiar en la marcha atrás para prevenir el embarazo o el no tener disponibles preservativos en ese momento. Por su parte, las mujeres vinculan sus motivaciones negativas a las dificultades de su uso, las molestias que genera en la situación de intimidad o la falta de estima (Duncan, Millar y Borskey, 2002).

3.2.2. Falta de conocimientos relacionados con VIH y Sexualidad.

Si bien es cierto que la información no es suficiente para realizar las modificaciones de conductas de riesgo, también lo es que continúa siendo relevante

en su análisis. De hecho, el tener representaciones erróneas sobre temas relacionados con el VIH-Sida, aumenta la probabilidad de que una persona se exponga al riesgo (Toledano et al, 2006).

En cuanto a la información relativa a las vías de transmisión del virus o los métodos de prevención, se ha observado cómo la confusión entre las medidas de prevención eficaces para embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual facilitan la probabilidad de realizar conductas de riesgo. De esta manera, algunos jóvenes llegan a dar como válidas alternativas ineficaces para prevenir ambas consecuencias, por ejemplo: los dispositivos intrauterinos, las píldoras, los diafragmas e incluso la penetración anal.

Además, la información sobre los fármacos desarrollada alrededor de la infección y la progresión de la enfermedad también ha generado confusión. Se ha observado cómo la creencia errónea de algunas personas sobre la existencia de una vacuna o cura para la enfermedad, ha facilitado la realización de conductas de riesgo. Sobre todo, al concebir la existencia de una seguridad curativa que lamentablemente no se corresponde con la realidad (Johnson et al, 1990).

3.2.3. Orientación del deseo sexual.

Una de las variables más estudiadas en la incidencia de la infección por VIH se relaciona con la orientación del deseo sexual. A lo largo de los últimos años, se ha observado un comportamiento diferenciado entre las personas homosexuales, bisexuales y heterosexuales.

Para algunos autores, la importancia de la variable orientación sexual está mediada por la manera en que cada persona la asimila y vivencia (Ross, 1990; Perkins, Leserman, Murphy y Evans, 1993). La dificultad de asimilación de la propia orientación sexual se ha asociado a una mayor vulnerabilidad ante la transmisión del VIH. Sobre todo, estas dificultades se han encontrado en población homosexual y bisexual que han de afrontar un contexto normativo heterosexual. Dicha diferenciación se incrementaría al incluir la variable género, ya que las mujeres todavía encuentran más trabas sociales en el reconocimiento de una orientación homosexual o bisexual.

En este proceso, algunos autores estiman la asociación con la vulnerabilidad ante el VIH de dos maneras (Savin-Williams y Lenhart, 1990). Por una parte, se observa que las dificultades en el proceso de afrontamiento social pueden derivar en conductas de riesgo para la salud como el abuso de sustancias o la conducción temeraria.

Por otro lado, puede que el decaimiento de ánimo que se produce ante los problemas sociales que se generan derivados de la homofobia imperante, hagan que se debilite el sistema de defensas y esto exponga con mayor facilidad a la persona ante el proceso de infección.

Otro elemento destacado, es la mayor complejidad de la población homosexual y bisexual para acceder a información adaptada a sus necesidades. Así, la invisibilización de las diferencias en cuanto a la orientación del deseo sexual ha hecho que se divulgue menos información dirigida a estos colectivos y eso dificulte su propia formación.

A pesar de todo ello, en la actualidad la asociación de Sida a homosexuales es menos cierta que nunca, dado que las personas que tienen relaciones con otras del mismo sexo son las que están comportándose de un modo más seguro frente al Sida.

3.2.4. Percepción y creencias asociadas a la sexualidad.

Si el adolescente posee una visión tradicional de la sexualidad parece más difícil que la asuma con naturalidad, se informe y dialogue sobre ella (Sánchez y García, 2003). La sexualidad, entendida desde la genitalidad, se construye a partir de algún tipo de penetración e incluye necesariamente esta actividad en la relación sexual. De esta manera, se realizan prácticas que facilitan la posibilidad de infección (Usieto y Sastre, 1996).

La creencia generalizada de que las relaciones sexuales deben darse de una manera espontánea es otra idea desvirtuada que influye en la construcción de la sexualidad. Al no ser lícita su anticipación o previsión, es difícil planificar la relación sexual y, por tanto, la puesta en marcha de estrategias de prevención (Ubillós, 2000). Se ha observado incluso cómo las personas con mayores temores sexuales suelen verse más afectadas por la ingesta de alcohol en el desarrollo de sus relaciones sexuales posteriores. En este contexto, parece aumentar su deseo sexual y también la probabilidad de que realicen una práctica sexual aún careciendo del preservativo. Además, su capacidad para tomar decisiones acertadas parece disminuir (Stoner et al, 2007).

Asimismo, el hecho de no integrar la diversidad de la orientación sexual en la concepción de la propia sexualidad también parece relacionarse con la transmisión del VIH. De esta manera, se ha observado cómo la actitud negativa ante algunos tipos de orientación del deseo sexual, como la homosexualidad, se asocia a una baja percepción de riesgo, creencias incorrectas y bajo uso de métodos de protección ya

que el Sida se atribuye erróneamente a grupos con los que no se identifica la mayor parte de la población general.

3.2.5. Percepción del VIH: probabilidad y gravedad percibida.

Una de las variables que puede influir en las conductas sexuales de riesgo es la propia percepción que la persona tenga sobre las infecciones de transmisión sexual y, en concreto, sobre el VIH-Sida (Ross, 1990).

En la medida en que la perciba como una consecuencia derivada de una conducta poco saludable será más fácil que pueda prevenir su transmisión. Sin embargo, si asocia el VIH con otras causas como la trasgresión de las normas o el castigo divino, será más complicado que realice conductas saludables de prevención.

Otro elemento a considerar es qué importancia le dan las personas al VIH porque, dicha medida, influirá en la prevención de riesgos que ejerzan. Por ejemplo, para la mayoría de la población joven, una de las prioridades en las conductas sexuales saludables es la prevención del embarazo no deseado pero no de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Este fenómeno, dificultará la prevención de la transmisión de VIH en dicha población (Bimbela et al, 2002).

3.2.6. Percepción de los métodos de prevención.

Se ha observado cómo una percepción negativa de los métodos y estrategias preventivas se relaciona con la menor práctica de conductas sexuales seguras (Peltzer et al, 2003).

Algunas veces los costes psicológicos de la prevención son superiores a los beneficios inmediatos que se obtienen. La percepción de pérdida del placer y la dificultad para el cambio de hábitos, obstaculizan la reducción de las exposiciones individuales al riesgo (Coates, 1990).

En cuanto al empleo del preservativo, se ha observado que es más probable su uso en la medida en que la persona tenga actitudes positivas y lo acepte como método preventivo de infecciones (Gabler, Kropp, Silvera y Lavack, 2004).

Parece que la población asocia los métodos preventivos a la falta de amor y confianza en la relación de pareja y percibe inconvenientes como la falta de placer y la no espontaneidad. En este sentido, se observa una diferencia entre la percepción que la población joven tiene sobre el preservativo masculino y femenino. Probablemente, la familiaridad que tiene con el primero favorece que la percepción aún sea más negativa

en el caso del preservativo femenino, con argumentos como el tamaño o la apariencia (Lameiras, Faílde, Saco y Rodríguez, 2006).

Asimismo se ha observado cómo muchas personas conciben el preservativo como un método eficaz pero sólo dirigido a un uso anticonceptivo. Por este motivo, existe mucha probabilidad de que lo sustituyan por otros métodos que no previenen de otras Infecciones de Transmisión Sexual ni del VIH-Sida (Maticka-Tyndale, 1991; Parkes, Wight, Henderson, y Hart, 2007). En este sentido, se ha visto cómo el acceso y empleo de la píldora post-coital ha reducido el uso del preservativo, al considerarse como una buena alternativa para prevenir las consecuencias negativas percibidas por la población juvenil (Seoane, 2002).

3.2.7. Rasgos y dimensiones de personalidad.

Algunos autores estiman que ciertas características de personalidad guardan una relación notable con la ejecución de las conductas sexuales de riesgo. Por ejemplo, los jóvenes con gran tendencia a la gratificación, a la búsqueda de experiencias novedosas y al bajo control de impulsos, muestran una mayor propensión a patrones conductuales de riesgo que otros pares (Johnson et al, 1990; Gullete y Lyons, 2006). De la misma forma, la poca tolerancia a la frustración o a los estresores psicosociales negativos, favorecen conductas sexuales de riesgo.

Por otra parte, la *búsqueda de sensaciones sexuales* se ha relacionado con mayor cantidad de conductas sexuales que implicaban un riesgo potencial (Gutiérrez-Martínez, Bermúdez, Teva y Buela-Casal, 2007). En otros estudios, una elevada puntuación en la búsqueda de sensaciones se ha relacionado con el interés por la información relativa al VIH-Sida y otras infecciones de transmisión sexual, al igual que el poseer un patrón racional y no impulsivo en la toma de decisiones (Hung-Yi, Palmgreen, Zimmerman, Lane y Alexander, 2006).

Una de las variables más estudiadas es la *dimensión erotofobia-erotofilia* propuesta por Fisher. En dicho continuo, se puede determinar cómo la primera dimensión implica un sentimiento de culpa y ansiedad hacia el sexo, mientras que la erotofilia implica un sentimiento de confort físico y psicológico hacia la sexualidad. Según algunos autores, las personas con una mayor disposición positiva hacia el sexo tendrían más probabilidad de realizar conductas de riesgo, sobre todo en el caso de los hombres (Lewis, Neighbors y Malheim, 2006). Sin embargo, autores como Lameiras, Núñez, Rodríguez, Bretón y Agudelo (2007) apreciaron cómo las actitudes

erotofílicas se asociaban al uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles.

Por otro lado, autores como Ross (1990) han estudiado la relación entre las conductas sexuales de riesgo y algunos rasgos como la *extraversión*, el *neuroticismo* o el *psicoticismo*. Así, propone que una puntuación elevada en la extraversión puede facilitar la conducta promiscua y con ésta, la realización de conductas de riesgo. No obstante, también cabe tener en cuenta algunos estudios como el de Hart (2002), con población homosexual, que estiman cómo la inhibición y la ansiedad social podrían facilitar la realización de conductas de riesgo, incluso en un contexto en el que la norma social aprueba el empleo del preservativo.

Respecto al neuroticismo también se estima una mayor probabilidad de realizar una conducta de riesgo. En la medida en que la persona se socializa en un ambiente en el que exista gran permisividad social ante la sexualidad, el neuroticismo puede facilitar relaciones promiscuas y con éstas una mayor probabilidad de infección de VIH. Igualmente, en la medida en que el entorno de la persona penaliza la práctica de la sexualidad, puede que una puntuación elevada en neuroticismo facilite una conducta de inhibición sexual. Es decir, que la persona tenga escasa capacidad para afrontar las situaciones de riesgo sexual, derivando en una mayor probabilidad de infección de VIH. El psicoticismo, ha sido vinculado a una mayor curiosidad sobre la dimensión de la sexualidad y asociado a una mayor frecuencia en las conductas sexuales.

3.2.8.Estado de ánimo depresivo.

En algunos estudios, se ha observado cómo el estado de ánimo deprimido se relaciona con una menor probabilidad de realizar prácticas sexuales seguras (Brown, Yung, Cosgrave, Killackey, Buckby, Stanford, Godfray y McGorry, 2006; Laughon, Gielen y Campbell, 2007).

3.2.9.Autoestima.

La relación de la autoestima con la emisión o no de conductas preventivas, se ha asociado a dos motivos principales. Por un lado, su carencia puede complicar una posición asertiva por falta de autoconfianza ante una relación sexual. En esta línea, se ha observado cómo la autoestima se relaciona con la autoeficacia de negociación del uso del preservativo en una relación sexual (Neely-Smith, 2003).

Por otro puede facilitar que el adolescente conciba el sexo como fuente de gratificación emocional, constituyendo una fuente de atención y cuidado y el alivio a la soledad (López, 1990). En este sentido, también facilitaría el riesgo.

Asimismo, parece que la baja autoestima va asociada a otras conductas de riesgo como el consumo de alcohol, el tener relaciones sexuales con una cantidad mayor de parejas y, por tanto, con realizar más conductas de riesgo para la infección por VIH (Gullete y Lyons, 2006). No obstante, algunos autores han relacionado una alta autoestima con la realización de conductas de riesgo quizá asociada a la percepción de invulnerabilidad o al refuerzo psicosocial que obtienen al realizar ciertas prácticas sexuales (Hollar y Snizek, 1996).

3.2.10.Habilidades sociales.

Muchos autores estiman cómo las habilidades sociales son aspectos necesarios para poder afrontar las situaciones sexuales de riesgo. Por ejemplo, en la medida en que ayudan a resistir a las presiones de la pareja, los medios de comunicación o los iguales. También en cuanto favorecen la capacidad para no mantener relaciones sexuales en contra de su deseo o, en el caso de que ocurran, negociar la protección debida en ese mismo momento (Maddaleno y Suárez, 1995; Bimbela et al, 2002).

La previsión y planificación de la conducta son elementos fundamentales ya que posibilitan la necesidad de aprender a negociar adecuadamente. Este es un recurso imprescindible para la adopción de conductas sexuales preventivas y el mantenimiento de relaciones sexuales protegidas (Ubillos, 2000). En este contexto, destaca la capacidad para establecer un diálogo sobre las relaciones sexuales de forma que genere un marco para el análisis del riesgo y de los beneficios concretos de cada caso. Una de las dificultades observadas es la ambigüedad con que se suele abordar el tema de la infección por el VIH. En la medida en que no se concreta el diálogo, se utilizan metáforas, dobles lenguajes y no se aterriza sobre las propias propuestas de prevención, menos probabilidad habrá de favorecer la realización de una conducta segura.

Ante este abanico de posibilidades, algunos autores afirman la existencia de distintos tipos de habilidades vinculadas a diferentes acciones incluidas en las conductas sexuales seguras. Dichas habilidades se diferencian en función del contexto en el que la persona se encuentre. Por ejemplo, se distingue la capacidad de hablar con la pareja sobre las conductas preventivas como el uso del condón en situaciones generales, de las situaciones sexuales específicas en las que se requiere su uso

(Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz-González, Rodríguez y Hernández, 2006).

3.2.11. Estilo de vida general relacionado con la salud.

La preocupación general por la salud suele implicar el desarrollo de un estilo de vida con hábitos dirigidos a fomentarla en todas las áreas vitales. La población juvenil, por lo general, se caracteriza por la realización de distintas conductas de riesgo que llegan a constituir hábitos muy arraigados. En algunas poblaciones se ha observado un nivel de elevado optimismo que ha sido asociado a la realización de conductas de riesgo (Perkins et al, 1993). Este hecho parece ser más grave respecto al VIH-Sida, ya que mientras la población juvenil parece estar preocupada por ciertos temas (dieta, ejercicio, horas de sueño, etc.) no lo está por la posible infección por el VIH (Segest, Myding, Harris y Bay, 1991).

3.2.13. Historia previa de uso del preservativo.

Una de las variables que se ha asociado con la emisión de conductas preventivas es el haberlas realizado previamente. En concreto, Lawrence y DiClemente (1996) reflexionan sobre la importancia del manejo previo del preservativo como indicador de su uso.

De hecho, un elemento que facilita el empleo del preservativo es la propia capacidad motora para usarlo correctamente. Este factor parece, a su vez, facilitar la capacidad de comunicarse sobre el tema con una pareja (Robles et al, 2006). Probablemente porque, además de suponer un conocimiento previo del método, indica cierta habilidad para la previsión de usarlo y el entrenamiento en el afrontamiento de la conducta de prevención durante la relación con otra persona.

Por el contrario el uso poco frecuente del preservativo, hábito instaurado en buena parte de la población juvenil, dificulta la probabilidad de que en futuras ocasiones se emplee. La falta de experiencia en el uso del preservativo parece obstaculizar su utilización (Selva Sutter, 2000).

3.2.14. Estilos de procesamiento de la información.

Los patrones cognitivos de las personas son aspectos fundamentales para determinar la posible ejecución de las conductas de riesgo. Dentro de este subgrupo, se aglutinan una serie de factores incluidos en los modelos de corte socio-cognitivo

como: la percepción de control, la autoeficacia, el estilo de atribución y la percepción de riesgo. Tanto la percepción de los obstáculos internos (falta de habilidades sociales, etc.) como de los externos (falta de colaboración de la pareja, no accesibilidad a métodos preventivos, etc.) son importantes en la prevención del VIH.

Efectivamente, en los adolescentes la percepción de riesgo está mediada por la Autoeficacia y también su reconocimiento de gravedad del Sida y los embarazos no deseados ante la sexualidad no protegida (Brown, 1995; Cerwonka et al, 2000). El grado de confianza que una persona tiene en ser capaz de realizar la conducta propuesta al poder controlar las variables que interactúan, personales y sociales facilita el paso a la intención de realizarla (O'Leary, Jemmott y Jemmott III, 2008). También se asocia con la asimilación de la información y las propuestas de acción, así como con la adopción de los recursos conductuales necesarios para realizar la conducta. No obstante, en la medida en que la persona muestra una tendencia a exagerar su capacidad de controlar las situaciones será más fácil que realice conductas de riesgo.

Otro aspecto a tener en cuenta es el posible desajuste entre el sentimiento individual de creerse bien informado y la información real que posea esa persona. En la medida en que no esté equilibrado y la persona crea que tiene más información veraz de la que posee, más fácil será que realice conductas de riesgo. Muchas de las fuentes de información existentes no son veraces y son muy complejas de eliminar.

Dentro de las atribuciones causales, se puede percibir como el asumir un locus de control externo en la búsqueda de responsabilidades facilita la atribución de las causas a fenómenos o personas externas a la persona, desechando toda responsabilidad de sus actos y, por tanto, toda medida para favorecer o evitar consecuencias (López 1990). Por el contrario poseer un locus de control interno y, de esta forma, considerar que la propia persona es responsable de la posible transmisión del virus, facilitará que se tomen medidas de prevención (Touzard et al, 1996).

La percepción de riesgo es uno de los factores clave en la prevención de la transmisión sexual del VIH (Espada, Quiles y Méndez, 2003). En la medida en que no se tiene percepción de riesgo es más fácil que uno no se someta a pruebas de detección de VIH, se transmita el virus a otras personas y no se adopten comportamientos preventivos (Cerwonka et al, 2000; Patel, Gutnik y Yoskowitz, 2006). Cabe tener en cuenta que el nivel de conciencia sobre las consecuencias a corto y largo plazo (positivas y negativas) también influirá en la realización o no de conductas

preventivas. Las personas pueden ser inconscientes sobre los riesgos, preferir negarlos o estar tan implicadas afectivamente que no vean el futuro y no asocien la conducta presente con posibles situaciones a medio o largo plazo. Este hecho, facilitará la realización de conductas de riesgo (Touzard et al, 1996). Asimismo, es cierto que la percepción de las consecuencias severas no siempre ha sido asociada a la adopción de medidas preventivas, aunque las favorezcan.

La evaluación del riesgo se realiza en un proceso interactivo en el que factores cognitivos y emocionales tienen cabida y, por lo tanto, en el que no se sigue una lógica racional matemática de análisis de alternativas. Por un lado, puede que se exagere la probabilidad de riesgo ante una interacción potencialmente capaz de transmitir el VIH. Sin embargo, también es posible que las personas infravaloren su probabilidad de riesgo y se atribuyan menores posibilidades que la media. En algunos estudios se ha observado cómo las personas suelen atribuir a su grupo de amigos una menor probabilidad de riesgo que a la población general similar y, a ellos mismos, una menor posibilidad que a sus propios amigos (Brown, 1995). Este fenómeno, produce una falsa sensación de seguridad que facilita la exposición ante situaciones de riesgo.

Además, se ha visto cómo en la toma de decisión sobre la realización o no de una conducta de riesgo, el procesamiento de la información varía en función de cuánto riesgo se percibe (Patel et al, 2006). Por ejemplo, a medida que las personas parecen percibir un alto riesgo su atención se centra más en las posibles consecuencias negativas de la conducta y en cómo poder evitarlas. Sin embargo, sí las personas perciben un riesgo bajo parece que el placer inmediato y el valor emocional priman en la priorización de la información.

Según algunos estudios, la población juvenil tiende a asumir más riesgos que los adultos, fijar metas a corto plazo, conceder más importancia a las consecuencias inmediatas y a tener dificultades para conectar su comportamiento actual con las consecuencias futuras. A partir de su estilo de razonamiento ante el VIH-Sida parece que la población joven infravalora subjetivamente el riesgo que conllevan ciertas conductas objetivas.

Si bien es cierto que muchos estudios relacionan la madurez cognitiva de adolescentes y jóvenes con una mayor probabilidad de emitir juicios erróneos sobre el VIH-Sida, no todos lo hacen. Autores como Igra e Irwin (1996), proponen que la población adulta no tiene una mayor percepción de riesgo de infectarse por el VIH que los adolescentes o jóvenes. En este sentido, ambas poblaciones compartirían factores de riesgo que facilitan la emisión de conductas nocivas para la salud.

3.3.VARIABLES SOCIALES Y MEDIOAMBIENTALES.

3.3.1.Nivel educativo.

En distintos contextos se ha observado cómo el nivel educativo de las personas se relaciona con la incidencia de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH (OMS, 2006). A medida que las personas tienen menor educación, aumentan las variables de riesgo que inciden en la realización de conductas que facilitan la transmisión del VIH. Por ejemplo, se ha observado cómo población joven que manifiesta absentismo escolar posee un gran desconocimiento relacionado con el VIH-Sida y manifiesta un pasado de relaciones sexuales no siempre protegidas (Manji, Peña y Dubrow, 2007).

Asimismo, los valores del propio sistema educativo también parecen influir en la capacidad de los jóvenes para realizar o no conductas sexuales seguras. En la medida en que el sistema educativo se caracteriza por ser jerárquico, patriarcal, parcial y poco accesible es más difícil que se realicen conductas preventivas (Villalta de Delgado, 2004).

3.3.2.Religión.

Existen diversas opiniones sobre la influencia que el carácter religioso de una persona puede tener en su ejercicio de conductas sexuales seguras.

Si bien las creencias religiosas no deberían de forma necesaria influir negativamente en las actitudes sexuales, algunos autores estiman que la culpabilidad asociada al sexo (adquirida como resultado de la educación religiosa) puede influir en ellas. Tan es así que uno de los motivos argumentados para rechazar el empleo de los métodos preventivos, por parte de la población, son las doctrinas de las diversas iglesias. Asimismo, se defiende que puede reducir la capacidad de respuesta frente a una situación sexual (McCary y McCan, 1996).

Sin embargo, otros autores muestran las creencias religiosas como un factor que podría reducir la probabilidad de que las personas realizaran conductas de riesgo en ámbitos como la sexualidad (Sinha, Cnaan y Gelles, 2007).

3.3.3.Tipo de relación afectivo sexual con la pareja.

En el desarrollo de las relaciones sexuales parece existir una vinculación entre la realización de conductas de riesgo y diversos aspectos socioemocionales de la relación (Lameiras, Rodríguez, Calado, y González, 2004; Harvey, Beckman, Gerend,

Thorburn, Posner, Huszti y Galavotti, 2006). De hecho, el tipo de reacciones que la pareja tenga respecto a la prevención del VIH-Sida puede llegar a tener un efecto muy importante en la propia disposición a realizarlas.

Por un lado, parece que a mayor sentimiento amoroso existe menos probabilidad de que las parejas mantengan conductas preventivas. Mientras las personas no suelen percibir riesgo en las relaciones estables, sí lo hacen en mayor medida en lo que respecta a las relaciones esporádicas. Se observa cómo a medida que la persona percibe estabilidad en la pareja, se va sintiendo segura del riesgo de contraer VIH-Sida y considera una falta de confianza el empleo del preservativo (Bimbela et al, 2007; Vinaccia, Quiceno, Gaviria, Soto, Gil y Ballester, 2007).

Quizá este hecho esté relacionado con la llamada “monogamia serial”, es decir, con la posibilidad de que una persona haya mantenido diferentes conductas de riesgo en sucesivas parejas estables lo que le hace subestimar el peligro aunque esté expuesto a riesgo de transmisión (Wilson, 1999; Planes, Gras, Soto y Font-Mayolas, 1999). Un elemento a tener en cuenta es el hecho de que la población joven considera rápidamente una pareja como habitual y, por tanto, como un espacio seguro para practicar las relaciones sexuales. Parece demostrado que a medida que aumente el número de parejas, aumenta el riesgo de contraer el VIH (Lawrence y DiClemente, 1996).

Padilla de Gil (2001) argumenta que la inestabilidad de la pareja y la esporadicidad de la relación pueden favorecer que no se practiquen métodos de prevención. Estima que ante la ambigüedad de los primeros encuentros, la persona no suele tener claro si esa situación terminará convirtiéndose o no en un encuentro sexual, con lo que se ven sujetos a la improvisación. Se ha observado cómo muchas personas prefieren negociar los métodos preventivos una vez ha transcurrido cierto tiempo cuando tienen la confianza de que no serán rechazados. Además, se ha comprobado cómo cuanto más atracción despierta la potencial pareja en la persona, ésta atribuye menos probabilidad de que aquella esté infectada por el VIH y, por tanto, pueda transmitírselo (Hennessy, Fishbein, Curtis y Barrett, 2007).

La distribución del ejercicio de poder entre los miembros de la pareja también se ha analizado dentro del sistema relacional. Un ejemplo evidente sería la transacción comercial del sexo en el que el cliente, con el poder del recurso económico, marca el tipo de relación y la posibilidad de mantener o no una conducta protegida. En realidad, el ejercicio de toma de decisión y negociación de las relaciones sexuales se ha relacionado con el poder de la persona dentro de la relación y no tanto con el género (Swan, 2000). En un estudio de Lau, Ho y Yang (2007), se observó cómo el porcentaje de trabajadoras comerciales del sexo que no empleaban preservativo con sus clientes

por motivos económicos (50%), aumentaba en sus relaciones de pareja estables al considerarlo como una falta de confianza (73%).

Por el contrario, en otros estudios se ha visto cómo el compromiso y la satisfacción con la pareja iban vinculados a la realización de prácticas sexuales seguras. Autores como Davidovich, De Wit y Stroebe (2006) encontraron, entre una muestra de parejas homosexuales, que las conductas sexuales de riesgo eran asociadas a una menor satisfacción con la pareja. En cambio, las conductas de prevención realizadas con la ésta eran percibidas como un mayor compromiso y bienestar emocional.

3.3.4. Influencia del grupo de amigos

El grupo de iguales adquiere una gran importancia en las relaciones sociales durante la adolescencia y la juventud y cobra máxima relevancia como modelo de conducta. Asimismo, se establece como una de las principales fuentes de apoyo y aprendizaje. El hecho que los pares constituyan la primera fuente de información puede ocasionar una alteración de los conocimientos considerando que, en la mayoría de los casos, ésta es falsa. Además, el grupo influye en la percepción de riesgo, las creencias y los sesgos inferenciales a partir de los cuales se construyen los mapas cognitivos (Blanco et al, 2000).

Actualmente, la norma social compartida valora el riesgo como algo positivo. De esta forma, se fomenta la búsqueda y realización de conductas de riesgo (Stein, Rotheram-Borus, Swendeman y Milburn, 2005). Por ejemplo, en distintos puntos de Estados Unidos, parece extendido y asimilado el empleo de la marcha atrás, la adopción del rol insertivo en la penetración o el serosorting¹ como medidas preventivas (Parsons, Schrimshaw y Wolitski, 2005). Si por el contrario la medida preventiva se asumiera como algo positivo, probablemente, sería más sencillo generar conductas saludables. De esta forma, si el grupo de iguales más cercano asume como positiva la práctica de una sexualidad saludable, es más probable que el sujeto manifieste la intención de realizar conductas sexuales saludables (Bayés, 1995; White, Terry y Hogg 1994).

¹ Práctica en la que las personas seropositivas buscan para mantener relaciones sexuales parejas que también lo sea. De esta manera, perciben una falsa sensación de seguridad.

3.3.5.Relación familiar.

La importancia del contexto familiar ha sido demostrada, por muchos autores, en relación a diferentes conductas de riesgo para la salud. En el caso de la sexualidad se ha observado cómo aquellos jóvenes que carecen de apoyo familiar, presentan una mayor probabilidad de asumir riesgos asociados a las infecciones de transmisión sexual (López, 1990).

Por una parte, la falta de amor y comprensión se convierte en un factor de riesgo que duplica la probabilidad de experimentación sexual precoz (Padilla de Gil, 2001). Esto es todavía más cierto cuando las malas relaciones llevan al joven a irse de casa sin medios económicos viéndose impulsado en ocasiones a prostituirse, lo que se da con más frecuencia entre los jóvenes homosexuales. Por otra parte, el estar en una familia que invisibiliza la sexualidad de los adolescentes y no ofrece confianza para hablar de ella, dificultará el acceso a su conocimiento y la normalización de esta dimensión de su vida. Así, el ejercicio del control y la presión parental sobre el desarrollo sexual de hijos e hijas, sumado a la percepción negativa sobre la sexualidad, puede relacionarse con la realización de prácticas sexuales de riesgo por parte de estos últimos (Weber-Shifrin, 2003).

También se ha observado cómo la percepción que un joven tiene de pertenecer a una comunidad socialmente cohesionada, se ha asociado positivamente con el empleo del preservativo, frente a la percepción de estar inmersos en un contexto controlador y regulador (Kerrigan, Witt, Glass, Chung y Ellen, 2006).

3.3.6.Fuentes de información.

Los medios de comunicación cumplen una función de socialización que contribuye a la construcción psicosocial de la población juvenil. En este contexto, constituyen una fuente importante de información de conductas sexuales para los adolescentes. La mayoría de medios a los que los adolescentes tienen acceso son inadecuados y contradictorios; mientras por un lado se sobreestimula la sexualidad (por ejemplo, a través de mensajes publicitarios) por otro lado se inhibe. Para autores como López (1990), en la actualidad, los medios de difusión ofrecen permanentemente a los adolescentes mensajes y modelos que los impulsan a asumir conductas de riesgo.

3.3.7.Tradición cultural sexual.

Como ocurre en otras esferas de la vida, parece reconocida la influencia que la cultura ejerce sobre las interpretaciones y experiencias sexuales de las comunidades. De esta forma, en la medida en que las tradiciones apoyen la normalización, transparencia y diálogo social sobre los pros y contras de la sexualidad, más fácilmente será que la persona internalice una conducta saludable. Frente a esta posición, autores como Díaz (1997) señalan el refuerzo que ciertas conductas sexuales de riesgo obtienen por algunas culturas. En la cultura latina, por ejemplo, se concibe que las relaciones sexuales sean completas en la medida en que incluyan una práctica de penetración. Asimismo, se construye al hombre como un ser incapaz de mantener sus instintos sexuales y moderar su conducta sexual a partir de la razón.

La cultura androcéntrica que predomina en gran parte del mundo, marca diferencias en las normas de conducta sexual que se fomentan, promueven y aceptan entre hombres y mujeres. Durante la conducta sexual, los hombres suelen mostrar una actitud más controladora, dominante y activa, mientras que muchas mujeres siguen asumiendo un rol pasivo. Las condiciones de riesgo aumentan si además consideramos que, cuando las acciones de la mujer se realizan para la satisfacción masculina, el sexo con penetración asume una importancia central incluso, a pesar de que el placer físico femenino se consiga con más seguridad a través de actividades no penetrativas (Touzard et al, 1996).

3.3.8.Acceso a servicios básicos de salud.

La visita a una farmacia o a un centro de planificación familiar, es un paso importante a la hora de adquirir una conducta saludable. Tanto la facilidad del acceso a los recursos y servicios sanitarios, como la calidad y cantidad de los mismos se relaciona con la realización de conductas preventivas. En algunos lugares se ha demostrado una relación inversa entre la distancia y el tiempo invertido por las persona en llegar a los servicios de salud y la probabilidad de que los use (Seoane, 2002). De esta forma, cuanto más lejos estén los servicios de salud y más tiempo conlleve acceder a ellos, más fácil será que la persona deje de acudir. Asimismo, la dificultad para encontrar métodos preventivos como los preservativos femeninos, su invisibilidad en las campañas de prevención o su mayor coste respecto a los masculinos facilita las resistencias a su uso (Lameiras et al, 2006).

También se ha observado cómo las costumbres culturales de algunos lugares pueden limitar la comunicación entre las personas usuarias y el personal de salud. En

ocasiones, los propios demandantes pueden verse influidos al considerar que el personal sanitario procede de un estrato social diferente. En otras, sobre todo cuando se trata de mujeres, puede influirles el hecho de que el personal esté constituido por hombres. Asimismo, se ha comprobado la influencia de ciertas actitudes negativas de algunos proveedores de preservativos que pretenden disuadir a los jóvenes argumentando que son muy pequeños para emplearlos.

3.3.9. Condiciones económicas de la región.

En las zonas de pobreza se estima un nivel más elevado de factores concomitantes de riesgo como el hacinamiento, la delincuencia o el alcoholismo. Por un lado, dichas condiciones debilitan el sistema inmunitario por lo que puede incrementar la vulnerabilidad del organismo ante agentes externos como el VIH (Savin-Williams y Lenhart, 1990).

Por otro lado, las condiciones de estrés que pueden generarse en este tipo de contextos también han sido asociadas a la realización de más prácticas sexuales que facilitan el riesgo (Stein et al, 2005). Se observa una mayor cantidad de familias disfuncionales, falta de recursos y acceso a los sistemas de atención en salud, proporcionando una mayor probabilidad de emisión de conductas sexuales de riesgo y más dificultad de que se emitan conductas preventivas (Padilla de Gil, 2001). El nivel de precios de los métodos y los cobros de los servicios de planificación son complejos de afrontar en estas economías. Además las preocupaciones de subsistencia asociadas a la pobreza, hacen que la epidemia del Sida no se conciba como una de las prioridades vitales y no se le preste la atención necesaria para su prevención (Mays y Cochran, 1988).

CAPÍTULO 4

EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN EL ÁMBITO DE LA INFECCIÓN POR VIH

4. EXPERIENCIAS DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA EN EL ÁMBITO DE LA INFECCIÓN POR VIH.

El ejercicio de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud ha evolucionado notablemente en las últimas décadas. Desde el inicio de los años 80, se han generado modelos y teorías que han intentado dar respuesta a los mecanismos cognitivo-conductuales relacionados con la participación de la persona, pero también a aquellos elementos estructurales que dificultan el mantenimiento de la salud.

Asimismo, se han realizado multitud de intervenciones con distintos colectivos y en diferentes contextos que no siempre han tenido el mismo éxito, sobre todo, en aquellas prácticas en las que sin asumir el relativismo cultural se obvió la realidad de la población beneficiaria. En este sentido, la metodología, los contenidos y el nivel de la intervención no se adecuaron a las condiciones de acción (Klein, 2002). Por el contrario, en la medida en que los programas de prevención se han adaptado a las características socioculturales y demográficas de la población, los resultados han sido favorables (Kirby et al, 2007). De hecho, algunas de las experiencias exitosas en el continente africano han considerado la tradición sociocultural como un aliado y a partir de la misma han construido la intervención (Karlin, 1996; Gallant y Maticka-Tyndale, 2004).

Lo anterior no quiere decir que no existan algunas pautas comunes respecto a la transmisión y prevención del VIH-Sida en todo el mundo y, por extensión, de la propia intervención en la epidemia del VIH-Sida. Esto promueve la necesidad de intercambiar experiencias procedentes de los distintos continentes en armonía con los valores socioculturales y las condiciones logísticas existentes (Raj, Mukherjee y Leviton, 1999). Experiencias como la adaptación de una intervención israelí en cinco países de América Latina (Erbstein, Greenblatt y Schenker, 1996) pueden ser una muestra de ello.

Parece evidente que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad constituyen un proceso que otorga resultados a medio y largo plazo. Asimismo, supone un acción que implica la concepción de los hechos desde la multicausalidad y por tanto, el ejercicio de la solución desde una actuación multinivel e interdisciplinar. También está demostrado que dicha acción no incrementa las conductas de riesgo sino que, en algunas ocasiones, incluso puede retrasar la realización de la primera

conducta sexual interpersonal (Raj et al, 1999). Se ha comprobado en diversas revisiones cómo sí se han producido cambios a partir de las estrategias de prevención del VIH-Sida aunque casi nunca se haya delimitado qué factores específicos han contribuido a dicha mejora. También es cierto que la intervención preventiva no ha cubierto todas las expectativas depositadas en ella pues, en general, sólo aproximadamente un 40% de éstos han conseguido cambios conductuales en la población (Auerbach, Hayes y Kandathil, 2006). Dichos cambios se relacionan con los conocimientos, las actitudes, la intención de conducta y la autoeficacia, elementos que facilitarían la realización de conductas preventivas ante la infección por el VIH (Kirby et al, 2007). Según algunas revisiones, los resultados posteriores a las intervenciones se han referido a cambios en los conocimientos y a las actitudes y no tanto a la realización de conductas preventivas. Sin embargo, con el paso del tiempo se ha señalado cómo la ejecución de dichas conductas aumenta un poco, acompañada de los conocimientos y no tanto de la manifestación de actitudes positivas, quizá porque las personas las han interiorizado y no las visibilizan de la misma manera (Albarracín, Durantini y Earl, 2006). En otras intervenciones, se han observado descensos tanto en el nivel de conocimientos, como en las actitudes e intenciones del uso del preservativo, aunque no se han observado respecto a la solidaridad hacia las personas afectadas (Kyrychenco, Kholer y Sathiakumar, 2006). En general, parece que los conocimientos y las actitudes son más sencillas de modificar pero no tanto las conductas (Gallant y Maticka-Tyndale, 2004).

En esta línea, no pocos autores comparten la idea de que una intervención eficaz en la prevención del VIH-Sida implica un abordaje de componentes estructurales y comportamentales que, considerando las necesidades y corresponsabilidad de la población, plantee su estrategia a medio y largo plazo (Nutbeam, 2004). Es decir, una acción planteada que tenga el objetivo de influir en un cambio comportamental ante el VIH-Sida a corto plazo pero que además se mantenga con el transcurso del tiempo.

Existen muchas experiencias dirigidas a la prevención del VIH-Sida en distintos ámbitos y niveles. Por ejemplo, algunas se relacionan con un ámbito de acción macrosocial, como el estudio de Bretón-López y Buela-Casal (2005) referido a la influencia de los medios de comunicación en la conducta preventiva ante el VIH—Sida o los estudios realizados por Waszak, McClain, Castelnau, Neupane, Ba, Wong y Toms (2007) sobre una campaña mediática realizada en una cadena televisiva (MTV) que consiguió influir de manera positiva en las creencias de población joven, de

diversos países, sobre la prevención del VIH-Sida. Otras se promueven desde disciplinas como el Derecho y, con el objetivo de mejorar condiciones sociales y estructurales relacionadas con la epidemia, pretenden la transformación de la legislación (Upendra, 1996).

Sin embargo, en la literatura, parecen ser más recurrentes aquellas basadas en un nivel de acción interpersonal, en un grupo reducido de personas, dirigidas a fortalecer la conducta preventiva ante el VIH con distintas dinámicas de trabajo. En esta línea, uno de los debates generados se refiere al tipo de población que se considera necesario atender. Es decir, algunos autores se cuestionan si es mejor la priorización de acciones de prevención con población general o, por el contrario, el diseño de programas dirigidos a grupos de alto riesgo (Gibney, 1999). Se estima que en función del alcance del VIH-Sida en un entorno será mejor una u otra. Es decir, en la medida en que la epidemia se haya extendido globalmente será más efectiva una intervención basada en población general. Sin embargo, en aquellos lugares en los que la epidemia esté localizada será más efectivo considerar primero a los grupos de riesgo. Esto, teniendo en cuenta las condicionantes contextuales de dichos grupos.

Con el interés de optimizar la eficacia de la intervención, en algunas experiencias se ha delimitado el perfil de la población a la que iba dirigida el estudio en función de la orientación sexual, el género o la etapa evolutiva. Otras, dada la naturaleza de la temática y el contexto de intervención, han realizado las acciones sin delimitar de una manera tan exhaustiva el perfil de la población beneficiaria. Esto no quiere decir que se invisibilice la diversidad, por ejemplo en cuanto a la existencia de distintas orientaciones e identidades sexuales entre la población receptora (Harper, 2007).

Uno de los fenómenos que sí se ha observado en las intervenciones con la población más joven es la necesidad de involucrar a sus responsables familiares y tutores en el desarrollo de los programas de prevención, para que tengan el éxito previsto (Aggleton y Rivers, 1999; Munnodawafa, Marty y Gwede, 1995).

Con independencia de lo anterior, sí ha sido comprobada una eficacia diferencial en función del tipo de metodología empleada. Han resultado ser mejores aquellas intervenciones que han optado por una metodología que implicaba la acción participativa de la población frente a aquellas otras basadas en metodologías pasivas

que entienden a la población beneficiaria como simple receptora (Albarracín et al, 2006).

En lo que respecta a los modelos teóricos, parece que en la medida en que las intervenciones siguen una premisa teórica en su concepción, diseño y ejecución, muestran ser más eficaces. Sobre todo, aquellas experiencias apoyadas en las teorías sociocognitivas, especialmente las referidas a la teoría de acción razonada, la teoría de acción planeada, los modelos que rescatan la autoeficacia, la motivación y las habilidades conductuales, pero no tanto el modelo de creencias de salud (Albarracín, et al, 2006). Además, algunas revisiones manifiestan la importancia de incluir modelos de acción comunitaria y modelos referidos al aprendizaje social y a la pedagogía (Mantell et al, 1997; Gallant y Maticka-Tyndale, 2004). Asimismo, se visibiliza la necesidad de considerar también los planteamientos prácticos marcados por Ottawa (Merino, Arroyo y Silva, 2004).

Muchos escenarios han sido empleados en el desarrollo de las acciones de prevención de transmisión de VIH-Sida. En función de la población de intervención y del contexto de la misma, han sido más efectivos unos u otros. Sin dejar de lado la importancia de emplear varios canales de comunicación en las intervenciones, autores como Isaksson (1996) defienden la eficacia de los centros escolares como contextos de intervención. Uno de los motivos principales es que, además de permitir el acceso a la población más joven, suponen una puerta de entrada a las comunidades a través de las familias y las organizaciones que están relacionadas con dichos centros. En este sentido, para asegurar la eficacia de los programas, algunos autores plantean una acción previa a la intervención en la que junto a responsables familiares, personal de los centros y jóvenes se estudie la viabilidad cultural, social y logística de la misma (Kyrychenco et al, 2006).

También cabe ser consciente que, de esta manera, la intervención en el centro escolar permite acceder a una población que probablemente no habrá adquirido un comportamiento de riesgo sexual muy consolidado (Ebreo, Feist-Price, Siewe y Zimmerman, 2002). En este sentido, se estima que las intervenciones realizadas previamente a la práctica de conductas sexuales interpersonales, son más efectivas, dado que es más fácil promover hábitos conductuales saludables o de bajo riesgo que modificar conductas sexuales de riesgo ya implantadas (Gibney, 1999; Gallant y Maticka-Tyndale, 2004).

La evaluación de las acciones de prevención, es uno de los aspectos fundamentales para la mejora de su ejercicio y la retroalimentación de los modelos y teorías. La mayoría de experiencias evalúan resultados y procesos a través de cuestionarios o entrevistas. Otras incluyen además la medida de la observación directa a través de protocolos que facilitan la cuantificación de componentes como las habilidades de comunicación o la destreza de manejo del preservativo. En ocasiones se pueden establecer líneas de base y también grupos control, con otra o ninguna intervención paralela. Sin embargo, parece que más son las que se encuentran con problemas a la hora de evaluar los resultados y el impacto de la propia intervención, en muchas ocasiones por falta de recursos (Gallant y Maticka-Tyndale, 2004).

A pesar de esto, es necesario indagar en la investigación y revisar aquellas intervenciones que puedan arrojar nuevas inquietudes y respuestas. En el presente capítulo, sin pretender hacer una revisión exhaustiva de todos los tipos de estrategias de prevención del VIH sí se quieren mostrar ciertas experiencias desarrolladas y evaluadas en diversas partes del mundo que, entendemos, facilitan escenarios de reflexión.

En este sentido el objetivo de estas páginas es poder profundizar sobre aquellos componentes y metodologías que, basados en diversos marcos teóricos, tienen potencial para facilitar la prevención del VIH-Sida con población joven. Si bien es cierto que existe una multitud de experiencias relacionadas, dado el carácter de nuestro estudio, se opta por priorizar aquéllas que están relacionadas con una intervención interpersonal de primer nivel. Con la intención de dotar de rigor a esta revisión, se incluyen aquéllas que al menos presentan un análisis detallado de la intervención, teniendo en cuenta también que éste será necesario para una posible réplica del mismo en otros contextos. Se presupone en dichas intervenciones la existencia de un programa con objetivos y metodología, para facilitar cambios de conocimientos, actitudes o conductas en la población.

Para optimizar la lectura de dichas intervenciones, se aglutinan en función de aquellos componentes de trabajo que pueden ser básicos en la prevención del VIH-Sida: información, emociones aversivas, actitudes, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en destreza del uso del preservativo, pruebas de detección de anticuerpos y solidaridad hacia las personas afectadas. Por un lado, considerando que tanto las intervenciones individuales como las comunitarias, tienen la intención de influir en ellos, para modificarlos y mantener los cambios. Por otro lado, teniendo en

cuenta que la evaluación diferencial de los distintos elementos de los programas de intervención es necesaria para mejorar la metodología y el propio ejercicio de la prevención (Raj et al, 1999). Sin embargo, no siempre ha sido posible dicha estructura dado el solapamiento de componentes en la mayoría de evaluaciones realizadas. Asimismo, considerada la polémica referida al perfil óptimo del agente de intervención, se ha creído necesario incluir una breve revisión de algunos estudios al respecto.

4.1. ESTRATEGIAS BASADAS EN LA INFORMACIÓN.

La transmisión de la información en las intervenciones de prevención de VIH-Sida ha sido uno de los componentes más estudiados, dado el soporte teórico que tuvo en las primeras etapas de la prevención del VIH-Sida. Si bien se han criticado aquellas intervenciones basadas exclusivamente en la transmisión de información, se ha observado que también arrojan algunos resultados positivos (Tuldrà, Izquierdo, Fumaz y Ferrer, 2006). Quizá influya que la metodología empleada ha evolucionado con el paso del tiempo y se presentan experiencias que incluyen diversos acercamientos como líneas telefónicas a través de las cuales las personas preguntan sus dudas sobre el VIH-Sida (Mantell et al, 1997) o la introducción del abordaje del VIH-Sida a través del chat (Fields et al, 2006; Rhodes, Hergenrather, Yee y Ramsey, 2008).

El sociodrama es otra de las metodologías introducidas para trabajar la transmisión de información. Representaciones teatrales, realizadas por expertos o por parte de la población diana previamente formada, que transfiere los contenidos relacionados con el VIH-Sida al resto de la población (Dalrymple y Jaffe, 1996). Para ser eficaz, esta herramienta necesita introducir mensajes específicos y adaptados a la población receptora, mensajes que deben estar estructurados y seguir un hilo argumental acorde al ritmo y al código de comunicación del entorno (Hughes-d'Aeth, 2002).

Asimismo, los títeres se han utilizado en diferentes lugares en los que mediante una representación se transmite información relacionada con el VIH-Sida. Skinner, Metcalf, Seager, De Swardt y Laubscher (1991) evaluaron una intervención basada en esta misma metodología en el contexto Sudafricano. Realizado un análisis interjueces de la representación teatral, los autores administraron un cuestionario previo y otro posterior a la intervención a un total de 96 personas. En dichos cuestionarios, se abordaban los conocimientos sobre VIH-Sida, la intención de realizar conductas

preventivas a corto plazo y, en el postest, también el nivel de entendimiento que había tenido la representación de títeres. En los resultados, se observó cómo se había producido una mejora en conocimientos respecto a las vías de transmisión y se había dejado de relacionar un aspecto físico saludable con la no infección del VIH. Asimismo, se reconocía la posibilidad de morir a causa del Sida pero también la posibilidad de prevenirlo.

Otras experiencias transmiten la información a través de videos con mensajes que suelen estar adaptados a la población a la que van dirigidos. Asworth, DuRant, Gaillard y Rountre en 1994 (citados en Mantell et al, 1997) compararon en un centro sanitario tres intervenciones: el visionado de videos, la lectura de material escrito y un encuentro educativo con una facilitadora experta (una enfermera). Todas las intervenciones duraban entre 15 y 18 minutos. La muestra estuvo constituida por 217 mujeres, divididas entre las tres intervenciones, a las que se les administraron tres cuestionarios relacionados con conocimientos y actitudes ante el riesgo del VIH: un pretest, un postest y un seguimiento a los dos meses. Los resultados posteriores a la intervención mostraron que los grupos que habían trabajado con el video y con la educadora incrementaban el conocimiento y descendían la intención de conducta de riesgo. Sin embargo, dichos resultados no se mantuvieron en el seguimiento realizado. Los autores sugieren que el video podría influir en las emociones más directamente que otras metodologías lo que supondría un cambio a corto plazo.

Algo similar ocurrió en una intervención llevada a cabo en una zona rural de Uganda (Mitchell, Nayamanka, Kamali y Whitworth, 2001). En una comunidad se compararon cuatro intervenciones dirigidas a mejorar la información de la población: el visionado de un video adaptado culturalmente, la realización de un sociodrama, la distribución de folletos y la participación de un educador comunitario. La muestra era de 191 personas, distribuida en las cuatro intervenciones, entrevistada previamente y tres meses después de la intervención. Se observó cómo los mejores resultados se obtuvieron con la intervención del educador comunitario, respecto a la utilización del vídeo como herramienta, al sociodrama y, por último, al folleto. Además, la población consideró la interacción con una persona formada como un aspecto clave del proyecto, ya que pudieron esclarecer aquellos elementos confusos. Uno de los problemas que sugieren los autores, respecto a las intervenciones en las que no existe un facilitador que guía el aprendizaje, es la posible distorsión en la comprensión y asimilación de la información presentada sobre el VIH-Sida, dado que existen todavía

muchas creencias erróneas que podrían mediar, más libremente, en la comprensión de dicha información.

Otras intervenciones han optado por desarrollar un programa de mayor duración en el que se abordara la información de una manera más espaciada. Toledano et al (2006) realizaron un proyecto en Guatemala con 83 adolescentes de entre 15 y 19 años. Con un programa de seis sesiones de periodicidad semanal, de una hora de duración, se abordaron temas sobre las características del VIH-Sida, las vías de transmisión y las conductas de prevención. Para evaluar los resultados, dividieron la muestra entre un grupo de intervención y un grupo control y midieron sus conocimientos y actitudes antes de la intervención y tres meses después de la misma. Observaron que la mayor parte de la población había mejorado sus conocimientos en todos los sentidos y algunos de ellos, habían modificado sus creencias normativas. Probablemente, el hecho de que las puntuaciones de partida fueran muy bajas influyó en dicho resultado.

Por otro lado, a nivel de contenidos, cabe destacar cómo se ha comprobado que la información basada en la abstinencia no ofrece la posibilidad de adquirir conocimientos y destrezas para desarrollar una sexualidad segura. A diferencia de otros programas de prevención de conductas de riesgo como el consumo de alcohol o drogas, la sexualidad forma parte inherente del ser humano y por tanto, es difícil intentar que no se desarrolle. En la medida en que se ofrecen más alternativas de elección para realizar conductas preventivas ante el VIH es más fácil que se genere el cambio de conducta (Jemmott III y Fry, 2002). En este sentido, los propios jóvenes parecen rechazar la propuesta de la educación basada en la abstinencia por considerarla poco viable (Sabone et al, 2007). También es cierto que en algunas revisiones todavía se manifiesta incertidumbre sobre los posibles efectos de dichas estrategias, al menos, en algunas regiones (Blum, 2004).

4.2. ESTRATEGIAS BASADAS EN LAS EMOCIONES AVERSIVAS

Durante muchos años, las campañas de prevención del VIH-Sida han basado sus mensajes en el desarrollo de emociones negativas, casi siempre relacionadas con el temor. En las últimas décadas, estas intervenciones han sido muy criticadas dentro de la prevención del VIH-Sida al considerar que no obtenían ningún resultado satisfactorio (Albarracín et al, 2006).

Slavin, Batrouney y Murphy (2007) analizaron el impacto del uso de imágenes aversivas relacionadas con el VIH-Sida en una muestra de jóvenes homosexuales (seropositivos y no seropositivos). Una muestra de 27 personas que, durante una hora, visionó cinco fotografías: dos relacionadas con la muerte causada por el Sida y otras tres referidas a efectos secundarios graves de los antirretrovirales. Con una medida pretest y postest, a partir de la información cualitativa de un grupo focal, se obtuvieron distintos resultados. Por un lado, se observó que las imágenes aversivas causaban más impacto en la población considerada de bajo riesgo y no tanto en la que era estimada de alto riesgo. Asimismo, se vio cómo los receptores de las imágenes no consideraban ser la población objetivo de la campaña y, en este sentido, no se daban por aludidos. Por último, los autores comprobaron un aumento del estigma y la discriminación ante las personas seropositivas y, además, una mayor aversión a los fármacos antirretrovirales.

Otros autores, sin embargo, han manifestado algunos efectos positivos del uso del temor en la estrategia preventiva. Allison y Albarracín (2007) analizaron el impacto de distintas estrategias que inducían miedo respecto al VIH-Sida y las compararon con otras intervenciones de counseling. Observaron cómo a corto plazo, la estrategia basada en el miedo, conseguía aumentar la percepción de riesgo ante la infección del VIH pero descendía el nivel de conocimiento y el uso del condón. Las intervenciones basadas en el counseling obtuvieron los resultados contrarios, mientras el conocimiento y el uso del preservativo aumentaban, la percepción de riesgo disminuía. En esta línea, asumen que las estrategias basadas en el miedo no han obtenido buenos resultados pero consideran sus beneficios como una posible vía de acción.

Otros autores, manifiestan que a medida que se abandona la inclusión del temor en las estrategias y se sustituye por el placer, mejoran los resultados (Philpott, Knerr y Boydell, 2006). Por ejemplo, estiman la eficacia de las intervenciones en cuanto se incluyen mensajes que combinan la seguridad en las relaciones con el goce y se erotiza el empleo del condón femenino y masculino.

4.3. ESTRATEGIAS BASADAS EN LAS ACTITUDES

Tal y como respaldan la mayoría de los modelos sociocognitivos, otro componente fundamental en la prevención del VIH-Sida es el abordaje del componente emocional y actitudinal. Normalmente, en las intervenciones se abordan

actitudes relacionadas con las personas afectadas por el VIH-Sida, referidas al preservativo o a la propia conducta preventiva (Gallant y Maticka-Tyndale, 2004).

Sobre esta premisa, muchas de las intervenciones que persiguen modificar actitudes se han basado en metodologías participativas e interactivas que requerían de una posición activa de la población participante. En este contexto, el uso de sociodramas y los juegos de roles se han considerado como herramientas válidas para la intervención.

Por ejemplo, Dalrymple y Jaffe (1996) recogen la experiencia de un proyecto (DramAid) desarrollado en Sudáfrica que logró cuestionar creencias y valores instaurados en algunas comunidades relacionados con la enfermedad y con la conducta sexual. Asimismo, se observó la mejora en la autoeficacia y ciertas habilidades de comunicación en aquella población que participó directamente. Para la intervención, llevada a cabo en 750 escuelas, se crearon 10 equipos constituidos por enfermeras comunitarias y jóvenes universitarios formados en VIH-Sida y arte dramático. En los centros escolares formaron al personal del centro sobre la metodología y desarrollaron sesiones con alumnos basadas en representaciones teatrales seguidas de discusiones grupales. A partir de ahí, se motivó para que los propios centros desarrollaran representaciones propias y las compartieran con otros.

Otra experiencia muy distinta relacionada con las motivaciones y las actitudes fue desarrollada en India por Singh (2003). Basada en el modelo de intervención de Información, Motivación y Conducta diseñó tres sesiones. Una de ellas, relacionada el trabajo actitudinal a partir del visionado de dos vídeos (uno referido a un paciente de VIH-Sida y otro relacionado con una discusión de un grupo de chicas jóvenes sobre actitudes ante la prevención) y su posterior discusión. Una de las otras sesiones se basó en la transmisión de información y la otra en la práctica de habilidades de comunicación y uso del preservativo a través del juego de roles. Con una muestra de 200 chicas (100 del grupo control y 100 del grupo experimental) entre 18 y 22 años, administró un cuestionario previo a la intervención y otro un mes posterior a la misma. En los resultados, se observaron mejoras en los conocimientos, motivaciones y autoeficacia, además de disminuir el número de barreras atribuidas a la realización de la conducta preventiva.

Algunos jóvenes consideran que, en la medida en que las intervenciones incluyan la participación de personas afectadas por el VIH-Sida, será más efectivo el abordaje de las actitudes y emociones (Sabone et al, 2007).

4.4. ESTRATEGIAS BASADAS EN EL ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES.

El fortalecimiento de las capacidades y destrezas de la población participante es otro de los elementos más trabajados desde la teoría socio-cognitiva. De hecho, según algunos autores los programas basados en la mejora de habilidades son más efectivos en el cambio de conducta que los basados en la información (Kirby et al, 2007). Parece que el ejercicio de dichas intervenciones, facilita el aumento del uso del preservativo como método preventivo y disminuye la frecuencia de relaciones sexuales (Raj et al, 1999). Un desarrollo de habilidades sociales basado en la comunicación que apuesta, en algunos casos, no sólo por el entendimiento entre pares sino también entre jóvenes y padres o entre los mismos padres (Karlin, 1996). Dicha comunicación, dentro del contexto familiar, se ha estipulado como un factor protector importante ante la infección por el VIH (DiClemente, Crosby y Wingood, 2002).

Evans, Edmundson-Drane y Harris (2000) se apoyaron en la teoría sociocognitiva para abordar la prevención del VIH-Sida. Como en otras experiencias, apostaron por el uso de las nuevas tecnologías como herramienta, al considerar que su manejo está normalizado en buena parte de la población y, por tanto, que puede ser una vía eficaz para trabajar este tema. En su estudio, se comparó la eficacia del método tradicional de lectura con el empleo de un programa interactivo de ordenador (AIDS interactive) en el que, básicamente, se exponían contenidos relacionados con la autoeficacia, las habilidades de comunicación y la intención de conducta. Ambas intervenciones fueron realizadas durante dos semanas y con una hora de duración y se compararon con un grupo control. Trabajaron con un muestra de 152 personas, entre 19 y 23 años, a la que administraron varios cuestionarios: uno previo para descartar diferencias significativas entre los grupos, uno posterior a la intervención (similar al anterior) para medir el grado de cambio en conocimientos, autoeficacia e intención de conducta a los grupos de la intervención, y uno relacionado con la aceptación y asimilación de dicha metodología dirigido al grupo que participó en el programa interactivo. En los resultados, se observó que la población que había trabajado con el programa interactivo manifestaba una mayor motivación a la realización de prácticas preventivas, asimismo, una mayor información relacionada con el VIH-Sida. Si bien es cierto que se observaron mejorías en el tema de la autoeficacia y la intención de conducta, éstas no fueron significativas respecto al grupo de la lectura.

Otro trabajo, realizado por Ito, Kalyanaraman, Ford, Brown y Millar (2008), comparó en una clínica de atención primaria en Estados Unidos una intervención basada en un CD interactivo adaptado culturalmente, con otra desarrollada por una educadora. En ambas, el trabajo se basó en la mejora de habilidades sociales y fortalecimiento de la autoeficacia, acompañado de información general sobre el VIH-Sida y la percepción normativa. Intervenciones de 30 minutos realizadas con 47 mujeres de entre 15 y 19 años. En el taller realizado una profesional facilitó las dinámicas mientras que en el CD, las chicas podían elegir entre cuatro personas de diferente etnia que guiaran virtualmente su visita por las distintas situaciones de posible riesgo para la infección por el VIH. Los resultados no fueron tan llamativos como en el caso anterior. Si bien se observó mejoría de la intención de conducta e información del grupo que trabajó con el CD Interactivo, dichas diferencias no fueron significativas. Además, manifestaron reconocer más barreras en el uso del preservativo que el grupo facilitado por la educadora. Otro hecho que destacó el estudio fue el comprobar que, en el CD interactivo, cada chica elegía una guía virtual similar a sus características étnicas.

Como ocurre con las intervenciones referidas con el componente de información, muchas de las dirigidas a mejorar las habilidades de la población juvenil se han diseñado en programas de diversas sesiones. Así se han abordado dinámicas interactivas que incluían la transmisión de algunos conocimientos. Este es el caso de un proyecto realizado en Méjico con 1793 estudiantes de cuatro centros públicos, dos de ellos empleados como grupo control (Givaudan, Leenen, Van de Vijver, Poortinga y Pick, 2008). El programa de intervención se diseñó a partir de dinámicas participativas que se realizaban en el centro educativo (ej. grupos de discusión, juego de roles) y se combinaban con tareas extra-escolares que reforzaban las prácticas. El grupo control, participó en una intervención basada en la lectura de información relacionada con las bases fisiológicas de la salud sexual y reproductiva, además de algunos artículos sobre el VIH y los primeros auxilios. La evaluación de los resultados se realizó a partir de un cuestionario construido que abordaba casi todos los componentes relativos a la conducta preventiva (conocimientos, actitudes, norma subjetiva, intención de uso del preservativo, toma de decisión, comunicación con la pareja, responsabilidad individual). La evaluación se realizó previa y posteriormente a la intervención. Además, una vez finalizada la intervención, se hizo un seguimiento de 6 meses y otro de 12 meses. En los resultados, se observa cómo la mejora obtenida por el grupo experimental se mantiene en las medidas de seguimiento. Sobre todo, el avance en

los conocimientos y en la autoeficacia, pero también en el cambio de las normas subjetivas y las habilidades sociales y personales.

También han destacado otras experiencias dirigidas a fortalecer habilidades más generales referidas al desarrollo evolutivo pero que incluyen un fuerte componente sobre el VIH-Sida. Estos programas también muestran tener éxito en sus resultados referidos a la prevención de las conductas de riesgo (Terry, Mhloyi, Masvaure y Adlis, 2006).

4.5. ESTRATEGIAS BASADAS EN EL ENTRENAMIENTO EN DESTREZA DEL USO DEL PRESERVATIVO.

El empleo del preservativo es una de las herramientas más fiables hasta el momento para prevenir la infección por el VIH en las relaciones sexuales de riesgo. Sin embargo, no en todos los contextos ha resultado sencillo e incluso posible incluir el trabajo con los preservativos, dadas las resistencias de responsables familiares y comunitarios (Gallent y Maticka-Tyndale, 2004). Por este motivo se aboga la necesidad de realizar un trabajo previo con el entorno.

En otros contextos, algunas intervenciones han priorizado en su diseño el objetivo de facilitar el uso adecuado del preservativo a la población juvenil. En un centro educativo, 192 jóvenes participaron en un proyecto en que se comparó la eficacia diferencial de dos intervenciones referidas a la práctica del uso del preservativo (Lindemann, 2004). La primera intervención constaba de tres sesiones en las que se trabajaban dichas habilidades y la segunda intervención, de una sesión. Ambas se comparaban con un grupo control sin intervención en el que participaron 108 jóvenes. Las habilidades en el manejo del preservativo se evaluaron previa y posteriormente a la intervención y se observó cómo el grupo que presentaba mayores habilidades era el que había recibido tres sesiones, seguidamente del grupo que recibió una sesión que, a su vez, superó al grupo control.

Robles et al (2006) trabajaron un programa de habilidades referidas al uso correcto del condón y la comunicación, con estudiantes universitarios de Méjico. La intervención, basada en el Aprendizaje Estructurado, se organizó sobre cuatro pilares: el modelado, los juegos de roles, el feedback del grupo sobre la actuación y la transferencia de las actividades a la vida cotidiana. Además, en la intervención se

realizó una introducción general sobre el VIH-Sida y sobre los roles de género. Una muestra total de 50 alumnos, con una media de 20 años, participó entre el grupo experimental (intervención de 8 sesiones de dos horas) y el grupo control (sin intervención). Los resultados fueron obtenidos a través de la observación directa de las habilidades y dos autoinformes, uno previo y otro posterior a la intervención. Si bien las habilidades de comunicación mejoraron tras la intervención, la mejora diferencial del grupo experimental se observó en el correcto manejo del preservativo y el uso del mismo en la última relación, aunque no de manera generalizada en los encuentros sexuales. Sin embargo, las habilidades sociales generales no mejoraron significativamente.

A la vista de los resultados, los autores sugieren la influencia de las habilidades motoras respecto a las habilidades sociales, al observar que a medida que las personas sabían emplear el preservativo más fácilmente proponían su uso a las parejas. Asimismo, cuestionan el empleo único de las medidas de autoinforme en la evaluación de programas de prevención ya que no siempre correlacionan con la ejecución correcta de las conductas preventivas.

4.6. ESTRATEGIAS BASADAS EN LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN DE ANTICUERPOS.

El acompañamiento de profesionales en las pruebas de detección ha sido otro medio para prevenir el Sida. Desde hace algunos años es obligatorio en muchos países acompañar la prueba de detección de anticuerpos del VIH con un counseling previo y posterior a la misma. El previo tiene el objetivo de informar sobre la naturaleza de la misma y las posibles consecuencias. El posterior tiene el interés de facilitar cambios de conducta preventiva, a nivel primario y/o secundario, según el resultado de la prueba. En muchas ocasiones, también se incluye el apoyo en la negociación y toma de decisión sobre el uso del preservativo en la pareja (O'Reilly et al, 1999).

Se estima que una de las variables más relevantes para la eficacia de esta estrategia es la manera en que se transmita dicha información. En la medida en que exista confidencialidad, empatía y calidad en la información, la intervención será más provechosa y evitará que la población pueda sentir vergüenza y temor (Obi e lfebunanfu, 2006).

Un proyecto de prevención de VIH relacionado con la prueba de detección de anticuerpos fue llevado a cabo en Ruanda, entre 1986 y 1994. Allen, Karita, N'Gandu y Tichacek (1999) comparan los resultados de dicho proyecto, en el que participaron 3.800 mujeres con otro paralelo, en 1991, que incluyó a 850 compañeros sexuales, considerando la premisa de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres, extensiva a la toma de decisión sobre la sexualidad de pareja.

Se diseñó un programa que formalizaba una intervención previa a la realización de las pruebas y una posterior, acompañada de un video educativo sobre la infección y la enfermedad. Se observó un aumento del uso del preservativo que desde el pretest, con un 4% de empleo, pasó a un 57% de uso en el postest. Este cambio se observó principalmente en parejas discordantes, en las que descendió el índice de transmisión del VIH. También descendió el índice de natalidad respecto a otros grupos de mujeres no infectadas por el VIH, aumentando el uso de anticonceptivos orales e inyectables. Aunque se apreciaron algunos cambios en las parejas en las que las mujeres eran sujeto de investigación, sobretodo, se modificaron las conductas sexuales preventivas en aquellas en las que el hombre era el que se realizaba la prueba de detección.

Otro de los colectivos con los que se ha trabajado a través de la prueba de detección de anticuerpos es el de las trabajadoras comerciales del sexo (Li, Wang, Fang, Zhao, Stanton, Hong, Dong, Liu, Zhou, Liang y Yang, 2006). Una intervención desarrollada en China demostró la importancia de la adaptación del counseling de las pruebas de detección de anticuerpos. En una muestra de 400 mujeres, se comparó el resultado proporcionado por un acompañamiento adaptado en la realización de las pruebas de detección que incluía mensajes de prevención primaria y la elaboración de un plan de prevención de riesgos, respecto al resultado de otro que incluía mensajes generales sobre el tratamiento, las pruebas y la prevención ante el VIH-Sida. A ambos grupos se les facilitaron preservativos y se les realizaron pruebas médicas sobre Infecciones de Transmisión Sexual, además de un autoinforme previo y otro, seis meses posterior a la intervención. Dicha intervención tuvo dos momentos, uno previo a la realización de la prueba de 25 minutos y otro posterior, de 20 minutos aproximadamente. Los resultados mostraron que la población que había recibido la intervención adaptada presentaba mayor nivel de conocimientos, mayor uso del preservativo y menor índice de Infecciones de Transmisión Sexual. Sin embargo, no mejoraron en la autoeficacia mostrada ante el uso del preservativo.

Los autores sugieren que la influencia de las relaciones estables podría repercutir en estos resultados, sobre todo, en aquellos más negativos.

4.7. ESTRATEGIAS BASADAS EN LA SOLIDARIDAD ANTE PERSONAS AFECTADAS.

El abordaje de la solidaridad y el apoyo hacia las personas afectadas supone un componente importante en las estrategias de prevención primaria. La construcción de actitudes positivas hacia la población que sufre la enfermedad puede facilitar la discusión de información relacionada con el tema y, por tanto, su asimilación y puesta en práctica. Por supuesto, también supone un componente fundamental en el desarrollo de la prevención secundaria y terciaria.

Una de las estrategias empleadas para fomentar este elemento ha sido el manejo de los medios de comunicación (Goodridge y Lamptey, 1999) que, además, ha perseguido la mejora de información sobre el VIH-Sida y la realización de conductas preventivas. Sin embargo, parece que sólo se ha obtenido un avance de resultados en cuanto al cambio de actitudes y, sobre todo, en cuanto a la recepción de información preventiva. En este sentido, se ha observado que en la medida que se presentan casos reales y modelos de conducta es más fácil que se generen cambios en estos términos. También es cierto que en tanto se han complementado con intervenciones interpersonales han mejorado los resultados.

En Bostwana se evaluó el impacto de una serie televisiva que incluía un personaje afectado por el VIH-Sida (O'Leary, Kennedy, Pappas-Deluca, Nkete, Beck y Galavotti, 2007). En la evolución de la serie, dicho personaje se realizaba las pruebas de detección de anticuerpos que arrojaban un resultado positivo debido a una relación de pareja anterior. En ese momento, su entorno inmediato ofrecía apoyo y comprensión. El trabajo se desarrolló con una muestra de 807 personas (409 control y 398 seguidores de la serie) entre 15 y 49 años. Los resultados mostraron que la población que visionó la serie había mejorado su actitud ante las personas con VIH-Sida.

En esta línea, existen también experiencias en las que el abordaje de sensibilización sobre la población afectada se ha realizado en pequeños grupos. En Tanzania se llevó a cabo un programa escolar dirigido a disminuir el estigma de la

población infectada y también a facilitar actitudes de apoyo (Stigler, Kugler, Komro, Leshabari y Klepp, 2006). Asimismo, se trabajaron elementos informacionales relacionados con el VIH-Sida. Por un lado, se formaron docentes del centro escolar que facilitaron actividades participativas basadas en lecturas, canciones o poesías, con 850 alumnos. Por otro lado, se mantuvieron grupos de discusión con los responsables familiares. La intervención que duró entre 25 y 30 horas, se llevó a cabo en 2-3 meses y se evaluó tras su finalización y en un seguimiento tras 6 meses. En los resultados, se comprobó cómo mejoró la actitud ante las personas afectadas y también cómo aumentaron los conocimientos de la población. Las intenciones de conducta se vieron mediadas por la promoción de unas normas sociales restrictivas sobre la conducta sexual.

Por último, cabe destacar el interés que este componente presenta dentro de otros programas más amplios de prevención del VIH-Sida, sobre todo, en aquellas zonas donde existe una elevada prevalencia (James, Reddy, Ruitter, McCauley y Van de Borne, 2006; Cheng, Lou, Mueller, Zhao, Yang, Tu y Gao, 2008).

4.8. ESTRATEGIAS SEGÚN AGENTES DE INTERVENCIÓN.

Si bien es cierto que, en los últimos años, la mayoría de autores han llegado a acuerdos en algunos aspectos referidos a la intervención como la necesidad de adaptar el programa a las características de la población receptora, existen otros temas que todavía están confusos. Una de las cuestiones que despierta debate en este área es qué perfil de facilitador puede optimizar la eficacia del programa (Borgia, Marinacci, Schifano y Perucci, 2005).

Una de las estrategias que ha aumentado en los últimos años es la educación de pares. Con esta táctica se pretende influir en los conocimientos, creencias y conductas de las personas a partir de la interacción con un facilitador que comparta sus principales características sociodemográficas. Se asume que en la medida que el destinatario de la intervención se reconozca en la persona que facilita el proyecto, será más fácil conseguir unos resultados positivos (Karlin, 1996).

Algunos autores defienden que este tipo de prácticas son eficaces con población adolescente y en diversos contextos (Raj et al, 1999). Ciertas revisiones han mostrado cómo es positivo el trabajo de pares en cuanto se perfila una población en función del género, la edad o la condición socioeconómica (Hugher-d'Aeth, 2002).

Otros observan cómo a medida que los jóvenes son formados y entrenados, más fácilmente transmiten información de una manera eficaz y facilitan la realización de conductas preventivas (Aggleton y Rivers, 1999). Sin embargo, en algunos estudios se ha cuestionado la mayor eficacia de estas intervenciones ya que la población receptora manifiesta mayor confianza y credibilidad ante educadores profesionales y externos a la comunidad (Mitchell et al, 2001). En la medida en que el perfil sociodemográfico de los facilitadores expertos sea similar a la población receptora, la intervención será más eficiente que si fuera un educador comunitario (Albarracín et al, 2006). Para otros, puede que sea el tipo de intervención a desarrollar el que defina en qué medida es positivo que facilite la intervención una u otra persona (Ebreo et al, 2002).

Borgia et al (2005) compararon, en una intervención en institutos de Roma, la eficacia diferencial de un programa aplicado por 54 jóvenes entrenados y por 27 docentes entrenados. El programa formativo desarrollado se basó en la teoría del aprendizaje social y enfocaba el interés en mejorar conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con la toma de decisión, la presión de los pares y el estigma. Los jóvenes lo desarrollaron en 10 horas y los docentes en 8 horas. En los resultados no se observaron diferencias entre ambos grupos y ninguno consiguió una modificación en las conductas de riesgo, evaluadas previamente a la intervención y cinco meses después de la misma. Uno de los elementos que los autores sugieren para la reflexión es la evaluación del costo que supone una y otra intervención, ya que la facilitación llevada a cabo por pares resulta más costosa económicamente que la realizada por los docentes.

En esta misma línea Ebreo et al (2002) evaluaron una intervención preventiva de VIH en Estados Unidos. Doscientos estudiantes de 10 escuelas públicas, con un promedio de 14 años de edad, participaron en un programa de pares basado en un protocolo de prevención dirigido a personas buscadoras de sensaciones e impulsivas en la toma de decisión (Reducing the Risk). Los educadores pares fueron seleccionados por su elevado índice en la búsqueda de sensaciones, expectativas de mantener relaciones sexuales y consumo de alcohol relacionado con los contactos sexuales. Mediante un autoinforme previo y posterior a la intervención se comprobó que, en los pares receptores de la intervención, no se dieron diferencias respecto al conocimiento, normas percibidas, autoeficacia e intención de conducta. Los pares que ejercieron como educadores tampoco presentaron diferencias relevantes, sólo en el aumento de la comunicación con sus padres sobre el tema del consumo del alcohol.

Sin embargo, algunos estudios sí han destacado el impacto de la intervención en los propios educadores entrenados (Fongkaew, Fongkaew y Suchaxaya, 2007). En un proyecto realizado en Tailandia durante dos años, un grupo de jóvenes entrenados formó a un equipo de 101 adolescentes que replicaron sus conocimientos en sus diez centros escolares. Con una medida previa a la intervención y otra después de seis meses, se comprobó que los adolescentes que habían participado directamente mejoraron sus habilidades de comunicación, sus conocimientos y la propia confianza en sí mismos, además de mejorar en cuanto a la prevención del VIH-Sida.

En otras experiencias realizadas con grupos vulnerables como las trabajadoras comerciales del sexo, se ha observado la eficacia de dicha estrategia en distintas regiones del mundo. Mujeres entrenadas para transmitir la información a clientes y a otras compañeras que en su ejercicio consiguieron aumentar el número de preservativos empleados (O'Reilly et al, 1999).

En otros proyectos, la intervención se ha facilitado a través del trabajo de estudiantes universitarios que han participado en el centro escolar. En este caso, también los estudiantes suelen ser entrenados y formados tanto en temas relacionados con el VIH-Sida como en aspectos pedagógicos. Este es el caso de un proyecto en Zimbabwe (Munnodawafa et al, 1995) en el que 22 estudiantes de enfermería fueron instruidas, en 12 sesiones de dos horas y media, sobre infecciones de transmisión sexual, VIH-Sida y drogas para llevar a cabo un programa en un centro rural. La duración fue de 7 semanas, con dos intervenciones de 40 minutos en cada una de ellas. La muestra que participó directamente en el proyecto fue de 141 niños y un grupo control de 144. Dentro de los resultados se observó cómo, en general, el conocimiento de los participantes había mejorado. También se vio que a medida que las personas atribuían más credibilidad a la facilitadora del programa, los resultados mejoraban en mayor medida. Por tanto, será necesario considerar en qué orden las personas que lleven a cabo las intervenciones inspiren esa confianza.

Considerada la importancia del centro escolar como contexto de intervención y dados algunos cuestionamientos sobre la eficacia de la estrategia de pares, otros proyectos se han centrado en la facilitación del docente como agente de intervención (Martínez y Prats, 1996). En la medida en que se ha desarrollado un trabajo relacionado con los conocimientos, actitudes y creencias de los propios docentes respecto al VIH, se han obtenido resultados favorables (James et al, 2006; Givaudan

et al 2008). Mas todavía, algunos proyectos han comprobado cómo la relación entre los docentes y el alumnado mejoraba tras la intervención (Cheng et al, 2008). Esto ocurrió tras la realización de un programa, en una zona rural de China, referido al fortalecimiento de factores protectores interpersonales ante la transmisión del VIH-Sida. Con una duración de tres meses y basado en metodología participativa, los resultados del postest (3 meses después) mostraron también una mejora de conocimientos, actitudes, habilidades sociales y reducción del estigma hacia las personas afectadas.

Otro grupo profesional incluido como agente facilitador, dentro de algunos estudios, es el personal médico. Ergene, Çok, Tümer y Ünal (2005) compararon, en población universitaria de Turquía, la intervención de un par entrenado frente la participación de un médico experto en el tema. En la primera intervención, los jóvenes entrenados trabajaban con grupos pequeños de población universitaria las vías de transmisión de la infección por el VIH, la prevención de las mismas y la prevalencia epidemiológica en la región. Los pares fueron entrenados durante cuatro semanas en contenidos y estrategias pedagógicas. Por otro lado, la intervención del médico se basó en una lectura de una hora que tenía los mismos contenidos del taller y era seguida de una breve entrevista de 15 minutos dirigida por el médico. Ambas intervenciones se comparaban con un grupo control que no participó en ninguna. En total, una muestra de 387 jóvenes: 204 participaron en los talleres con el par, 74 en la lectura y 109 fueron grupo control.

En los resultados se observó que el par facilitaba el aumento de conciencia sobre la prevalencia del VIH-Sida en la zona y mejoraba la actitud ante las personas afectadas, sobre todo en las mujeres. Sin embargo, la intervención del médico resultó ser más eficaz en cuanto a los contenidos en ambos sexos por igual y se le otorgó mayor credibilidad. En ambos casos, los resultados fueron mejores que el grupo control.

También los ginecólogos han sido empleados como agentes de prevención con las mujeres (Schwarz, 1996). Esto, considerando que realizan un acompañamiento en el cuidado de su salud sexual-reproductiva y que, en ocasiones, realizan el propio counseling ante la prueba de detección de anticuerpos. Es obvio, sin embargo, que muchas mujeres no tienen acceso a estos profesionales ya sea por falta de recursos o por los propios condicionantes socioculturales. En esta línea, otros autores asumen

que las enfermeras también ocupan un lugar privilegiado en el desarrollo de las estrategias de prevención (Acaroglu, 2007).

En otras intervenciones comunitarias el rol de facilitadores ha sido relegado a los padres que, una vez formados en cuanto a conocimientos y habilidades de comunicación, han desarrollado una educación específica sobre prevención de conductas de riesgo ante el VIH-Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual con sus hijos (Dittus, Miller, Kotchick y Forehand, 2004).

Además del centro escolar, otros autores proponen la implicación de la organización religiosa como otro contexto de intervención (Sabar-Friedman, 1996), considerando que parte de la población integra en sus hábitos la interacción con líderes religiosos y que dichos hábitos son influidos por los mensajes difundidos por dichos líderes. De hecho, se han observado buenos resultados en programas en los que la organización comunitaria eclesial se ha involucrado facilitando, por ejemplo, el empleo de preservativos con parejas estables (Ruteikara, 1996). También es cierto que, en otras experiencias, algunos de los mensajes públicos difundidos por las organizaciones religiosas dificultan dicho trabajo (Smith, 1996).

A continuación se expone el Cuadro resumen 2 que presenta, a modo de síntesis, los estudios más relevantes que hemos encontrado en nuestra revisión y que evalúan la eficacia de la intervención preventiva. Con el interés de analizar sus características, se ha detallado el tipo de población meta, la clase de intervención, la base teórica en la que se apoyaron, el tipo de evaluación y los resultados apreciados, además de los autores que lo llevaron a cabo.

En líneas generales se observa cómo, en el análisis realizado, la perspectiva sociocognitiva es la más empleada, seguida de la teoría de la acción planeada y del Modelo IBM (Information, Behavior, Motivation). En este cuadro se puede ver cómo en general, con la aplicación de los programas se observa una mejora de conocimientos y también de actitudes y conductas, aunque el cambio de éstas últimas se dé con menos frecuencia.

Cuadro resumen 2. Intervenciones de prevención de transmisión del VIH-Sida

Autor	Población	Intervención	Base teórica	Evaluación	Resultados
Skinner, Mecalif, Seager, De Swadt y Laubscher (1991)	96 personas de zona rural en Sudáfrica.	1.-Revisión interjuegos de representación de títeres. 2.-Representación en la calle sobre una persona afectada por VIH-Sida.		Encuesta: Pre-post intervención.	Mejora de conocimientos e intención de conducta preventiva.
Munodawafa, Marty y Gwede (1995)	285 adolescentes de zona rural de Zimbawe.	1.-Formación de 12 estudiantes de enfermería (30 horas). 2.-Programa en centro escolar sobre información. 2 sesiones semanales (40') durante 7 semanas. Grupo control: no intervención.		Cuestionario: Pre-post intervención	Mejora de conocimientos.
Martínez y Prats (1996)	5082 centros escolares en España	1.-Entrenamiento de docentes en un programa multidisciplinar y multimedia (Sida.Saber ayuda). 2.-Aplicación del programa por parte de los docentes: información, habilidades, actitudes, intención de conducta.		Cuestionario a los docentes: Post intervención	Se reconoce el impacto del programa en la mejora de conocimientos los alumnos y su reconocimiento sobre el impacto de la epidemia.
Dalrymple y Jaffe (1996)	700 centros educativos de Sudáfrica	1.-Representación teatral por parte de 10 equipos profesionales a docentes y alumnado. 2.-Talleres con grupos reducidos de alumnos. Información y habilidades sobre técnicas participativas. 3.-Promoción de encuentros intercentro.	Pedagogía de Freire		Mejora de conocimientos de alumnos, profesores y padres. Mejora de actitudes y creencias sobre responsabilidad sexual.
Ruteikara (1996)	736.216 feligreses de la Iglesia Anglicana de Uganda	1.-Formación a 800 líderes religiosos de distritos. 2.-Entrenamiento de los líderes a 5.702 educadores comunitarios. 3.-Realización de actividades de prevención sobre VIH-Sida a feligreses.		Cuestionario: Pre-post intervención.	Más conocimientos sobre VIH-Sida. Mejora de actitudes e intención uso del condón. Reducción del número de parejas. Mayor uso del condón y abstinencia.

Autor	Población	Intervención	Base teórica	Evaluación	Resultados
Allen, Karita, N'Gandu y Tichacek (1999)	3800 mujeres usuarias de clínicas (1º estudio) y 800 hombres casados (2º estudio) de Ruanda.	1ª estudio. Counseling previo y posterior a la prueba: información y habilidades con charla y visionado de video. 2ª estudio. Inclusión de las parejas.		Cuestionario: Pre-post intervención	Mayor uso de preservativo en parejas discordantes. Menor transmisión de VIH-Sida en parejas discordantes. Menor número de embarazos en mujeres seropositivas.
Givaudan, Llenen, Van de Vijver, Poortinga y Pick (2000)	1793 adolescentes (edad media de 16 años) de escuelas de Méjico.	1.-Entrenamiento a 17 docentes sobre información y técnicas. 2.-Los docentes trabajan con los alumnos 15 sesiones (2 horas/semana) sobre información y habilidades sociales con técnicas participativas. Grupo control: lectura general.	Teoría Acción Razonada	Autoinforme: Pre-post intervención Seg. > 6 meses Seg. > 12 meses	Mejora conocimientos. Mejora autoeficacia e intención del uso del preservativo. Mejora habilidades de comunicación.
Evans, Edmunson-Drane y Harris (2000)	152 estudiantes (19-23 años) de Estados Unidos.	a- Lectura de un texto sobre VIH-Sida. 1 hora. b- Manejo de programa interactivo con contenidos sobre VIH-Sida. 1 hora. Grupo control: no intervención	Teoría Socio-cognitiva	Cuestionario sobre VIH-Sida y sobre manejo del programa: Pre-post intervención.	Mejora en conocimientos y motivación del grupo del programa interactivo. Mejora de intención de conducta y autoeficacia pero no significativa.
Mitchell, Nakamanya, Kamali y Whitworth (2001)	191 personas de 12 comunidades rurales de Uganda	Comparativa de canales de comunicación para transmitir información y cambio de actitudes: drama, video, folletos y educador.	Teoría acción razonada	Entrevista: Posterior > 3 meses	Mejora de conocimientos en grupo del educador comunitario, seguido del drama y del video.
Ebreo, Feist-Price, Siewe y Zimmerman (2002)	200 adolescentes (edad media de 14 años) de Estados Unidos.	1.-Selección en base a escala de buscador de sensaciones y conductas de riesgo. Formación de pares 2.-Programa educativo en centro escolar. Trabajo con grupos reducidos: información, toma de decisión, habilidades sociales, actitudes. Grupo control: no intervención.		Autoinforme: Pre-post intervención.	Los educadores pares habían hablado más con sus padres sobre alcohol. Mayor número de relaciones sexuales. Igual puntuación en conocimientos, autoeficacia, norma percibida e intención de conductas sexuales que los demás pares.

Autor	Población	Intervención	Base teórica	Evaluación	Resultados
Singh (2003)	200 chicas (18 a 22 años) de India	Programa de 3 sesiones: información (explicación), motivación (discusión) y habilidades (juego de roles). Grupo control: no intervención.	IMB	Cuestionario: Pre-post intervención	Mejores conocimientos, motivación, autoeficacia. Menos dificultades percibidas en prevención.
Lindemann (2004)	192 universitarios de Estados Unidos.	a)3 sesiones sobre habilidades de manejo del preservativo. b)1 sesión sobre habilidades de manejo del preservativo. Grupo control: sin intervención.		Autoinforme y escala de observación: Pre y post intervención.	Las dos intervenciones mejoran en la destreza del uso del preservativo. Sobre todo la intervención más larga.
Ergena, Çok, Tümer y Ünal (2005)	387 jóvenes (edad media 20 años) de Turquía.	a) Lectura de 1 hora de texto científico y entrevista con médico de 15'. b) Educación de par entrenado. Sesión de 25' a 40' sobre información general y prevalencia. Grupo control: no intervención.	Teoría Socio-cognitiva	Autoinforme: Pre intervención Post intervención > 3 meses	Los dos mejoran en conocimientos, sobre todo el grupo del experto. Las actitudes y conciencia sobre la prevalencia mejoran más en el par.
Borgia, Marinacci, Schifano y Perucci (2005)	1295 jóvenes (media de 18 años) de Institutos de Italia	1.-Entrenamiento a 54 pares (5 días) y a 27 docentes (6 horas) 2.-Intervención de pares (10 h) y de docentes (8 h). Conocimientos, actitudes y habilidades con técnicas participativas.	Teoría Aprendizaje social	Cuestionario: Pre intervención Post intervención > 5 meses	Más aumento de conocimientos con el par. Igual mejora en: actitudes, percepción de riesgo y habilidades. No cambio de conducta con ningún grupo.
Robles, Moreno, Frías, Rodríguez, Barroso, Díaz-González, Rodríguez y Hernández (2006)	50 jóvenes (media edad de 20 años) de Méjico.	Talleres de 2 horas (8 sesiones) sobre habilidades de comunicación y uso del condón. Técnicas: modelado, juego de roles, retroalimentación y transferencia. Grupo control: no intervención.	Aprendizaje estructurado	Autoinforme y observación directa de habilidades: Pre-post intervención	Mayor consistencia uso condón última relación. Mejora en habilidades de comunicación y manejo del preservativo. Igual uso del condón en relaciones sexuales generales.

Autor	Población	Intervención	Base teórica	Evaluación	Resultados
Kyrychenko, Kohler y Sathiakumar (2006)	200 adolescentes (15 y 16 años) de Ucrania.	Programa en el centro escolar con sesiones semanales (40'a 60'). Facilitadores médicos que trabajan con técnicas participativas información y habilidades sociales. Grupo control: no intervención.	IMB	Cuestionario: Pre-post intervención. Seguimiento > 3 meses	Mejora el conocimiento, la actitud, la intención del uso del preservativo y la autoeficacia. Más sensibilización hacia los afectados.
James, Reddy, Ruitter, McCauley y Van de Borne (2006)	768 adolescente (edad media 15) en Sudáfrica	1.-Entrenamiento de profesores. 2.-Programa de 20 sesiones (1 por semana) con técnicas participativas: conocimientos, actitudes, habilidades, género, sexualidad.		Cuestionario: Pre-post intervención. Seg. > 6 meses Seg. > 10 meses	Mejora conocimiento sobre VIH-Sida y las actitudes de sexualidad. Mayor uso del preservativo y menor actividad sexual.
Toledano, Campos, Silveria y Pérez (2006)	83 adolescentes (15 a 19 años) de zona rural en Guatemala.	6 sesiones de talleres (1 hora duración) de transmisión de conocimientos con técnicas participativas. Grupo control: no intervención		Autoinforme: Pre intervención Post > 3 meses	Mejora de conocimientos Mejora creencias sobre VIH-Sida
Li, Wang, Fang, Zhao, Slaton, Hong, Dong, Lin, Zhan, Liang y Yang (2006)	400 trabajadoras comerciales del sexo (edad media 24 años) en China.	Counseling en pruebas de detección de anticuerpos. Dos sesiones adaptadas culturalmente: 1.-Conocimientos sobre VIH-Sida, pruebas, habilidades y plan de riesgo (25'). 2.-Discusión resultados, conocimientos VIH-Sida y discusión de plan de riesgo (20'). Reparto de preservativos. Grupo control: mensajes de protocolo no adaptados. Reparto de preservativos.		Autoinforme y análisis de Infecciones de Transmisión Sexual: Pre-post intervención.	Mejora de conocimiento Mejora uso del condón Disminución de ITS La autoeficacia mejora en los dos grupos igual.

Autor	Población	Intervención	Base teórica	Evaluación	Resultados
Fongkaew, Fongkaew y Suchaxaya (2007)	101 adolescentes (media 13 años) en Tailandia.	1.-35 Jóvenes formados entrenan a los adolescentes en información y habilidades. 2.-Los adolescentes realizan actividades de prevención (basadas en aprendizaje participativo) en sus centros escolares.	Teoría Aprendizaje social	Cuestionario a los adolescentes, profesores, amigos y padres: Pre intervención. Post intervención > 6 meses	Mejora habilidades sociales y personales. Mejora conocimiento y actitud ante VIH-Sida Aumenta credibilidad en su entorno.
O'Leary, Kennedy, Pappas-DeLuca, Nkete, Beck y Galavetti (2007)	807 (15 a 49 años de edad) de Bostwana	Introducción de un personaje afectado por VIH-Sida en una telenovela. Grupo control: no intervención.	Teoría sociocognitiva	Entrevista: Post intervención	Se reduce el nivel de estigma hacia personas con VIH-Sida
Slavin, Batrouney y Murphy (2007)	27 personas homosexuales de Estados Unidos (jóvenes y adultos)	Grupo de discusión de 1 hora con visionado de imágenes aversivas: 2 sobre muerte por VIH-Sida y 3 con efectos secundarios de fármacos.		Discusión grupo focal: Post intervención	Aumenta el miedo a los fármacos y estigma. Menor impacto en población de más riesgo.
Ito, Kalyanaraman, Ford, Brown y Millar (2008)	47 chicas (15-19 años) usuarias de centro de salud en Estados Unidos.	Manejo de un Cd Interactivo sobre información y modelado de habilidades sociales, autoeficacia, presión de pares. Duración de 20 minutos. Grupo control: charla con educadora de 30 minutos.		Autoinforme: Pre-post intervención.	Mejora no significativa de conocimiento e intención de uso del condón. Más barreras sobre preservativo.

En los últimos años estamos asistiendo a un incremento de los estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones preventivas del Sida, aunque siguen siendo muy escasos los estudios controlados. La investigación al respecto, además de escasa dista mucho de aislar variables que pueden modular la eficacia, mezclándose en ocasiones el posible papel de la estrategia con el del facilitador. Además, en muy pocos trabajos se realiza un análisis de la eficacia diferencial de distintas estrategias

Por todo ello, consideramos necesario realizar una investigación en la que se pudieran delimitar las estrategias de prevención más utilizadas como la transmisión de información, la práctica de habilidades sociales o el empleo del miedo, para reconocer en qué medida una es más eficaz que otra y en esta línea, analizar la eficacia diferencial de su aplicación en función del tipo de facilitador, ya fuera par o experto, sin que ambas variables se combinaran entre ellas, dificultando así su análisis.

Estudio Experimental



CAPÍTULO 5

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.

El presente proyecto de investigación está integrado en una estrategia de acción más amplia realizada, desde 2003, por la Unidad de Investigación sobre Sexualidad y SIDA (UNISEXSIDA) en la Universitat Jaume I de Castelló. En dicha unidad se integran tres líneas de acción: la investigación sobre temas relacionados con salud sexual y prevención del VIH-Sida, la ejecución de actividades relacionadas con la promoción de la salud sexual y la prevención del VIH-Sida y, la asesoría y atención terapéutica en materia de sexualidad y Sida.

A través de los últimos resultados encontrados por el equipo en un Proyecto de Investigación apoyado por el Plan del SIDA (Direcció General de Salut Pública de la Generalitat Valenciana), se ha observado que la población universitaria presenta varias conductas de riesgo asociadas a la infección del VIH, como el uso no sistemático del preservativo o la resistencia a realizarse las pruebas de detección de los anticuerpos (Ballester, Gil, Salmerón, Benages y Pascual, 2001). En este sentido, se observa una relajación en las conductas preventivas y, en concreto, en el uso del preservativo; en función del sexo, tanto en hombres como en mujeres (Ballester, Gil, Edo y Giménez, 2007) y, en función de la orientación sexual, tanto la población bisexual, como en la heterosexual y en la homosexual (Ballester, Gil, Giménez, Edo y Gil, 2007). Paralelamente, a partir del estudio de la literatura existente y de la experiencia adquirida en el desarrollo del trabajo de la unidad, se llevó a cabo un proceso de análisis diferencial en cuanto a la eficacia de distintas estrategias de prevención del VIH-Sida (Ballester, 2004; Ballester et al 2004; Ballester, Gil, Giménez y Gil, 2007).

Considerando, por un lado, que la población universitaria puede constituir un grupo vulnerable y, por otro, que los esfuerzos de prevención no siempre tienen la eficacia esperada, se creyó necesario profundizar sobre las estrategias encaminadas a prevenir la transmisión de VIH en dicha población. En concreto, en un proyecto de investigación financiado por FIPSE (Nº referencia 12.436) aprobado en la V Convocatoria en la que tan sólo se aprobaron tres proyectos relacionados con el área epidemiológica y de prevención. Basado en un procedimiento de intervención que persigue el cambio de ciertas variables personales relacionadas con la prevención del riesgo de infección por el VIH, las hipótesis se fundamentan en la premisa de que el

comportamiento de las personas puede transformarse, si se identifican y modifican las variables adecuadas de una manera conveniente.

5.1. OBJETIVOS

El **objetivo general** de la investigación es analizar la eficacia diferencial de distintas estrategias de prevención del Sida, en estudiantes universitarios, para la promoción de conductas sexuales seguras y la realización de pruebas diagnósticas de la infección por VIH. Es decir, se quiere indagar sobre el impacto que distintas intervenciones en el marco de la psicología de la salud tienen sobre la prevención de conductas asociadas al riesgo de transmisión del VIH-Sida por parte de población universitaria. Esto, con el interés de optimizar los programas preventivos y facilitar la transformación de aquellas variables que promueven, facilitan y/o mantienen las conductas de riesgo.

Dada la naturaleza y amplitud de dicho objetivo, se desglosa para su operacionalización en diez **objetivos específicos**. Éstos, incluyen en su definición la combinación de las distintas estrategias evaluadas, los agentes implicados directamente y la relación establecida con el marco temporal. Los objetivos son:

- 1) Analizar el perfil en cuanto a condiciones de riesgo se refiere de la población universitaria, así como el papel modulador que variables como el sexo y la orientación sexual tienen en ese perfil.
- 2) Evaluar la eficacia de estrategias basadas en la información a través de charlas expositivas.
- 3) Evaluar la eficacia de estrategias basadas en el cambio de actitudes, en concreto, sobre el incremento de percepción de riesgo a través de grupos de discusión.
- 4) Evaluar la eficacia de estrategias basadas en el cambio de conducta a través del entrenamiento en habilidades para el uso del preservativo y negociación de relaciones sexuales seguras.
- 5) Evaluar la eficacia de estrategias de sensibilización sobre las personas afectadas por el VIH a partir de la intervención de un paciente afectado.

- 6) Evaluar la eficacia de las estrategias basadas en la inducción de emociones negativas (miedo) respecto a la enfermedad, a partir del visionado de material gráfico.
- 7) Evaluar la eficacia de estrategias basadas en la transmisión de información a través del empleo de nuevas tecnologías.
- 8) Comparar la eficacia diferencial de las distintas estrategias entre sí y, de éstas, respecto a la no utilización de ninguna estrategia en el grupo control.
- 9) Analizar el impacto de la variable tipo de facilitador, en concreto, la diferencia entre la participación de un profesional experto y un par entrenado en la aplicación de las distintas estrategias.
- 10) Analizar la influencia de la variable "género" de los sujetos participantes y receptores de las intervenciones, en el grado de cambio alcanzado.

5.2. HIPÓTESIS

El examen detallado de los antecedentes y condicionantes del proyecto así como de los propios objetivos, derivó en la formulación de una serie de hipótesis experimentales que pretenden poner a prueba aspectos primordiales en el análisis diferencial de las estrategias de prevención del VIH-Sida en este contexto. Esto, considerando que se ha comprobado cómo variables fundamentales para la prevención del VIH-Sida como los conocimientos, la actitudes, la intención de conducta y las propias conductas de prevención de VIH Sida son deficientes en la población estudiantil universitaria (Ballester et al, 2001, Ballester y Gil, 2002), con lo que aumenta su probabilidad de ejercer conductas de riesgo de transmisión de VIH. A partir de aquí, las hipótesis que nos planteamos en la investigación son:

- 1) Los estudiantes universitarios presentarán deficiencias, tanto a nivel de conocimientos, como actitudinal y conductual, relevantes para la prevención del Sida.
- 2) Cabe esperar que, tras la aplicación de todas las estrategias (informativa, actitudinal, sobre habilidades, emocional y de sensibilización), se produzcan

cambios en el grado de información, percepción de riesgo, percepción de la gravedad de la enfermedad, comportamientos preventivos de los estudiantes universitarios (incluyendo en los comportamientos, la realización de pruebas de detección de anticuerpos) y solidaridad hacia los afectados.

- 3) Cabe esperar que, dada la especificidad de cada estrategia, los efectos estén relacionados con el contenido de la misma, sin producirse “transfer” en otras variables.
- 4) Cabe esperar que, el cambio producido, disminuya a lo largo del tiempo, debilitando los resultados conseguidos en una breve intervención.
- 5) Cabe esperar que, debido al mayor poder de referencia de los iguales, la eficacia de las estrategias sea mayor cuando el facilitador sea un par entrenado (estudiante universitario) que cuando sea un profesional experto.
- 6) Cabe esperar que, dadas las diferencias encontradas entre hombres y mujeres ante la respuesta preventiva ante el VIH-Sida, los efectos relacionados con las intervenciones sean distintos para hombres y mujeres.
- 7) Cabe esperar que, cualquier intervención sea del tipo que sea, tenga un mayor efecto que la ausencia de ésta, en el grupo control.

CAPÍTULO 6

METODOLOGÍA

6. METODOLOGÍA

Para poder llevar a cabo el proyecto se realizó una exhaustiva revisión literaria y se diseñó un método de investigación que, basado en la fiabilidad y la validez, combinó las variables que se consideraron más relevantes para el estudio y que han sido destacadas por la literatura científica sobre el tema. A continuación, se presenta cada uno de los componentes de dicho método: el diseño de intervención, las características de la muestra de estudio, las variables analizadas y los instrumentos empleados para poder desarrollar la investigación. Asimismo, se contempla el procedimiento que se llevó a cabo para poder contrastar nuestras hipótesis y el análisis de los datos.

6.1. DISEÑO.

Con el interés de dotar a la investigación de un carácter lo más aproximado posible al contexto, el estudio se desarrolló a partir de un trabajo de campo en el medio universitario. Asimismo, con el objetivo de obtener la mayor validez posible se planteó un estudio experimental con un diseño factorial de comparación entre grupos, a través del cual se realizó un análisis comparativo previo a la intervención y posterior a la misma. Esta evaluación posterior, se realizó en diferentes momentos temporales a cada uno de los grupos: inmediatamente tras la intervención (postest), tras un mes de la intervención (primer seguimiento) y tras cuatro meses una vez realizada la intervención (segundo seguimiento).

En total, la muestra se distribuyó de manera aleatoria en seis grupos experimentales (GE) asociados a seis estrategias de intervención (variable independiente) y un grupo control (GC) que no participó en ninguna de las estrategias de intervención y, por tanto, no se expuso a la variable independiente. Sin embargo, también en este grupo fue evaluada la variable dependiente. Los integrantes del grupo control procedían del mismo contexto y compartían muchas características de los grupos experimentales, por lo que se consideraron representativos. Al igual que en los grupos experimentales, la personas que participaron en el Grupo control, fueron remuneradas económicamente con el propósito de asegurar su participación en los seguimientos y de conseguir una muestra que además de estar interesada en el tema también estuviera motivada por otros factores y, por tanto, fuera lo menos sesgada

posible. De esta forma, los resultados obtenidos podrían ser más parecidos a la población universitaria general.

En suma, a través de este tipo de diseño experimental (reflejado en el Cuadro resumen 3), se consigue determinar la eficacia diferencial de las estrategias de intervención (variable independiente) pero también de sus diversos componentes y la interacción entre los distintos tipos de variables incluidas.

Cuadro resumen 3. Diseño de la investigación.

CONDICIÓN EXPERIMENTAL	L	G	N	AGENTE	MOMENTOS DE EVALUACIÓN			
					PRE	POST	SEGU 1	SEGU 2
INFORMACIÓN EN CHARLAS	VL	E1	7	Experto	X	X	X	X
	CS	E2	7		X	X	X	X
	VL	E3	7	Par	X	X	X	X
	CS	E4	7		X	X	X	X
ACTITUDES	VL	E5	7	Experto	X	X	X	X
	CS	E6	7		X	X	X	X
	VL	E7	7	Par	X	X	X	X
	CS	E8	7		X	X	X	X
CONDUCTAS/ HABILIDADES	VL	E9	7	Experto	X	X	X	X
	CS	E10	7		X	X	X	X
	VL	E11	7	Par	X	X	X	X
	CS	E12	7		X	X	X	X
ENSIBILIZACIÓN CON PACIENTE	VL	E13	7	Experto	X	X	X	X
	CS	E14	7		X	X	X	X
	VL	E15	7	Par	X	X	X	X
	CS	E16	7		X	X	X	X
MIEDO	VL	E17	7	Experto	X	X	X	X
	CS	E18	7		X	X	X	X
	VL	E19	7	Par	X	X	X	X
	CS	E20	7		X	X	X	X
NUEVAS TECNOLOGÍAS	VL	E21	7	Experto	X	X	X	X
	CS	E22	7		X	X	X	X
	VL	E23	7	Par	X	X	X	X
	CS	E24	7		X	X	X	X
NO INTERVENCION (CONTROL)	VL	C	21		X	X	X	X
	CS	C	21					

Nota: Lugar (VL=Valencia, CS=Castellón), G=Grupo (E=Experimental, C=Control)

6.2. MUESTRA.

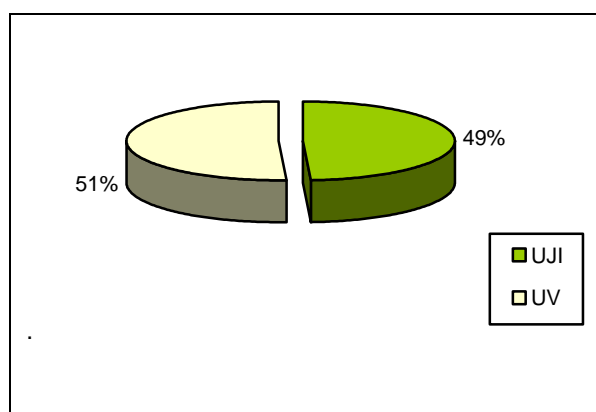
Considerando el marco teórico en que se fundamenta el estudio, sus objetivos y las hipótesis ya presentadas, se creyó conveniente recoger una muestra que, dadas sus características, fuera representativa para poder llevar a cabo la investigación.

A continuación, se presenta un análisis descriptivo del perfil de la muestra que ha participado en el estudio, teniendo en cuenta que, para realizar un abordaje eficaz de prevención de VIH, es necesario un conocimiento exhaustivo de las particularidades de la población con la que se trabaja.

La muestra del estudio estuvo compuesta por un total de 196 estudiantes universitarios procedentes de la Universidad Jaime I de Castelló (UJI) y de la Universitat de València (UV) aunque sólo 170 fueron considerados por la fiabilidad de sus respuestas a los cuestionarios y estar dentro del rango de edad estimado para el estudio (18 a 28 años).

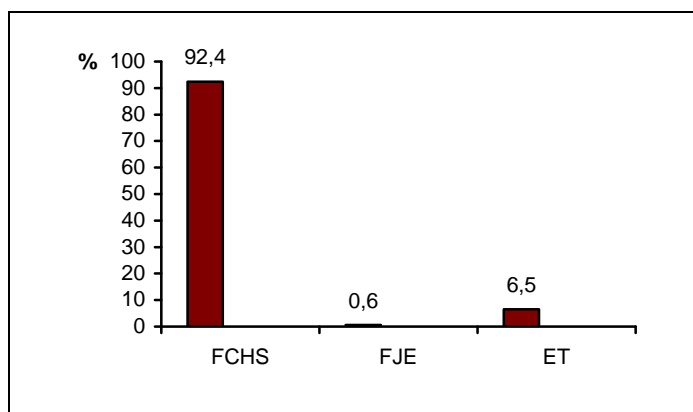
Figura 14. Composición de muestra por Universidad de procedencia

Si se analiza la muestra en función de la **procedencia**, se observa en la Figura 14, como el 49% eran estudiantes de la Universidad de Castellón (96 personas) y el 51%, de la Universidad de Valencia (100 personas), porcentajes muy similares en ambos casos.



También cabe destacar que la muestra que ha participado en la investigación, forma parte de las diversas **facultades y escuelas** de las Universidades respectivas (ver Figura 15). Así, se observa cómo la muestra que pertenece a las Facultades de Ciencias Humanas y Sociales es mayoritaria (92,4% de la muestra), frente a aquellas personas que forman parte de Escuelas Técnicas (6,5%) y la Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas (0,6%). Si bien la representatividad podría parecer descompensada a primera vista, no lo es tanto si se consideran las cifras totales de ambas Universidades.

Figura 15. Distribución de muestra según facultades o escuela.



En este sentido, cabe mencionar que la mayor parte de la población universitaria se encuentra cursando **estudios** relacionados con las Facultades de Ciencias Humanas y Sociales (alrededor del 55%), frente a la Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas (alrededor del 27%) y las Escuelas Técnicas (alrededor del 18%). Además el hecho de que, especialmente en la UJI, el número de alumnos de Ciencias Humanas y Sociales sea mayor que el de otras Facultades, sin duda, repercute en estos desiguales porcentajes. Probablemente, también influye que nuestra Unidad de Investigación esté situada en el edificio de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales y que en la Universitat de València, la totalidad de la muestra se captara en la Escuela de Magisterio Ausias March. De esta forma, tal y como se muestra en la Tabla 1, la mayor parte de la población cursa Magisterio (58,2%), seguida de Psicología (22,9%) y Traducción e Interpretación Inglesa (6,5%).

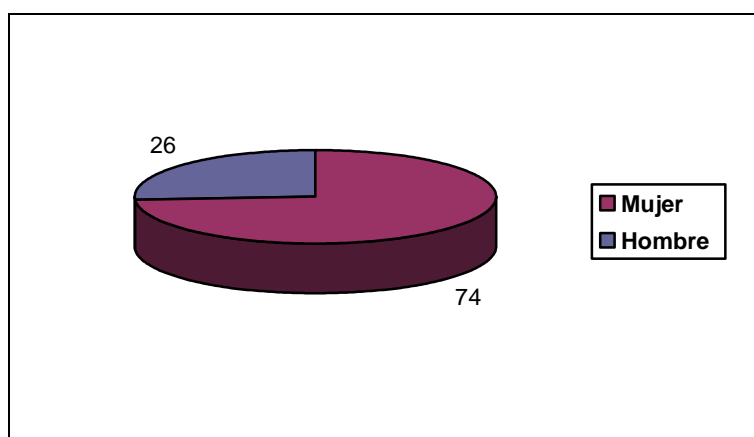
Tabla 1. Distribución de la muestra por carreras universitarias.

Carrera universitaria	% personas
Traducción e interpretación	6,5
Filología Inglesa	2,4
Psicología	22,9
Gestión y Administración Pública	0,6
Magisterio	58,2
Publicidad	1,2
Ingeniería técnica Diseño Industrial	1,8
Informática de Gestión	3,5
Historia	0,6
Tecnología de Alimentos	0,6
Ingeniería en Caminos, Canales y Puertos	0,6
Sociología	0,6
No contesta	0,6
Total: 100	

Asimismo, otras carreras están presentes aunque con un menor porcentaje de estudiantes. Por ejemplo: Diseño industrial (1,8%), Comunicación Audiovisual (1,2%), Ingeniería de Caminos, Canales y Puertos (0,6%) o Gestión y Administración Pública (0,6%). También se observa en la Tabla 1, cómo un porcentaje minoritario de la población prefiere no contestar a esta pregunta.

Continuando con el análisis y atendiendo a la variable **sexo**, la mayoría de la muestra está conformada por mujeres (ver Figura 16).

Figura 16. Distribución de muestra según sexo

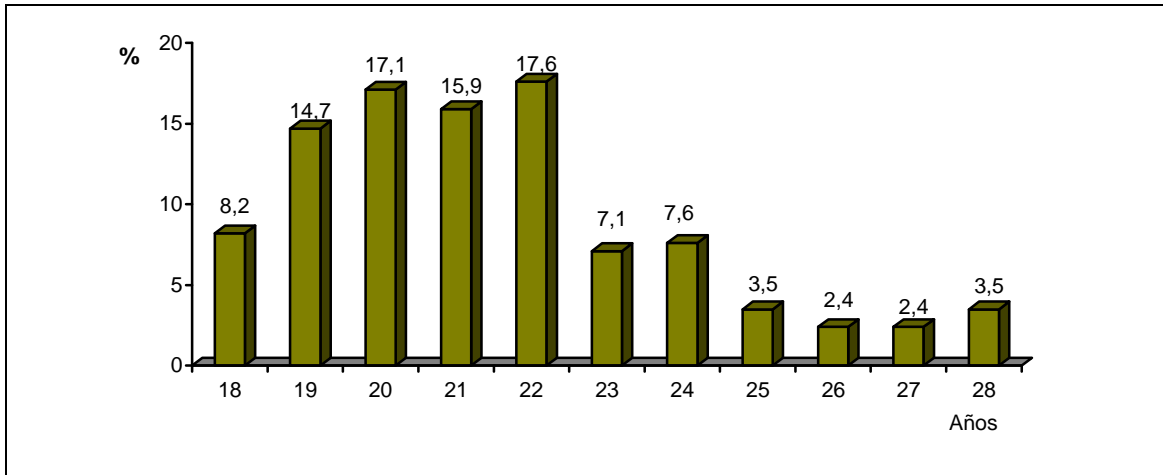


Así, la población femenina representó el 74% del total, frente al 26% que representaron los hombres. Dicha distribución también es lógica si consideramos que la mayor parte de la población universitaria, tanto en Castellón como en Valencia, está constituida por mujeres. De esta forma, en la Universitat de València la cantidad de mujeres está cerca de doblar la de los hombres (64% de chicas, 36% de hombres) y, en la Universitat Jaume I, superan en casi un 15% la población masculina (57,4% de mujeres frente a 42,6% de hombres). Dicha desigualdad, incrementa si el análisis descriptivo se diferencia por el tipo de formación de la población. De hecho, en la mayor parte de las carreras que participan en el estudio, la población femenina supera en gran medida a la masculina. Quizá estos datos revelan un mayor interés o sensibilización en torno al Sida en las mujeres, respecto a los hombres, dado que la participación en el estudio fue voluntaria.

Respecto a la variable **edad**, los participantes tenían una media total de 21,4 años (D.T.= 2,4), con edades que oscilaban entre los 18 y 28 años (ver Figura 17). La mayor parte de la población se concentra entre los 19 y 22 años, representando el 65% de la muestra. Por el contrario, los mayores de 26 años suponen el 8,3% de la

población que ha participado en la investigación. Dicha distribución es lógica si consideramos que los rangos de edad más frecuentes entre los estudiantes universitarios van de los 18 hasta los 25 años.

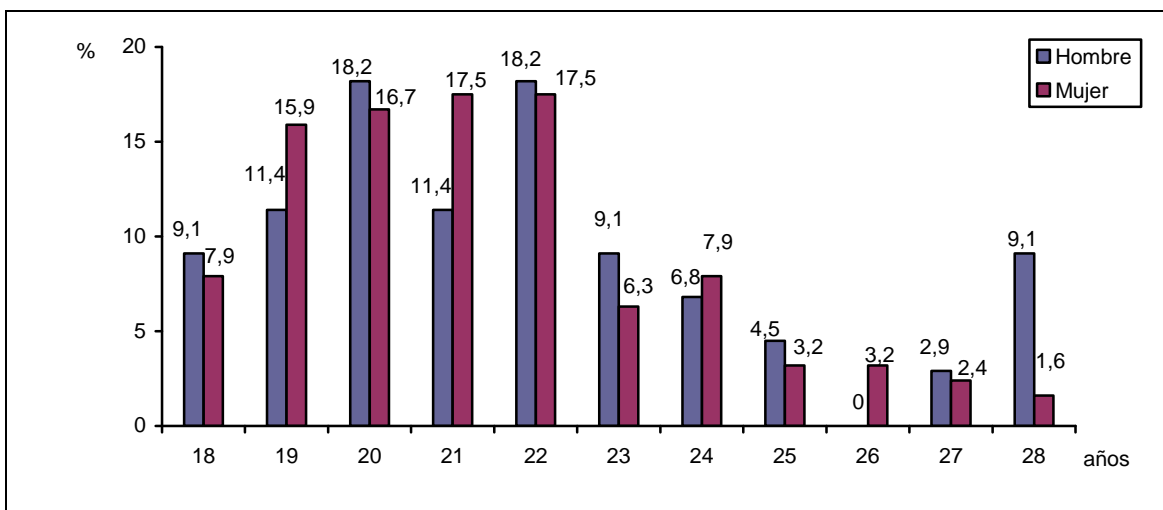
Figura 17. Distribución de muestra según edad



De esta forma, no sorprende que la mayor parte de la muestra tenga veintidós años (17,6%), seguida de las personas que tienen veinte (17,1%), las de veintiuno (15,9%) y las de diecinueve (14,7%). Por el contrario, la población con veintiséis y veintisiete años sólo representa, en cada caso, un 2,4% del total; seguida de la que tiene veinticinco y veintiocho, que alcanza un 3,5% en cada una.

Si se profundiza el análisis de la edad, separando la muestra en función del sexo (Figura 18), se observan algunas diferencias entre hombres y mujeres.

Figura 18. Distribución de la muestra por edad y sexo.

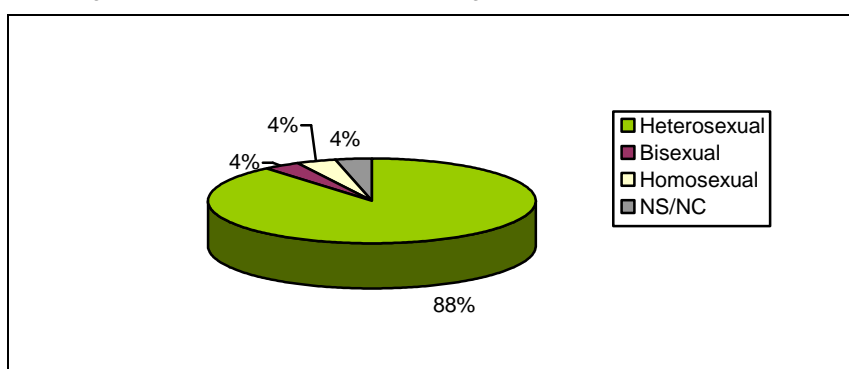


Por una parte, es cierto que la franja de edad comprendida los 19 y los 22 años de edad es la más representada para ambos sexos (Mujeres= 67,6%; Hombres=59,2%). Por otra, si se presta atención a las edades extremas, se observa cómo la población masculina está más representada tanto en la edad superior (28 años) cómo en la inferior (18 años).

Así, un 9,1% del grupo de los hombres tiene 28 años y el mismo porcentaje se encuentra ubicado en los 18 años de edad. Enfrente, un 1,6% del grupo de las mujeres cuenta con 28 años y un 7,9 % cuenta con 18 años de edad.

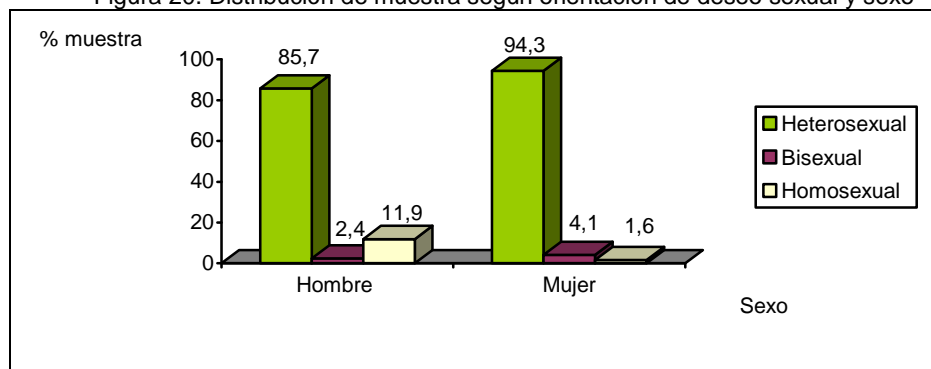
Respecto a la variable **orientación del deseo sexual**, tal y como se observa en la Figura 19, la mayoría de la muestra se identifica como heterosexual (el 88%), frente a las personas que se definen como bisexuales (4%) y homosexuales (4%). También cabe destacar, la existencia de un porcentaje de población (4%) que prefiere mantener la privacidad en lo relativo a su orientación sexual y no contesta a esta pregunta.

Figura 19. Distribución de muestra según orientación del deseo sexual.



Si se profundiza el análisis de dicha variable, en función del sexo de la población, se observan algunas diferencias (Figura 20).

Figura 20. Distribución de muestra según orientación de deseo sexual y sexo



Por un parte, es cierto que ambos grupos se identifican principalmente con la orientación heterosexual. En este sentido, existe una cierta diferencia entre ambos sexos ya que existe un mayor porcentaje de mujeres que manifiesta ser heterosexual (94,3%) frente a los hombres (85,7%). Por otro lado, se observa que mientras las mujeres se autodefinen con mayor frecuencia como bisexuales, los hombres lo hacen como homosexuales. De hecho, mientras en el caso de las mujeres la identificación con la heterosexualidad, va seguida de la orientación bisexual (4,1%) y la homosexual (1,6%); en el caso de los hombres, va seguida de la homosexual (11,9%) y de la bisexual (2,4%).

6.3. VARIABLE INDEPENDIENTE

Con el interés de clarificar el estudio, las condiciones analizadas se han dividido en dos bloques. Por un lado, las relacionadas con la naturaleza de la intervención y, por otro, las vinculadas al tipo de facilitador que ha participado en su desarrollo.

6.3.1. Estrategias de intervención.

Se trata de las distintas líneas de acción diseñadas en el proyecto y dirigidas a mejorar las prácticas de prevención de la muestra en la transmisión del VIH-Sida. Se encuentran especialmente destinadas a la promoción de conductas sexuales seguras y la realización de pruebas diagnósticas de la infección por VIH.

De esta forma, cada una de las estrategias presenta unas particularidades y metodología específica, aunque además de su objetivo general comparten la inclusión de unos contenidos básicos relativos a las vías de transmisión del VIH-Sida, las medidas de prevención y las pruebas de detección de anticuerpos, así como el tiempo en el que han sido llevadas a cabo que oscila entre 45 minutos y una hora con excepción de la estrategia aversiva que era más breve. Dichas estrategias están formuladas en base a una revisión bibliográfica previa que presupone, a priori, diferencias en los resultados obtenidos en función de las características de las mismas. Cabe resaltar, sin embargo, que en todas ellas se mantuvo un protocolo de acción similar. Se establecieron cuatro momentos:

1.Evaluación pre intervención. Con la intención de poder verificar la veracidad de nuestras hipótesis, previo al inicio de la sesión, se administró el instrumento de evaluación. De esta forma, los resultados conformarían la línea base sobre la cual trabajar a posteriori. Además, dicha evaluación nos sirvió para equiparar al máximo los grupos experimentales y el control. Para esto, se explicaban brevemente las instrucciones del cuestionario y, cada persona, cumplimentaba individualmente el suyo.

2.Presentación y motivación. Con la idea de fomentar la confianza de las personas participantes y facilitar su implicación en la sesión, se generó un primer momento de acercamiento en el que todos los participantes, incluido el facilitador, se presentaron. Asimismo se introdujo el tema sobre el que se iba a hablar y, brevemente, la metodología de la intervención.

3.Desarrollo temático. Para abordar los contenidos relacionados con la prevención del VIH-Sida se destinó, en la ejecución de las sesiones, alrededor del 80% del tiempo. En función de la estrategia seleccionada, se desarrollaron con más o menos profundidad algunos aspectos relacionados con la temática. Por ejemplo, en las estrategias basadas en el entrenamiento en habilidades, los contenidos se relacionaban sobretodo con los métodos preventivos y las interacciones sociales, pero en las estrategias basadas en la información se vincularon a otros aspectos como la situación de la epidemia o el impacto de la enfermedad. Asimismo, según el tipo de intervención se fueron asignando las técnicas más adecuadas para alcanzar su objetivo.

4.Agradecimiento y evaluación. Una vez finalizada la intervención, se agradecía la asistencia a la sesión y se motivaba a las personas para que continuaran asistiendo a la fase de seguimiento. Asimismo, se aprovechaba para administrar la primera evaluación posttest de manera individual.

- *Estrategia basada en la información.* Intervención vinculada a la transmisión de información a través de charlas realizadas con la técnica de exposición oral. Se estableció una interacción entre el facilitador y los asistentes en la que, de forma oral y sin apoyos gráficos, se transmitieron los contenidos. Los participantes, simplemente debían escuchar los datos y conocimientos que se les estaban facilitando. Una vez terminada la exposición, se abrió un turno de preguntas en el que los interesados podían ampliar la información o aclarar dudas. Si las personas

preferían no participar, no tenían que hacerlo necesariamente. De esta forma, a través de coloquios informativos, se divulgaban contenidos relacionados con la transmisión del VIH, las conductas de prevención, las pruebas de detección y la epidemia y enfermedad del Sida.

- *Estrategia basada en las actitudes.* Con la intención de incrementar la percepción de riesgo de los asistentes, se realizaron grupos de discusión en los que se facilitaba una posición activa de la población que participaba. En este medio, el facilitador tuvo la misión de exponer las bases del tema sobre el cual se iba a hablar, coordinar los turnos de intervención y motivar la participación de los asistentes en la medida en que no fueran activos. Información sobre la epidemiología, las vías de transmisión, las conductas preventivas, el desarrollo del Sida o las pruebas de detección. De esta forma, se pretendía transformar el componente actitudinal, enfatizando la importancia de la percepción del riesgo y gravedad de la enfermedad.

- *Estrategia basada en el comportamiento.* Abordaje dirigido a la experimentación y adquisición de destrezas manuales relacionadas con el sexo seguro (uso del preservativo) y de habilidades sociales para su negociación (asertividad). Este tipo de actividad, está basada en los principios de aprendizaje por modelado. Es decir, las personas eran entrenadas a partir de modelos de comportamiento que, luego, debían repetir mediante juegos de roles. En ese proceso, el facilitador proporcionó un feedback continuo para retroalimentar al participante y así mejorar sus condiciones.

- *Estrategia de sensibilización.* El diseño de esta línea de acción está relacionado con la inclusión de experiencias relativas a las vivencias de personas infectadas por el VIH-Sida. Con la intención de transmitir fielmente la situación y dotar de realismo la estrategia, la actividad se fundamenta en la intervención en vivo de un paciente infectado por el VIH a partir de una práctica de riesgo de coito anal. A través de la narración, en primera persona, el invitado desglosa diferentes aspectos de su vida, tanto positivos como negativos. Los participantes, asistieron a la conversación e interactuaron con el paciente. Al final de su intervención, pudieron intercambiar opiniones con él y preguntar dudas. El paciente fue el mismo en todos los grupos para no introducir sesgos.

- *Estrategia basada en el componente emocional.* Con la finalidad de inducir temor en las personas participantes, principalmente, se trabajaron contenidos relacionados con: el desarrollo y las consecuencias derivadas de la enfermedad y la probabilidad de la

población general a contraerla. Otros elementos como las vías de transmisión o los medios de prevención son mencionados en menor medida. Para desarrollar la estrategia, el trabajo se basa en el visionado de un material audiovisual (VHS) elaborado para el proyecto en el que se suceden diversas imágenes aversivas relacionadas con el Sida, acompañadas de música impactante. Además, entre dichas imágenes se intercalaban mensajes con información que destacaban la gravedad del VIH-Sida. Los participantes, simplemente presenciaron las imágenes y fueron procesando la información que les iban ofreciendo.

- *Estrategia informativa basada en las Nuevas Tecnologías.* Componente relacionado con el procesamiento de información a través del uso de la página Web de la Unidad de Investigación (www.unisexsida.uji.es). Tarea individual en la que cada persona tenía acceso a un equipo informático y a una página Web relacionada con el VIH-Sida. Durante la sesión, desde la página Web de la Unidad, los participantes podían acceder a toda la información de una manera visual. En el inicio se hizo una explicación general guiada, sobre los apartados y tipos de contenidos que podrían encontrar, instándoles a no perderse por los enlaces. Después se les dio tiempo libre para navegar por la página. Este ejercicio, suponía una condición activa para realizar la búsqueda de los contenidos y manejar la Web. Los contenidos estaban relacionados con: la naturaleza del VIH y del Sida, epidemiología, pruebas de detección, conductas de riesgo y conductas de prevención. Para ello se cuenta con una página Web que contiene una sección dirigida específicamente a la información sobre el tema. Concretamente, dicha información está distribuida en siete apartados: concepto y epidemiología de la enfermedad, vías de transmisión de la infección, vías de prevención, pruebas diagnósticas de detección de anticuerpos, progreso de la enfermedad, tratamiento médico y afrontamiento de la enfermedad.

6.3.2. Facilitador.

Variable establecida en función de las características individuales de la persona que ejecuta y coordina el taller. A partir de una revisión bibliográfica se suponen diferencias en los resultados, tras la ejecución de las estrategias de prevención de VIH, según las características de la persona que ejerza el rol de facilitador. Especialmente, en lo relativo al grado de similitud con la población receptora.

- *Profesional experto*. Contemplado como una persona que tiene un nivel elevado de conocimientos relativos al VIH-Sida y cuenta con una larga práctica en el desarrollo de estrategias de intervención similares. Pertenece, además, al grupo poblacional de adultos y, por lo tanto, diferente al de los asistentes. En el proyecto, este rol está representado por un docente universitario versado en la materia que hizo la intervención en Castellón y otro en Valencia.

- *Par entrenado*. Persona que sin tener demasiados conocimientos previos ni experiencia en la ejecución de actividades de estas características es adiestrada para que pueda llevar a cabo el trabajo. Por un lado, se entrena en el manejo de las técnicas necesarias para el desarrollo de las estrategias. Por otro, se forma en la temática relativa al VIH-Sida (epidemiología, vías de transmisión, conductas preventivas, desarrollo de la enfermedad, impacto social, pruebas de detección). En esta ocasión, la función la encarna un estudiante de Psicología becado para el proyecto. Pertenece al grupo poblacional de jóvenes y, por lo tanto, es muy similar a los participantes de las diferentes actividades preventivas.

6.4. VARIABLE DEPENDIENTE.

La variable dependiente fue desde un punto de vista general *el grado de cambio en las conductas de riesgo*. Concebida la prevención de riesgos como un constructo multidimensional, se determina la eficacia de las estrategias a partir del grado de cambio en la respuesta de prevención de riesgos de infección de VIH de la muestra. Para ello, en las diferentes propuestas, se midió el grado de transformación experimentado por los participantes. En concreto, en lo relacionado a los conocimientos, las actitudes, la intención de conducta, los comportamientos de riesgo y también de sensibilización sobre la población afectada, ya que nos planteamos que quizás tras las intervenciones podrían cambiar unas dimensiones del comportamiento pero no otras o modificarse diferenciándolo en función de la estrategia.

- Entendiendo el *conocimiento* como la información que, desde el plano cognitivo y consciente, la persona tiene sobre la prevención del VIH-Sida y que asume como veraz, pudiendo o no influir en su acción.
- Definida la *actitud* como la valoración que realiza una persona sobre aspectos relativos a la prevención de riesgo del VIH (conductas, información, consecuencias sociales, etc.) que puede orientar su patrón de acción.

- Determinada la *intención de conducta* como el propósito que una persona tiene, de manera consciente y reconocida, de realizar un tipo de acción dirigido o no a la prevención de riesgo de infección de VIH.
- Precisos los *comportamientos de riesgo*, como aquellas conductas motoras (verbales y no verbales) que exponen a la persona a una situación de riesgo reconocida y asumida por ella misma, incluyendo tanto el uso del preservativo como la negociación del sexo seguro a la realización de pruebas de anticuerpo.

Por otro lado, también fue una variable dependiente la *valoración subjetiva que los jóvenes hicieron de cada una de las estrategias de intervención*. Concretamente, se les preguntaba sobre: la utilidad de la estrategia, su capacidad informativa, su capacidad para cambiar actitudes, su capacidad para mejorar habilidades, su capacidad para influir sobre el cambio de conducta y fomentar la solidaridad, así como su nivel de agrado al realizarla y la posibilidad de aconsejar a otra persona la participación en la misma.

6.5. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN.

Con la finalidad de poder cubrir todas las dimensiones delimitadas en la investigación era necesario contar con un instrumento de medida que, de una forma sintética, abordara cada uno de los componentes considerados en el estudio. Además, con la intención de conseguir una información fiable, se consideró imprescindible que dicho instrumento estuviera adaptado a la población meta del estudio tanto en la estructura formal como en el lenguaje empleado. Estimadas dichas premisas, se creyó necesario construir un instrumento específico para el proyecto: **Cuestionario de Prevención del SIDA** (Ballester et al, 2004).

Asimismo, teniendo en cuenta el carácter longitudinal de la investigación, fue imprescindible realizar una versión Pretest, con 65 ítems, administrada antes de la intervención (Anexo 1) y una versión Posttest (Anexo 2), con 54 ítems, dirigida a la recogida de información en los momentos posteriores a la intervención. En el pretest se incluyen ítems que evalúan variables disposicionales que no es esperable que cambien tras la intervención como la orientación sexual o las principales fuentes de información. Por este hecho, no se consideró necesaria su inclusión en el posttest o seguimiento.

La **fiabilidad** se analizó valorando la *consistencia interna* del instrumento obteniéndose un *alfa de Cronbach de 0,700*. La fiabilidad *test-retest*, se llevó a cabo con 100 sujetos que pertenecían a un grupo control 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 volvió a aplicar el instrumento dos semanas después. La *correlación* obtenida fue de *0,830* (Ballester, Gil y Giménez, 2007).

Desde el plano conceptual, el instrumento ha contemplado la prevención del Sida desde una perspectiva multidimensional y ha tomado como referencia los modelos sociocognitivos del comportamiento de salud. De esta forma, se incluyen aspectos relacionados con los conocimientos, las actitudes, la autoeficacia, las intenciones de conducta y el comportamiento. En concreto, los ítems hacen referencia a la infección por VIH, las vías de transmisión, la propia enfermedad del Sida, los métodos y conductas preventivas, las pruebas de detección de anticuerpos y la actitud hacia las personas afectadas. Desde el plano formal, en el instrumento se han recogido diferentes formatos de pregunta lo que permite un mejor acercamiento a la información proporcionada por la muestra. En general, los formatos más empleados son el de la escala likert y la pregunta dicotómica. Concretamente, dentro de los 65 ítems que contiene la versión Pretest se encuentran: 29 preguntas dicotómicas, 23 que emplean la escala likert (ya sea en totales o porcentajes), 8 preguntas de múltiple elección y 5 abiertas (ya sea de respuesta nominal o numérica). En la versión Postest los ítems se dividen en: 24 preguntas de escala likert, 20 dicotómicas, 7 de múltiple elección y 4 de carácter abierto (con expresión numérica o nominal). A continuación, se recogen las características principales del cuestionario, también detalladas en la Tabla 2.

Tabla 2. Estructura del instrumento de evaluación (CPS).

Componente	Nº de ítems	Contenidos
Información	12	Percepción información. Vías de transmisión. Métodos de prevención. Impacto de VIH en organismo. Curación del VIH-Sida. Pruebas de detección.
Actitud	8	Salud en general. Enfermedad del Sida. Preservativo. Pruebas de detección de anticuerpos. Personas afectadas por VIH-Sida.
Autoeficacia	9	Compra y manejo de preservativo. Comunicación sobre métodos preventivos. Influencia de drogas/alcohol. Influencia de excitación sexual.
Percepción de riesgo	6	Prácticas de riesgo de transmisión de VIH/embarazos. Infección por el VIH. Poblaciones afectadas.
Intención de conducta	4	Uso del preservativo. Pruebas de detección de anticuerpos. Solidaridad hacia personas afectadas.
Conducta	15	Práctica sexual. Factores situacionales. Pruebas de detección. Empleo del preservativo.

En lo que respecta a la **variable información**, el cuestionario cuenta con doce preguntas de formato dicotómico y likert.

Por un lado, se explora la percepción que las personas tienen sobre la información que poseen a través de una escala likert de 0 (mala) a 3 (muy buena). Es decir, se les pregunta si creen o no que están suficientemente bien informados. Por otro lado, a partir de 3 preguntas que engloban 18 enunciados, se aborda la información real sobre las posibles vías de transmisión en distintas conductas relacionadas con la vida cotidiana y las prácticas sexuales (ítems 9, 10 y 11). Asimismo, el componente informacional explora las diferentes medidas de prevención ante la infección del VIH a través de 2 preguntas (ítems 13 y 14) y el impacto de la infección en las personas afectadas con 3 ítems (ítems 4, 5 y 6). A través de otras preguntas, también se abordan conocimientos relacionados con la realización de las pruebas de detección de anticuerpos (ítems 28, 29 y 30) y de la posible curación del VIH-Sida (ítem 31).

Con el objetivo de abordar la **variable actitudinal**, el instrumento cuenta con 8 preguntas de formato dicotómico, abierto y escala likert que exploran diversas áreas.

Por una parte, el instrumento aborda la importancia atribuida a la salud para cada persona (ítem 41) a través de una escala likert. Además, con un ítem dicotómico (ítem 7), evalúa la gravedad de la enfermedad que la muestra percibe. Por otra parte, cuatro cuestiones se relacionan con la percepción que las personas tienen sobre el preservativo como método preventivo. Dos sobre la confianza percibida, a través de una escala likert (ítem 15) y una cuestión dicotómica (ítem 16), una sobre inconvenientes del preservativo (ítem 47) y otra sobre sus posibles ventajas (ítem 48), ambas son de elección múltiple.

Como otro elemento preventivo, también se aborda la percepción de las pruebas de detección de anticuerpos en dos preguntas abiertas que se vinculan con sus ventajas (ítem 26) e inconvenientes (ítem 27).

Considerada la **autoeficacia** como una variable imprescindible en el trabajo de la prevención de la infección por el VIH, en el instrumento se recogen varias cuestiones relacionadas con diferentes matices asociados a las conductas de riesgo. En total, nueve preguntas con escala likert.

Por una parte, se aborda la posición de las personas ante la compra (ítem 52) y el empleo del preservativo (ítems 57, 59 y 60). También se abordan aspectos relacionados con la comunicación sobre métodos preventivos (ítem 53, 54 y 55), la influencia de sustancias como el alcohol u otras drogas (ítem 56) y la propia excitación sexual (ítem 58).

El instrumento también explora la **percepción de riesgo** a través de seis preguntas, en su mayoría de escala likert, pero también incluye una dicotómica, una abierta y una de distribución de porcentajes.

Para conocer la **intención de conducta** de las personas, el cuestionario cuenta con cuatro preguntas de escala likert y elección múltiple. Se enumeran distintas situaciones relacionadas con contextos sexuales de riesgo en los que las personas deben manifestar la conducta que creen llevarían a cabo.

Por ejemplo, a través de una pregunta de elección múltiple (ítem 51) se presupone una posible relación sin preservativo. En otra pregunta basada en escala likert, la intención se relaciona con el empleo del preservativo en general (ítem 46).

En otro espacio, el instrumento enumera distintas prácticas sexuales con diferentes condiciones para que la persona se sitúe en una escala likert (49B). Por otro lado, a partir de una pregunta dicotómica, se cuestiona el propósito de realizarse las pruebas de detección de anticuerpo (ítem 24).

Para abordar la dimensión **conductual**, el instrumento cuenta con 15 preguntas de formato abierto, dicotómico, likert y de elección múltiple. Además, algunas de estas preguntas (ej. ítem 40) son formuladas para que pudieran ser contestadas en caso de no haber realizado la conducta, ya que se redactan de manera alternativa empleando el condicional.

Por una parte, las preguntas hacen referencia a las prácticas sexuales ya sea en referencia a la variedad de prácticas realizadas con un ítem de elección múltiple (36) o al tipo de pareja, mediante preguntas dicotómicas (ítems 38 y 1ª parte del 39). También se hace referencia al sexo de la pareja en otra cuestión (ítem 34).

A través de un ítem dicotómico se pregunta si se tiene experiencia sexual (ítem 33) y en base a otra cuestión numérica abierta, la cantidad de personas con las que se ha mantenido relaciones (ítem 37).

En otra línea, en el cuestionario se recoge la valoración que las personas hacen sobre la posibilidad de haber realizado prácticas de riesgo. Esto a través de una pregunta dicotómica (ítem 17) que en su segunda parte incluye un formato abierto numérico. También se aborda la percepción de riesgo relacionada con la posibilidad de infección de VIH y de tener un embarazo no deseado con dos escalas likert de 0 a 100 (ítems 42 y 43). Al hilo de estas cuestiones y con el mismo formato, el instrumento pregunta sobre el temor percibido ante la ocurrencia de alguno de estos hechos (ítem 45 y 46). De otra manera, a través de una distribución de porcentajes, se pregunta sobre la probabilidad atribuida a distintas poblaciones de estar afectadas por la enfermedad (ítem 32).

En el instrumento, se abordan también aquellos factores situacionales que acompañaron las relaciones sexuales de posible riesgo. En concreto, se pregunta con ítems dicotómicos sobre el conocimiento (ítem 18), la conciencia (ítem 19), la preocupación sobre la posibilidad de haberse infectado (ítem 21) y la realización o no de pruebas de detección de anticuerpos (ítem 22). Mediante una pregunta abierta se exploran los motivos asociados que pudieron causar dicha situación de riesgo (ítem 19).

Por otra parte, se alude a la práctica preventiva mediante cuestiones dirigidas al uso del preservativo. Una pregunta de elección múltiple (ítem 40), otra basada en escala likert (ítem 49A) y otra dicotómica (ítem 2ª parte 39). Otras conductas de prevención se relacionan con las pruebas de detección de anticuerpos, ya sea por la realización de las mismas (ítem 23) o por preguntar a las parejas si se las han realizado (ítem 25).

Para finalizar esta descripción, cabe destacar un componente relacionado con la **solidaridad** hacia las personas afectadas por el virus. Se explora la intención de conducta ante personas conocidas, a través de una pregunta dicotómica (ítem 64) y una de elección múltiple (ítem 63). Ante las personas desconocidas, se investiga a través de otra de elección múltiple (ítem 65). Asimismo, se recogen dos cuestiones de escala likert relativas a la solidaridad con las personas afectadas, relativas a su propio sufrimiento (ítem 61) y al nivel de comprensión social (ítem 62).

Además del CPS se elaboró un instrumento de evaluación de la satisfacción de los participantes sobre la actividad preventiva: “Valoración de la actividad” (ver Anexo 3). Sobre una escala likert que oscilaba entre 0 (nada) y 10 (mucho) se preguntaba sobre su percepción de las estrategias en las que habían participado. Preguntas relacionadas con: la utilidad de la estrategia, su capacidad para informar, para cambiar actitudes, para mejorar habilidades, para influir sobre el cambio de conducta y fomentar la solidaridad, así como su nivel de agrado al realizarla y la posibilidad de aconsejar a otra persona la participación en la misma.

6.6. PROCEDIMIENTO.

La labor empírica que fundamenta esta investigación se desarrolló durante 12 meses. Para llevarla a cabo, se contó con la participación de personas procedentes de la Universitat Jaume I de Castelló y de la Universitat de València. En total, 201 personas se involucraron de forma activa: 196 de ellas integraron la muestra, tres personas asumieron el rol de facilitador (dos expertos y un par) y dos personas más trabajaron en la gestión y coordinación de las actividades.

La **primera fase** del estudio se dirigió, principalmente, a profundizar en la literatura existente y revisar algunos instrumentos y materiales ya elaborados. Básicamente, aspectos relativos a la fundamentación teórica y metodológica en la prevención de riesgo del VIH-Sida y, también, en lo referido a la vinculación entre los factores de vulnerabilidad de la población joven y las conductas de riesgo que realizan.

En la **segunda fase**, una vez revisados los instrumentos, se pasó a construir el cuestionario de evaluación. Para esto, se realizó una extensa batería de preguntas que fue configurándose en función de las variables de interés. Así, se eliminaron aquellos ítems que no se consideraron necesarios y se reformularon otros, con el interés de dotar de mayor validez el instrumento. Una vez elaborado, fue administrado a una pequeña muestra con el fin de verificar la adecuación de su lenguaje y estructura gramatical, así como su comprensión por parte de los jóvenes evaluados.

En esta misma fase, una vez estudiada la literatura existente y revisada la propia experiencia del equipo, se diseñó la estrategia del proyecto. Se elaboró un plan de acción que incluía evaluaciones previas y posteriores a la intervención y, el seguimiento de un grupo control.

Para analizar cada una de las condiciones, se determinaron los seis tipos de intervención diferenciados en función de la variable de análisis: transmisión de información, actitudes, conductas (destrezas manuales y habilidades sociales), sensibilización, emociones aversivas y uso de Nuevas Tecnologías. Además, en cada una de estas intervenciones se incluyó una nueva variable diferencial, las características del tipo de facilitador.

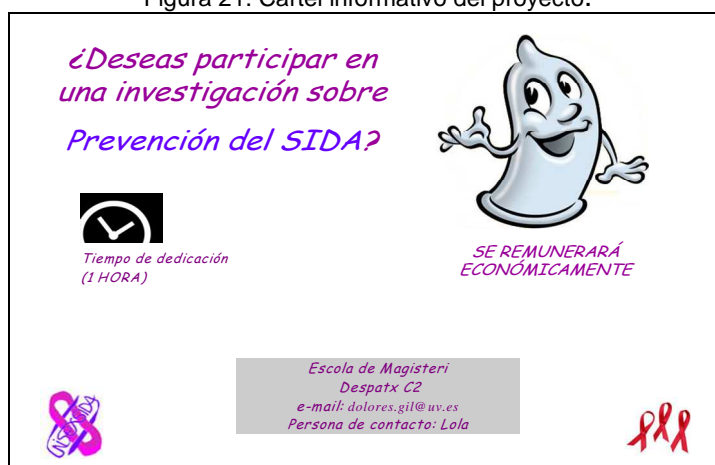
En total, se determinaron 24 grupos experimentales y 6 grupos control. De esta forma, se asignaron cuatro grupos experimentales y un grupo control por cada estrategia de intervención. De los primeros, la mitad participaron en la intervención que realizó el experto y la otra mitad, en la intervención realizada por el par.

Una vez definido el tipo de intervención, se procedió a entrenar al estudiante seleccionado para desarrollar el proyecto. Por un lado, se le explicaron los contenidos y se le facilitaron materiales escritos relacionados con el VIH-Sida para que, individualmente, pudiera mejorar su conocimiento. Por otro, se realizaron entrenamientos sobre las prácticas de las destrezas y habilidades que eran objetivo del estudio (asertividad y manejo del preservativo). Asimismo, mediante la explicación de la fundamentación teórica y el ejercicio práctico, se trabajaron todas las técnicas a emplear en el proyecto, se abordaron aspectos metodológicos y de manejo de grupo. Llegado este momento, se realizaron algunos juegos de roles para comprobar la asimilación del par y su capacidad para llevar a cabo la tarea asignada.

Paralelamente, se fue recogiendo la muestra para el estudio. Se realizaron unos carteles informativos sobre el proyecto (ver Figura 21) y las personas interesadas se fueron poniendo en contacto con el equipo. La captación de los estudiantes se realizó dentro del ámbito de la Universitat Jaume I de Castelló y la Universitat de València. Con el fin de que la muestra no estuviera sesgada, a cada asistente a las sesiones de taller se le ofreció como incentivo una pequeña cantidad de dinero y preservativos.

De este modo, se presuponía que acudían a los talleres personas muy motivadas por el tema del Sida, pero también otras incentivadas por el refuerzo tangible. Además, se aseguró la confidencialidad de los datos a todas las personas asistentes. Una vez conseguida una cantidad de población representativa, se procedió a combinar los grupos de manera aleatoria, si bien se intentó que la distribución por sexo fuera similar en todas ellas (aproximadamente dos chicos por grupo).

Figura 21. Cartel informativo del proyecto.



En la **tercera fase**, una vez establecidas las condiciones base para desarrollar el proyecto, se ejecutaron las estrategias. Las intervenciones de los grupos experimentales, tuvieron un formato grupal constituido por siete asistentes y la persona facilitadora (experto o par). Este aspecto supuso alguna dificultad dado que, por haber faltado algún asistente, hubo que anular algunas actividades y aplazarlas para otro día. Sin embargo, se creía imprescindible mantener constante el número de integrantes de los grupos para obtener datos representativos.

Las intervenciones se llevaron a cabo, aproximadamente, durante tres meses. En este periodo, la localización estuvo dividida entre Castellón y Valencia. El Grupo control, como es lógico, no participó en las actividades preventivas pero sí fue sometido a la misma evaluación realizada por los grupos experimentales.

Una vez realizada la evaluación postest, se inició una **cuarta fase** de seguimiento. Tanto los integrantes de los Grupos Experimentales como los de los Grupos Control, realizaron dos evaluaciones: una evaluación se realizó al mes y otra a los cuatro meses. La evaluación, de aproximadamente 20 minutos y realizada de manera individual, se basó en el cumplimentado del Cuestionario de Prevención del SIDA (Ballester et al, 2004) cubriendo aspectos relacionados con los conocimientos sobre la infección por VIH, sus vías de transmisión y los métodos preventivos, las actitudes, la intención de conducta y los comportamientos relacionados, así como sobre las pruebas de detección y la solidaridad.

Una vez cumplimentados los cuestionarios, en la **quinta fase**, se procedió a corregir e introducir los datos en el programa estadístico SPSS. Tras estudiar los cuestionarios, para el análisis de la información, se decidieron incluir sólo los datos de 186 estudiantes, por considerar que las respuestas de diez de ellos eran contradictorias y, por tanto, no fiables. En esta fase, también se realizaron los cálculos estadísticos. Por un lado, los análisis descriptivos de las condiciones de riesgo en la muestra global. A continuación, los relacionados a la comparación de los grupos experimentales entre sí y con el grupo control y, por otro, los vinculados a la comparación interna de los distintos grupos experimentales en los distintos momentos temporales. Asimismo, se analizaron los datos en función del tipo de facilitador y también del sexo de la muestra participante.

Llegados a este momento, en la **sexta fase** del proyecto, se tabularon los datos obtenidos y se sintetizó la información ya sistematizada con las respuestas conseguidas por parte de la muestra. Con la intención de facilitar la exposición, tras detallar las fases en las que se estructuró el proyecto de intervención, se presenta el cronograma temporal (Tabla 3).

Tabla 3. Cronograma temporal del diseño de procedimiento.

FASE	OBJETIVO	TAREAS	TIEMPO (MESES)												
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	Establecer condiciones previas para ejecutar el proyecto de investigación	Revisión bibliográfica	X												
2		Elaboración instrumentos Diseño estrategia. Entrenamiento Par.		X	X										
3	Desarrollar la parte empírica del proyecto.	Ejecución de estrategias. Evaluación pre-post intervención.				X	X	X							
4		Seguimiento de participantes.					X	X	X	X	X	X			
5	Obtener resultados de la investigación	Corrección cuestionarios.												X	
		Análisis datos.													
6	Elaborar conclusiones y documento de síntesis.	Tabulación resultado. Elaboración de informe.													X

6.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Con el objetivo de realizar un abordaje estadístico adecuado a la naturaleza del estudio y sacar un rendimiento eficiente a los datos obtenidos, se realizaron varios tipos de cálculos. Todos ellos, realizados con el paquete estadístico SPSS.

Los primeros, con el interés de poder identificar la población receptora de la intervención, estuvieron relacionados con la descripción demográfica y de otras variables psicosociales de la muestra. Los segundos, realizados con la propósito de poder verificar las hipótesis planteadas en el proyecto.

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las condiciones de riesgo de la muestra global. En segundo lugar, se realizó la comparativa de los datos de los distintos grupos experimentales antes-después-seguimientos y del grupo control. Por otro lado, se analizaron las diferencias entre las distintas estrategias en cada uno de los momentos de evaluación. También se analizó la valoración diferencial que hacían los jóvenes en función de la estrategia en la que habían participado. Asimismo, se estudió el impacto de las estrategias de intervención en función del tipo de facilitador y del sexo de la muestra. Además, según el tipo de variable abordada se realizaron un tipo u otro de cálculos estadísticos.

En lo que respecta a las **variables categoriales** se han obtenido los resultados a partir de los porcentajes arrojados por la muestra en cada toma de medida. Asimismo, se ha calculado un estadístico para comprobar si las diferencias entre los grupos eran significativas estadísticamente en cada momento. Dada la naturaleza nominal de los datos y el n de la muestra, se han realizado los cálculos no paramétricos más rigurosos posible. La prueba H de *Kruskal-Wallis* se ha calculado en el caso de que existieran K muestras independientes, es decir, si la variable independiente era el tipo de intervención, considerando que este cálculo es el más similar al Análisis de Varianza (ANOVA) dentro de los estadísticos no paramétricos. La Ch^2 , se ha obtenido cuando sólo existían dos muestras independientes, en el caso del tipo de facilitador y del sexo. Considerando también que el n de la muestra es suficiente para realizarla y que es el cálculo más similar a la Prueba t, dentro de los estadísticos referidos a dos muestras.

Por otra parte, se ha analizado en qué medida las diferencias entre las distintas evaluaciones que los grupos presentaban a nivel interno podían considerarse significativas. En todos los casos, se eligió la *Q de Cochran*, como el estadístico no paramétrico más riguroso referido a K muestras relacionadas.

En lo referido a los cálculos de **variables medidas a través de escala likert o construidas a partir de un sumatorio**, se han obtenido diferentes estadísticos. De partida, se han realizado análisis descriptivos con medias y desviaciones típicas. Asimismo, con el interés de conocer la influencia de las variables independientes sobre las variables dependientes, además de la posible repercusión de la interacción de las primeras sobre las segundas, se ha realizado el Modelo lineal de Medidas Repetidas (*MANOVA*), considerando que existe muestra suficiente para emplear dicho estadístico paramétrico y que sus distribuciones son normales.

En otro nivel, para comprobar la existencia de contrastes entre las puntuaciones arrojadas por los grupos en las distintas evaluaciones se han realizado diferentes estadísticos paramétricos. El cálculo del *ANOVA*, utilizado para comparar las medias entre K muestras independientes, se ha empleado cuando los análisis se realizaban en función del tipo de intervención dentro de un mismo momento de evaluación. Sin embargo, en el caso del análisis según el tipo de facilitador y el sexo, se ha empleado la *Prueba t de Student* que, con el mismo rigor de la anterior, también compara los estadísticos descriptivos pero para dos muestras independientes. En la medida en que los estadísticos han presentado diferencias significativas, también se ha calculado la *Prueba Scheffé* con el interés de profundizar en dicho contraste y conocer más concretamente los grupos implicados en el mismo. Por otro lado, se ha analizado la evolución de cada grupo de manera aislada. En este sentido, tanto en el análisis según el tipo de intervención, como en el tipo de sexo o tipo de facilitador, se ha realizado un *ANOVA* para cada uno de los grupos. Dicha prueba nos ha dado la oportunidad de contrastar los promedios de una manera rigurosa.

Sin embargo, en algunas variables, los cálculos previstos han tenido que ser sustituidos. Esto debido a que la muestra no ha generado los datos suficientes como para llevar a cabo dichos estadísticos. Por ejemplo, en el caso de conductas poco frecuentes como el coito anal, en lo relacionado a la experiencia preventiva y a la intención de conducta preventiva en esta práctica sexual.

El hecho de que la muestra representada disminuyera en los seguimientos hacía imposible obtener resultados referidos a la evolución de cada grupo. En este caso, se optó por realizar otro estadístico paramétrico, una Prueba t, para analizar las diferencias pareadas entre dos momentos de medida (pre-post, pre-primer seguimiento, pre-segundo seguimiento). Tampoco fue posible obtener resultados válidos y se decidió calcular la *Z de Wilcoxon*, dado que era el estadístico más riguroso bajo nuestro punto de vista, dentro de los cálculos no paramétricos. Empleados bien para variables con naturaleza nominal o en el caso de que no se considere que la muestra represente una distribución normal. Además, para el análisis de los contrastes en las distintas evaluaciones se ha realizado la prueba de *Kruskal-Wallis* considerando que era la más fiable dentro de las no paramétricas para K muestras independientes. En el caso del análisis en función del facilitador y del sexo, ha sido empleada la *U de Mann Whitney*.

En general, este fenómeno se ha producido con algunas variables relacionadas tanto con la experiencia preventiva como con la intención de uso del preservativo en las prácticas sexuales. La falta de muestra suficiente, también ha llevado a obtener Tablas con algunos vacíos de información. A pesar de esto y considerado nuestro objetivo principal dentro del análisis de resultados, pensamos que era necesario incluir dichos datos en el mismo.

CAPÍTULO 7

RESULTADOS

7. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en esta investigación. En un primer término cabe destacar que el objetivo de todo el proceso ha sido el realizar un análisis de los datos que permitiera obtener una lectura rigurosa pero también lo más amplia y ajustada a la realidad posible.

En el análisis de dicha información se ha considerado imprescindible construir un hilo conductor que dotara de cierta coherencia su análisis, tanto en el subapartado de los resultados descriptivos como en el relativo al análisis de la eficacia diferencial de las estrategias. En este sentido, se han abordado cinco elementos principales que concuerdan con los modelos teóricos más relevantes ya comentados.

En un primer término, se aborda el componente informacional, es decir, todo aquello referido a la información veraz que las personas tienen sobre el VIH-Sida, su transmisión y prevención. Pero también se incluye aquella información percibida que creen poseer.

En un segundo término, se introducen aspectos relacionados con las creencias y las actitudes de la muestra. Resultados relacionados con la valoración de la importancia de su salud, de la propia enfermedad, del preservativo y su manejo y también, la consideración de las creencias y actitudes de su entorno (norma percibida). Además, considerada como una de las variables más importantes en las intervenciones de prevención, se aborda la autoeficacia ante las situaciones de riesgo para la infección del VIH.

En un tercer término, se comentan aquellos aspectos relacionados con la experiencia preventiva en diferentes prácticas y contextos sexuales pero también, con la propia intención de realizar la conducta preventiva, es decir, el empleo del preservativo en las distintas situaciones.

Seguidamente se incluyen aspectos relacionados con las pruebas de detección de anticuerpos del VIH, desde la perspectiva de la prevención secundaria pero también desde la prevención primaria. Se abordan conocimientos, experiencias previas e intención de conducta al respecto.

Como último componente se incluye la solidaridad, asumiendo que el abordaje de prevención del VIH-Sida debe apostar por un esquema de intervención global que no sólo incluya la prevención de la transmisión del virus desde un punto de vista físico. Considerando además que la reducción del estigma es un elemento necesario para la prevención primaria del VIH-Sida ya que facilita su abordaje. En este sentido se abordan actitudes relacionadas con la solidaridad social pero también se valora la intención de conducta de apoyo a personas infectadas. Todos estos datos, se han obtenido a partir de la versión pretest del Cuestionario de Prevención del SIDA (Ballester et al, 2004).

7.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.

En un primer punto, dadas las características de la investigación y de la población con la que se ha trabajado, se ha creído conveniente realizar una aproximación descriptiva a ciertas variables relacionadas con la conducta sexual de riesgo y las prácticas preventivas para evitar la transmisión del VIH. De esta forma, en las próximas líneas, se detalla un análisis de aquellos elementos que se han considerado importantes en el abordaje de la prevención del VIH con esta población juvenil.

Por un lado, variables de corte cognitivo centradas en el carácter de los propios contenidos informativos y también, en el procesamiento y manejo de los mismos. Por otro, en aspectos vinculados con las actitudes, creencias y valoraciones personales sobre la conducta sexual, las medidas de prevención y la propia infección por el VIH. También se introducen variables relativas a la dimensión conductual sobre aspectos sexuales relacionados con el VIH.

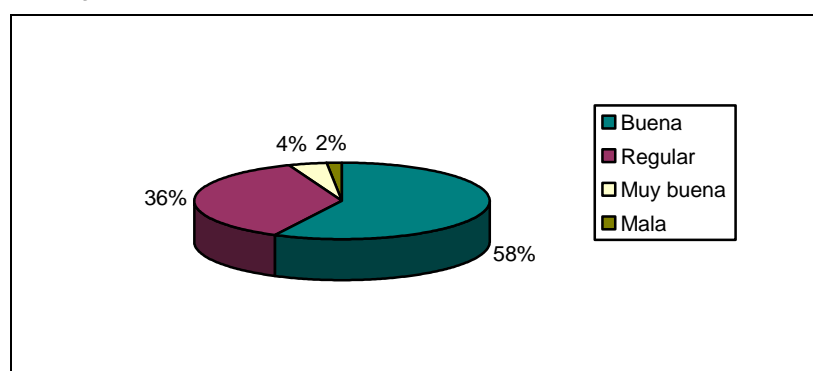
Desde una concepción amplia de la prevención de la transmisión del VIH-Sida, finalmente se ha considerado relevante tratar variables como la solidaridad manifestada ante las personas afectadas por la epidemia o la preocupación general por el estado de salud, considerando que las manifestaciones de las personas ante el VIH-Sida se engloban dentro de sus hábitos de salud y, por tanto, su percepción general puede tener algún tipo de relación.

7.1.1. Información

Si bien es cierto que la información que la persona posee sobre el VIH-Sida no es una variable suficiente para su prevención, también lo es que constituye un elemento imprescindible para la realización de conductas sexuales seguras. Dentro del análisis relativo a la información, cabe hacer hincapié en la diferencia existente entre la información real que efectivamente es veraz y la información percibida, es decir, aquélla que la persona cree poseer pero que no necesariamente se ajusta a la realidad. Probablemente, la relación entre ambas influirá en el posicionamiento de las personas ante el VIH-Sida.

Tal y como se observa en la Figura 22 relativa a la **información percibida**, parece que la mayor parte de la población del estudio piensa que su información es buena. De hecho, algo más de la mitad de la muestra (58,8%) opina que su información sobre sexualidad y VIH es buena y, en un 4% de los casos, muy buena. Por el contrario, sólo un 4% reconoce que su información es mala y un 36% regular.

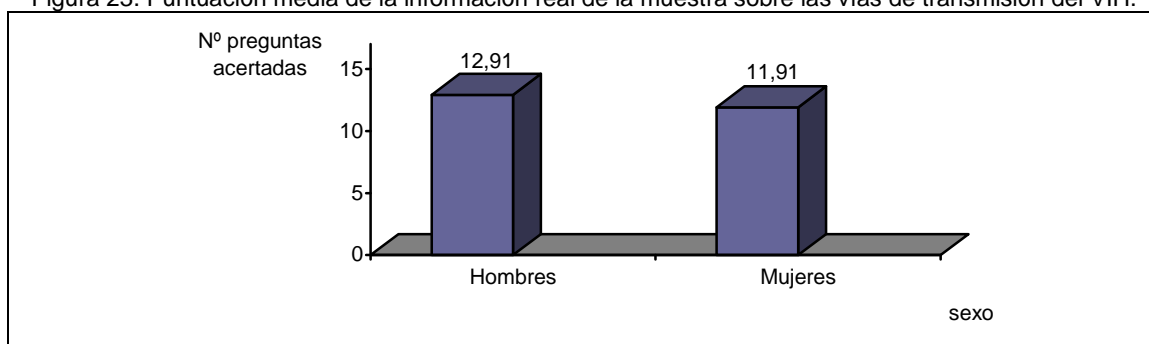
Figura 22. Percepción de la muestra sobre la propia información



Si dicha percepción se analiza en función del sexo, se observa cómo existe una diferencia significativa a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=8,08$; $p\leq 0,044$). De esta forma, un 72,1% de los hombres cree tener una información buena frente al 53,2% de las mujeres. Asimismo, existe una mayor cantidad de hombres que creen poseer una muy buena información (7%) y no ocurre tanto en el caso de las mujeres (3,2%). Ellas con más frecuencia manifiestan tener una información regular (42,1%) frente a los hombres (18,6%). Sin embargo, éstos en mayor medida opinan que su información es mala (2,3%), percepción algo menos frecuente entre las mujeres (1,6%). Por otra parte, las diferencias manifestadas en función de la *orientación sexual* no muestran significación estadística ($\text{Chi}^2=9,15$; $p\leq 0,165$).

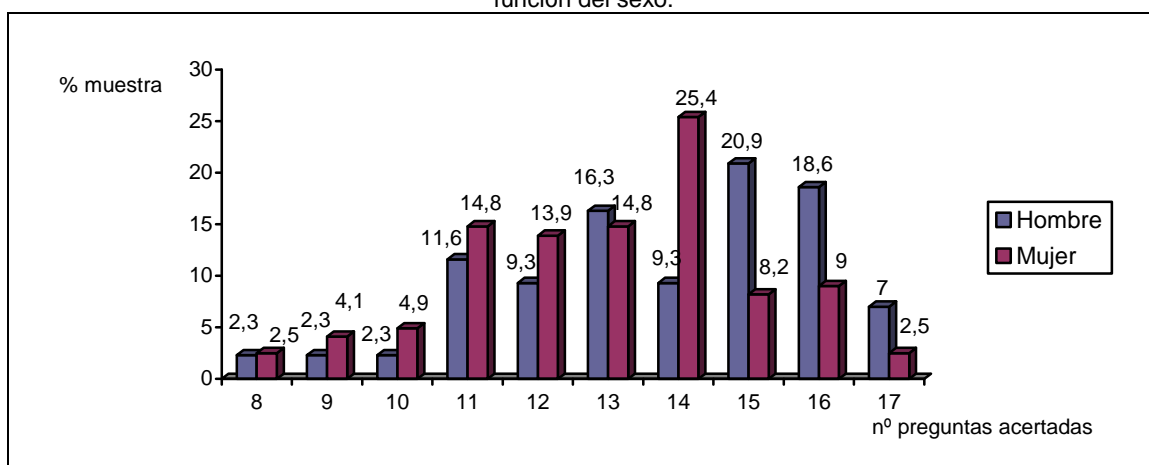
Si se concreta la realidad de la muestra sobre su **información real**, reflejada en la Figura 23 (relativas a las preguntas 9 y 10 del cuestionario pretest), se observa cómo existe una diferencia significativa del conocimiento en función del sexo ($t=2,12$; $p\leq 0,036$). En este sentido, los chicos ($\bar{X}=12,91$; $DT=2,77$) presentan un mayor conocimiento promedio sobre las vías de transmisión respecto a las chicas ($\bar{X}=11,91$; $DT=2,61$), en una escala de 0 (mínimo) a 17 (máximo).

Figura 23. Puntuación media de la información real de la muestra sobre las vías de transmisión del VIH.



Además, si bien existe un mayor porcentaje de población masculina que es capaz de contestar a todas las preguntas asociadas al conocimiento sobre el VIH, tanto en hombres como en mujeres, la población que comete equivocaciones en sus respuestas supera el 90% (Hombres=93%; Mujeres=97,5%), tal y como se observa en la Figura 24.

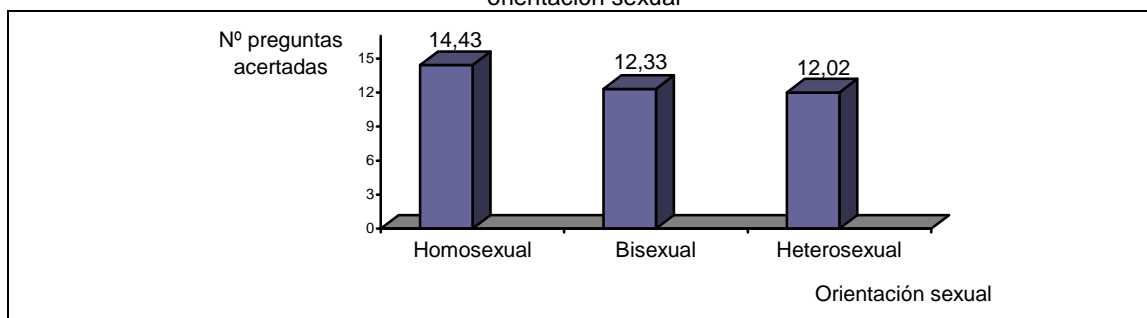
Figura 24. Porcentaje de población que tiene información real sobre las vías de transmisión del VIH en función del sexo.



En cuanto a la *orientación sexual*, se ve en la Figura 25 cómo la población homosexual parece ser la más informada ($\bar{X}=14,43$; $DT=2,37$) seguida de la bisexual ($\bar{X}=12,33$; $DT=2,80$) y,

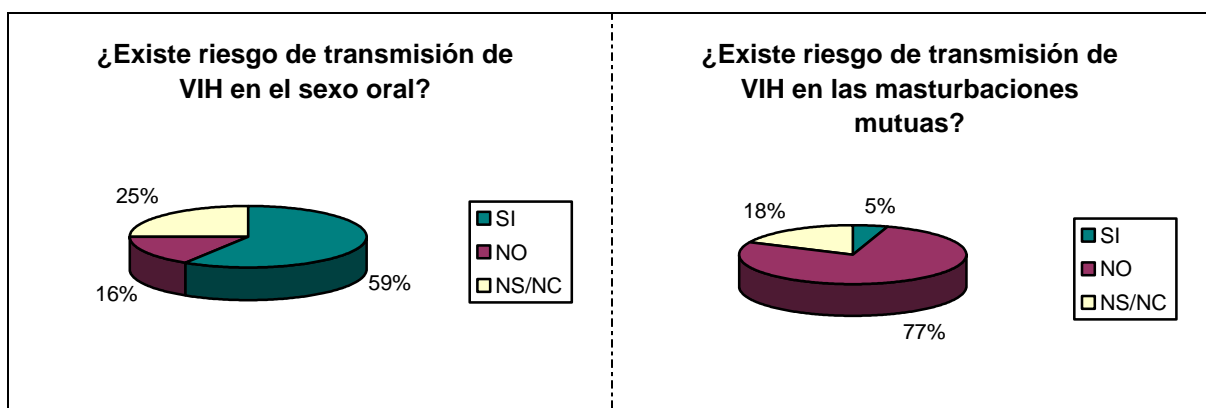
por último, de la heterosexual ($\bar{X} = 12,02$; $DT = 2,68$). Si se analiza la diferencia de estas puntuaciones se observa cómo casi alcanza la significatividad estadística según el ANOVA ($F = 19,48$; $p \leq 0,068$). Además analizando los porcentajes de respuesta, se observa cómo la población heterosexual muestra tener mayor desconocimiento referente a las prácticas sexuales de riesgo (63% responde equivocadamente) que la población bisexual (50% responde equivocadamente) y la homosexual (sólo el 15,3% responde equivocadamente).

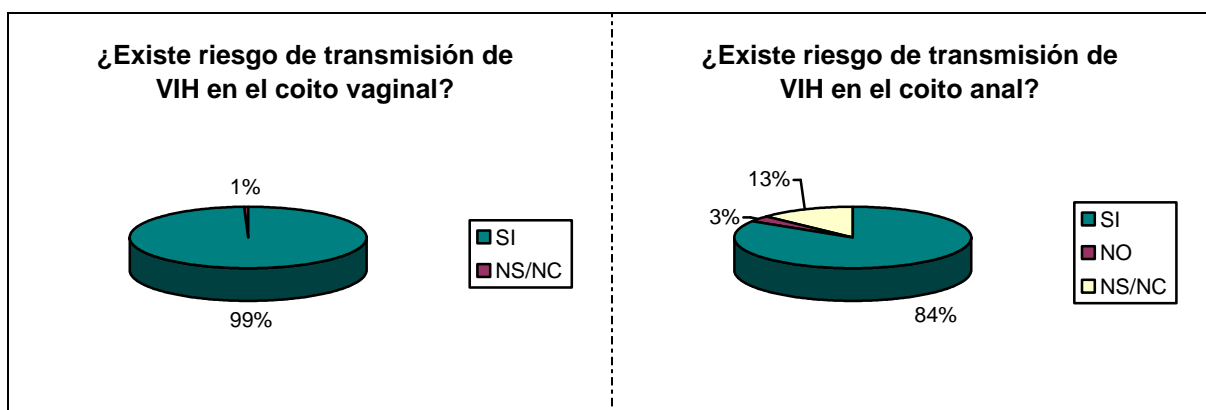
Figura 25. Puntuación Media de la información real sobre las vías de transmisión del VIH en función de orientación sexual



Si se profundiza sobre la variable conocimiento, refiriéndonos concretamente a las prácticas sexuales de riesgo, se puede observar que el desconocimiento y la incertidumbre varían en función de la conducta (ver Figura 26).

Figura 26. Información real de la muestra en función de la práctica sexual.





De esta forma, si bien el riesgo de ciertas prácticas como el coito vaginal es conocido por casi la totalidad de la muestra (99%), ante otras como el sexo oral los sujetos manifiestan más incertidumbre. Así, un 16% de la muestra cree que el sexo oral no es una condición de riesgo y un 25% está insegura sobre la misma de manera que sólo un 59% cree que existe riesgo de transmisión del VIH en el sexo oral. De manera intermedia, se encuentra la incertidumbre que despierta el coito anal pues si bien su potencial peligrosidad es reconocida por el 84%, un 13% todavía no está seguro de la misma y un 3% incluso cree que es una práctica totalmente segura.

Por otra parte, llama la atención el exceso de celo respecto a ciertas prácticas seguras como las masturbaciones mutuas. De hecho, el 5% de la población piensa que es una práctica de riesgo para la transmisión del VIH-Sida y el 18% no está seguro.

Según el sexo destacan ciertas diferencias entre hombres y mujeres, como que el 1% que desconoce la peligrosidad del coito vaginal esté constituido sólo por mujeres dado que el 100% de los hombres está seguro de la respuesta. De igual forma, los hombres conocen de forma más adecuada la peligrosidad para la transmisión del VIH de las otras prácticas. En las masturbaciones mutuas manifiestan desconocimiento el 14% de los hombres y el 28% de las mujeres; en el sexo oral el 30,2% de los hombres y el 44,4% de las mujeres; y en el coito anal, el 9,3% de los hombres y el 18,3% de las mujeres. Consiguientemente las diferencias entre ambos sexos se acercan a la significación estadística ($\chi^2=8,13$; $p \leq 0,087$).

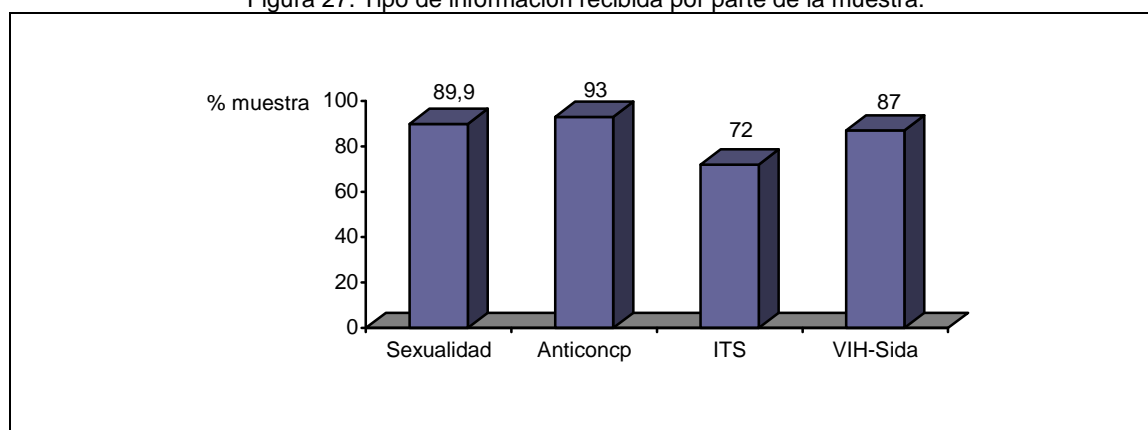
En lo relativo a la *orientación sexual*, la población homosexual parece ser la más informada ya que el 100% de la misma conoce la peligrosidad del sexo oral, el coito vaginal y el coito anal. No obstante, sólo el 85,7% de dicha población reconoce que las masturbaciones no son una práctica de riesgo. De igual forma, esta cifra es

más elevada que la de la población bisexual (83,3%) y la heterosexual (76,5%). Por su parte, la población heterosexual parece ser la más desinformada ya que, en ninguno de los casos, aciertan en su totalidad la respuesta. Sólo el 56,7% reconoce que el sexo oral es una práctica de riesgo, un 84% lo reconoce en el anal y un 99,3% en el vaginal, ya que todavía existe un 0,7% que no lo sabe. Por el contrario, la población bisexual reconoce en un 100% la peligrosidad de esta última práctica, en un 83,3% la práctica anal y en un 66,7% el sexo oral. Si bien la población homosexual es la más informada, en ninguno de los casos se observan diferencias significativas a nivel estadístico según la prueba de Kruskal-Wallis. Es cierto, sin embargo, que se observa una tendencia a la significatividad en el caso del sexo oral ($\text{Chi}^2=4,91$; $p\leq 0,086$).

Otro aspecto destacable en el análisis de la información son las fuentes a través de las cuales se obtiene considerando que el contexto de socialización será vital para la formación de las personas. Por un lado, relativo al tipo de información con la que la persona ha tenido más contacto, es decir, el **tipo de información recibida**.

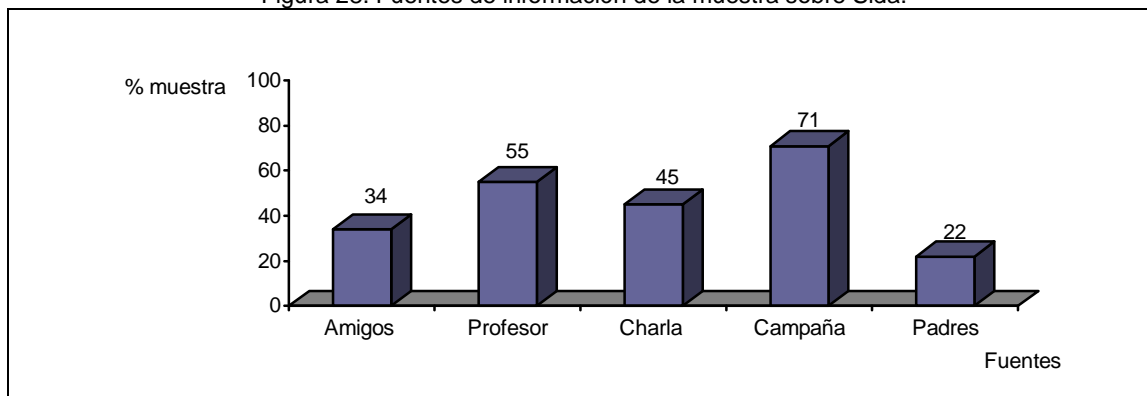
En este sentido, tal y como se observa en la Figura 27, la mayor parte de la población ha recibido algún tipo de información, ya sea sobre sexualidad en general (89,9%), métodos anticonceptivos (93%), Infecciones de Transmisión Sexual (72%) o Sida (87%).

Figura 27. Tipo de información recibida por parte de la muestra.



Por otro lado, interesa conocer a partir de qué **fuentes de información** se recibe dicha información (ver Figura 28). En primer lugar, se sitúan agentes como las campañas comunitarias (71%), los profesores (55%) y las charlas de expertos (45%), seguidos de los amigos (34%) y los padres (22%).

Figura 28. Fuentes de información de la muestra sobre Sida.



A través de estas cifras, se observa que si bien los amigos son importantes en la transmisión de información sobre sexualidad y VIH, otros agentes sociales como los docentes o los expertos, adquieren un mayor protagonismo en estas edades. De hecho, los agentes sociales más alejados del entorno cercano de la población (expertos en campaña) tienen mucha mayor relevancia que los más cercanos (amigos). Cabe aclarar, sin embargo, que desconocemos si los datos serían iguales cuando hablamos de población adolescente.

Si se analizan en función del sexo y de la *orientación sexual* apenas se observan diferencias significativas a nivel estadístico. En realidad, sólo en la información recibida a través de “charlas de experto”, en función del sexo ($\chi^2=4,52$; $p\leq 0,033$), donde las mujeres en mayor medida han reportado este medio de información (50,8%) y no tanto los hombres (31,7%). En lo que respecta a la *orientación sexual*, la única vía de comunicación que muestra cercanía a la significación estadística es la de los “amigos” ($\chi^2=5,04$; $p\leq 0,081$) donde sobre todo los homosexuales (71,4%) hacen referencia a ella, seguidos de los heterosexuales (34%) y de los bisexuales (16,7%).

7.1.2. Actitudes y creencias.

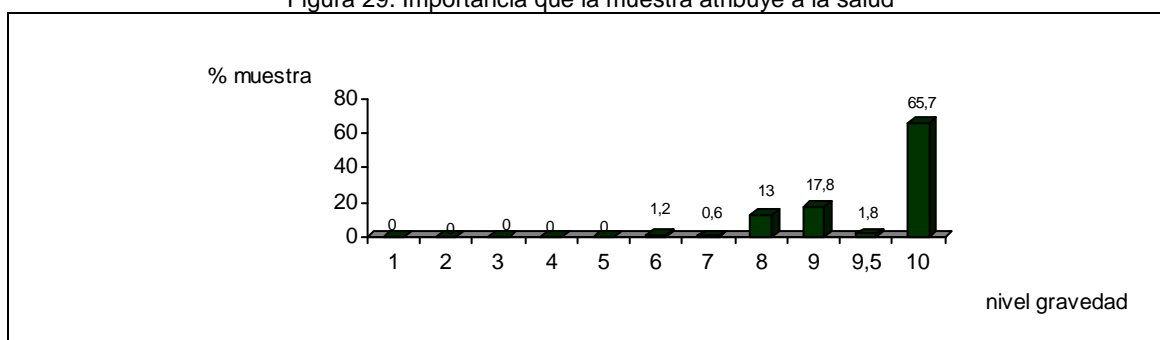
Otro elemento fundamental dentro del estudio de la prevención del VIH-Sida, definido en varios de los modelos sociocognitivos, es de las actitudes y creencias. No sólo respecto a los métodos preventivos o la propia enfermedad, también respecto a la salud en general tal y como señala el modelo de creencias de salud. En este sentido, es necesario recoger un breve análisis de la situación de la muestra.

Tal como indica la Figura 29, parece ser que la **importancia de la salud** es percibida como un elemento vital por la mayor parte de la muestra. Sobre todo, si se considera que la mayoría de los estudiantes (98,3%) dice que su estado de salud es

muy importante para ellos mismos, puntuando más de 8 en una escala de 0 (nada) a 10 (mucho).

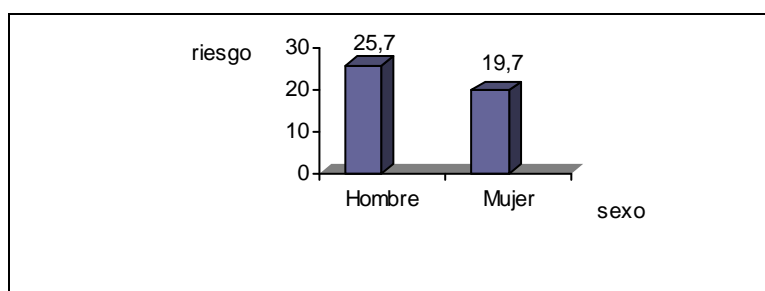
La puntuación media es en todo caso de 9,49 (DT=0,83) y, en función del sexo, parece que las mujeres están algo más preocupadas ($\bar{X}=9,59$; DT=0,70) que los hombres ($\bar{X}=9,17$; 1,07) arrojando incluso diferencias significativas a su favor según la Prueba t ($t=-2,93$; $p\leq 0,004$). Por el contrario, respecto a la *orientación sexual* no se observa dicha significación estadística entre los distintos promedios ($F=1,13$; $p\leq 0,324$).

Figura 29. Importancia que la muestra atribuye a la salud



La **percepción de riesgo** es otra de las variables más estudiadas por los modelos de corte sociocognitivo. Se supone que a medida que el riesgo sea percibido por las personas, será más factible que se eviten conductas que faciliten la transmisión del VIH. Si se pregunta a la muestra sobre la probabilidad percibida de infectarse por el VIH, se observa cómo la sensación de invulnerabilidad es preponderante. En este sentido, la mayoría de los sujetos (90,7%) piensan que no existen tantas probabilidades de infectarse en sus prácticas cotidianas, puntúan menos de 50 en una escala de 0 a 100. De esta puntuación, cabe destacar un 19,5% de la muestra que cree no tener ninguna posibilidad de infectarse. Si el análisis se hace en función del sexo (ver Figura 30), se denota cómo las mujeres parecen percibir menos la posibilidad de infectarse.

Figura 30. Porcentaje de riesgo de infectarse percibido según sexo.



De esta forma, las mujeres puntúan un promedio de 19,7 (DT=26,57) frente al 25,7 (DT=27,14) que presentan los hombres. Sin embargo, dichas diferencias no resultan ser significativas a nivel estadístico ($t=1,25$; $p\leq 0,213$).

Si este mismo análisis se realiza en función de la *orientación sexual*, se observa cómo la población bisexual es la que presenta mayor promedio en percepción de riesgo ($\bar{X}=27,5$; DT=23,18), seguida de la heterosexual ($\bar{X}=21,95$; DT=27,69) y, por último, de la homosexual ($\bar{X}=17,8$; DT=12,86). En este caso, el cálculo del ANOVA tampoco presenta diferencias estadísticas significativas ($F=0,20$; $p\leq 0,815$).

Dentro de esta variable, también se ha analizado la distribución de **atribución de riesgo** a distintos grupos de población (toxicómanos, homosexuales y heterosexuales) en una escala de 0 (ninguna) a 100 (mucha). A nivel global, se observa cómo sobre la población toxicómana se otorga un mayor promedio de riesgo ($\bar{X}=54,57$; DT=16,48), seguida de la población homosexual ($\bar{X}=24,17$; DT=10,03) y de la heterosexual ($\bar{X}=21,41$; DT=13,08).

En función del *sexo*, tal y como se observa en la Tabla 4, se aprecian diferencias entre los promedios que en el caso de la población toxicómana ($t=-2,13$; $p\leq 0,035$) y de la población heterosexual ($t=2,71$; $p\leq 0,007$) llegan a ser significativas. Las mujeres atribuyen en mayor medida el riesgo a toxicómanos y en menor medida a los heterosexuales, en comparación con los hombres.

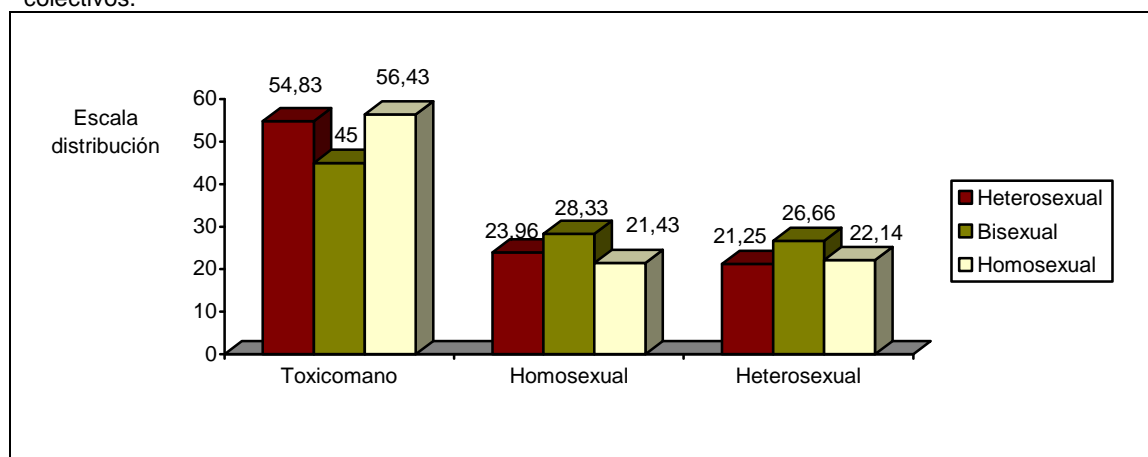
Tabla 4. Porcentaje promedio de atribución de riesgo de la muestra en función del sexo

	Hombre		Mujer	
	\bar{X}	DT	\bar{X}	DT
Toxicómano	49,88	16,68	56,13	16,18
Homosexual	24,54	8,71	24,06	10,46
Heterosexual	26,12	17,58	19,84	10,82

En un análisis conjunto, se observa cómo las percepciones de riesgo también varían en función de la *orientación sexual* de la muestra aunque en este caso, según el cálculo del ANOVA, dichas diferencias no alcanzan la significatividad estadística. Si bien es cierto que los tres grupos atribuyen con mayor riesgo a la población toxicómana, sobre todo en el caso de los homosexuales y heterosexuales, existen más diferencias a la hora de atribuir el riesgo según la *orientación sexual* (ver Figura 31). Así, mientras la población heterosexual percibe algo más riesgo para la población

homosexual ($\bar{X}=23,96$; $DT=9,67$) que para la heterosexual ($\bar{X}=21,25$; $DT=13,39$), la población homosexual percibe algo más de riesgo para la población heterosexual ($\bar{X}=22,14$; $DT=14,39$) que para la homosexual ($\bar{X}=21,43$; $DT=12,15$).

Figura 31. Distribución de percepción de la muestra sobre la probabilidad de transmisión VIH según colectivos.



Si se hace referencia al **miedo que despierta la infección por VIH**, en una escala de 0 (ninguna) a 100 (mucho), los sujetos presentan un promedio de 68,89 ($DT=37$). Si dicho análisis se realiza en función del sexo, se observa una diferencia interesante en cuanto al riesgo percibido de infectarse por el VIH y el temor que despierta dicha posibilidad (Ver Tabla 5). Así mientras las chicas parecen percibir un menor riesgo de contraer el virus que los chicos, tal y como se mostraba en la Figura 30, manifiestan un mayor promedio en cuanto al miedo ante la infección por VIH. Esta diferencia entre ambos sexos, relativa al temor, casi alcanza la significación estadística ($t=-1,88$; $p\leq 0,062$).

Tabla 5. Temor percibido asociado al VIH de la muestra en función del sexo

Hombres		Mujeres		t	p
\bar{X}	DT	\bar{X}	DT		
59,79	38,32	71,99	36,18	-1,88	0,062

Este contraste, entre la población que percibe mayor riesgo y la población que más teme la infección en función del sexo, no se observa si se analizan ambas variables en función de la *orientación sexual*. Por ejemplo, la población bisexual que manifiesta mayor percepción de riesgo de infección por VIH, también presenta la puntuación más alta respecto al miedo ante la infección ($\bar{X}=74,16$; $DT=25,77$) seguida de la heterosexual ($\bar{X}=68,97$; $DT=37,52$) y la homosexual ($\bar{X}=58,57$;

DT=35,79). Tampoco en este caso las diferencias resultan ser significativas en el análisis del ANOVA ($F=454,29$; $p \leq 0,329$).

Como se ha observado en otros estudios, si se hace referencia a los embarazos no deseados, descienden los niveles de preocupación pero aumenta la probabilidad percibida. En una escala de 0 (ninguna) a 100 (mucho), la probabilidad percibida de tener un embarazo ($\bar{X} = 21,29$; $DT=26,76$) es mayor que la probabilidad de infectarse por VIH ($\bar{X} = 25,08$; $DT=29,75$) aún siendo las dos bajas. Sin embargo, el temor de tener un embarazo no deseado ($\bar{X} = 63,70$; $DT=35,21$) presenta menor promedio que el de la infección por VIH ($\bar{X} = 68,89$; $DT=37,01$).

Tal y como se ha comentado, otro aspecto a tener en cuenta en el desarrollo de estrategias de prevención es la percepción que las personas poseen sobre la enfermedad en sí misma. Concretamente, la **percepción de gravedad del VIH-Sida** (Figura 32) ha sido valorada en algunos de los modelos de prevención de salud más relevantes (Fishbein y Ajzen, 1975).

Sobre este aspecto, la muestra estudiada parece ser consciente de la importancia de la enfermedad pues casi la mitad de la población (49,1%) percibe el Sida como una enfermedad fatal y la otra mitad (49,7%) como grave (ver Figura 32).

Figura 32. Nivel de gravedad percibida por la muestra.

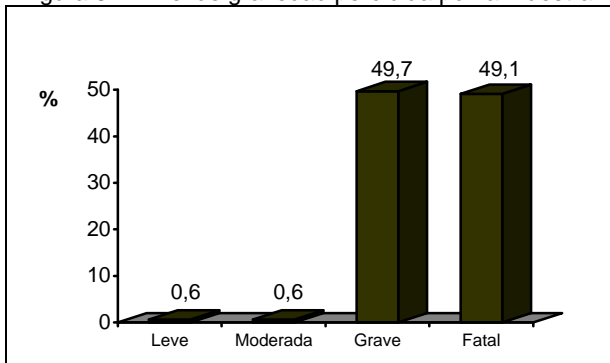
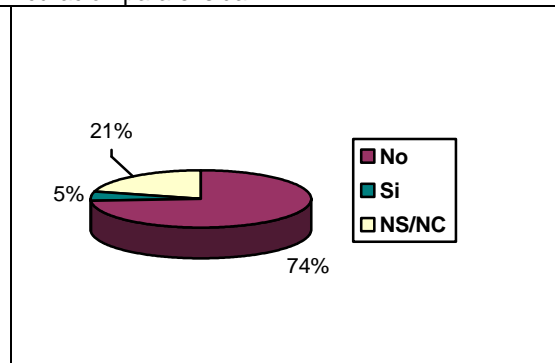


Figura 33. Creencia de la muestra sobre la curación para el sida.



Tal y como indica la Figura 33, existe un porcentaje considerable de personas que reconocen que el Sida no tiene curación total (74%), no obstante, todavía un 21% manifiesta incertidumbre y un 5% cree que sí la tiene. En función del sexo se observa cómo el porcentaje de hombres bien informados sobre la existencia de la curación del Sida (7%) es algo más elevado que el de las mujeres (4,8%). En función de la *orientación sexual*, se aprecia que la población bisexual es la mejor informada (16,7%)

seguida de la homosexual (14,3%) y de la heterosexual (4%). De igual forma, el porcentaje es muy bajo.

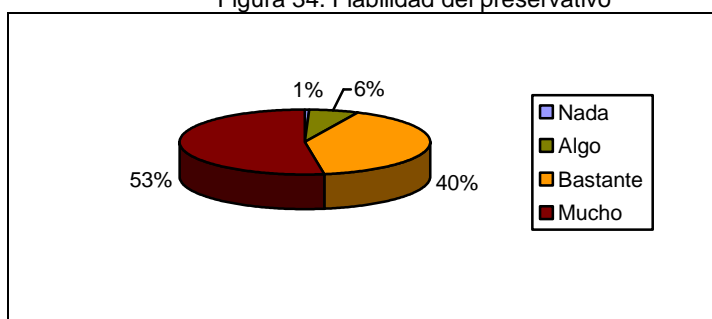
La percepción que las personas tienen sobre el nivel de sufrimiento que ocasiona la enfermedad desde el punto de vista social y físico es otro de los aspectos relevantes. En una escala de 0 (nada) a 100 (mucho), se obtiene un promedio de 86,80 (DT=15,78) que indica cómo los sujetos perciben que una persona infectada por el VIH-Sida sufre bastante. Quizá este hecho es lógico y es más preocupante el que exista un 0,6% de la muestra que puntúe 0 y, por tanto, manifieste que una persona infectada no sufre nada.

La valoración sobre las propias medidas de prevención, en concreto del uso del preservativo, constituye una de las principales variables criterio en la evaluación de la situación de riesgo ante el VIH-Sida. No obstante, antes de profundizar sobre este aspecto, cabe destacar que todavía un 10% de la población universitaria piensa que la píldora o la marcha atrás son métodos eficaces para prevenir la transmisión de VIH.

En el análisis de la percepción sobre el preservativo se diferencian diversos aspectos. Por un lado, cabe hacer referencia a la **confianza en el uso del preservativo** puesto que, probablemente, en la medida en que las personas creen que su empleo es efectivo lo emplearán con mayor probabilidad. En este sentido, casi la mitad de la muestra (47%) tiene alguna duda sobre la eficacia del mismo y el 20% de la población cree que el VIH podría atravesar el preservativo durante la relación.

Como se observa en la Figura 34, el 40% de la muestra lo considera bastante fiable, el 6% algo y el 1% nada efectivo, mientras sólo un 53% lo considera muy fiable.

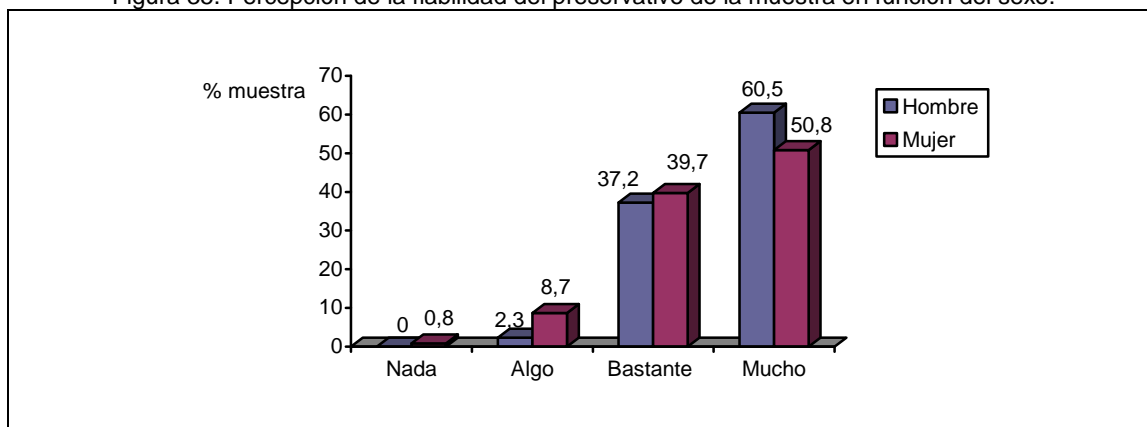
Figura 34. Fiabilidad del preservativo



Si se analiza la percepción de fiabilidad en función del sexo, se puede observar una ligera variación no significativa a nivel estadístico que indica cómo los hombres perciben más eficaz el empleo de este método preventivo ($t=1,53$; $p \leq 0,126$). En la

línea de lo ya comentado, en la Figura 35 se aprecia que casi el 50% de las mujeres y el 40% de los hombres presentan alguna duda sobre su eficacia. Más todavía, casi un 1% de la población femenina cree que el preservativo no tiene ninguna fiabilidad en la prevención del VIH-Sida.

Figura 35. Percepción de la fiabilidad del preservativo de la muestra en función del sexo.

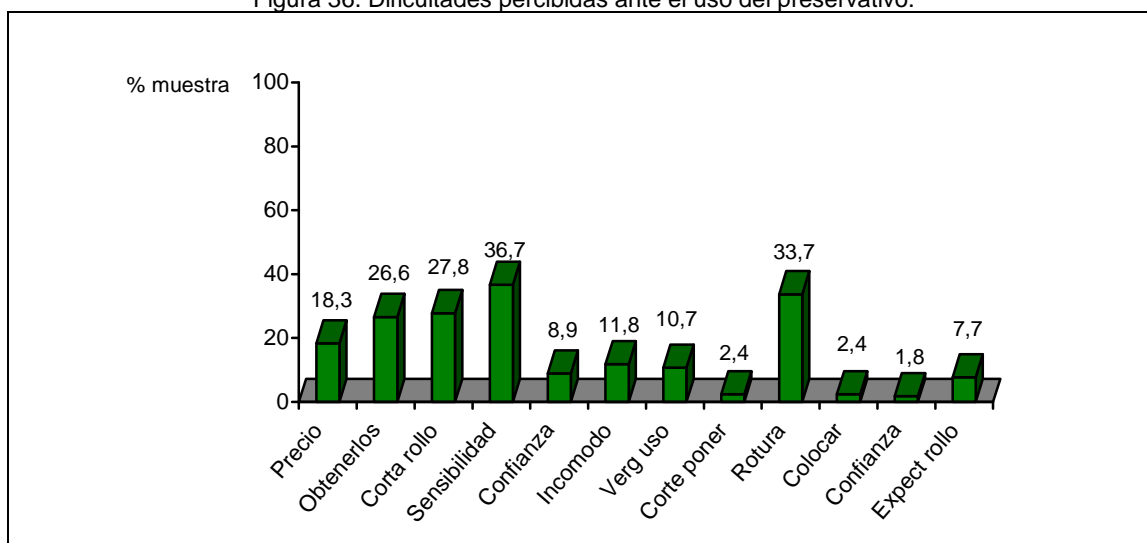


En función de la *orientación sexual* se observa cómo la población bisexual arroja, de nuevo, los resultados más positivos considerando un 66,7% de la misma que el preservativo es un método muy fiable. Le sigue la población homosexual, ya que un 57,1% de la misma también considera que es muy fiable y la heterosexual con un 53,3%. Cabe destacar que en ésta última, existe un 0,7% que considera que no es nada fiable. Analizando los promedios arrojados por la escala sobre la fiabilidad del preservativo se observa cómo la población bisexual ($\bar{X}=2,50$; $DT=0,84$) manifiesta mayor fiabilidad, seguida de la heterosexual ($\bar{X}=2,45$; $DT=0,65$) y la homosexual ($\bar{X}=2,43$; $DT=0,79$). Sin embargo, a través del estadístico del MANOVA ($F=0,02$; $p\leq 0,981$) se observa cómo dichas diferencias no son significativas a nivel estadístico.

Continuando con el análisis del preservativo, la mayor parte de la muestra (73,3%) cree que su uso presenta algún tipo de inconveniente. Según el *sexo*, los hombres (81,4%) encuentran dificultades en mayor medida que las mujeres (67,5%). Según la *orientación sexual*, se ve cómo la población bisexual es la que encuentra problemas en mayor medida (100%), seguida de la heterosexual (79,3%) y de la homosexual (42,9%). En ninguno de los casos anteriores, las diferencias resultan ser significativas a nivel estadístico, ni en el caso del *sexo* ($\chi^2=5,50$; $p\leq 0,357$), ni en el de la *orientación sexual* ($\chi^2=1,39$; $p\leq 0,499$). Sin embargo, estos datos también son relevantes porque la percepción de **ventajas e inconvenientes sobre el uso del preservativo** se ha revelado como una cuestión central en la prevención del VIH-Sida.

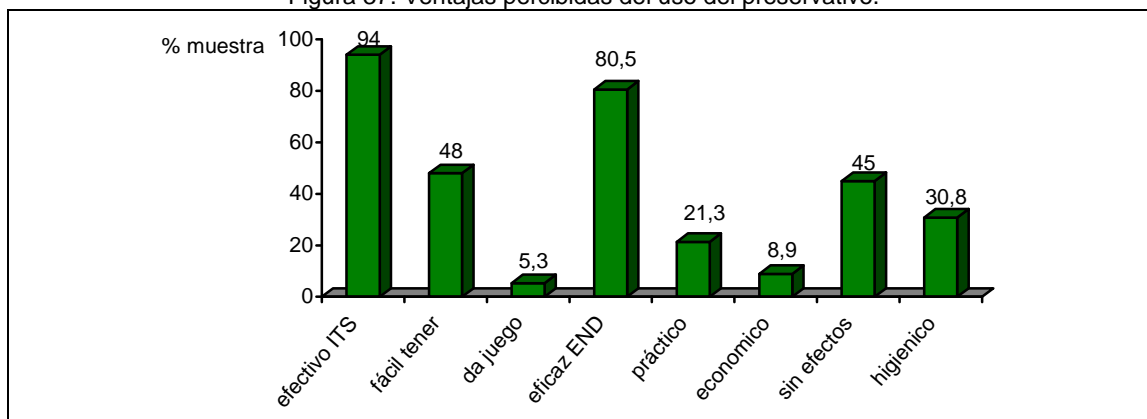
Dentro de las dificultades que las personas manifiestan para su uso, se encuentran diversos argumentos clásicos en la prevención del VIH-Sida. En esta línea, las ideas más destacadas son (ver Figura 36): la pérdida de sensibilidad con la pareja (36,7%), la posibilidad de rotura al usarlo (33,7%), corta el “rollo” (27,8%) y la dificultad para obtenerlos (26,6%). Otras ideas que aparecen con menor frecuencia son: el elevado precio de los preservativos (18,3%), la incomodidad de usarlos (11,8%), la vergüenza al usarlos (10,7%) o el que piensen que puedes buscar “rollo” por llevarlos (7,7%). Otros argumentos como el pensar que se pone en duda la confianza de la pareja también son observados (1,8%).

Figura 36. Dificultades percibidas ante el uso del preservativo.



Por el contrario, como se ha mencionado anteriormente, la muestra también reconoce algunos beneficios en el uso del preservativo (ver Figura 37). Dentro de las más destacadas se encuentra: la efectividad en la prevención de riesgos como el Sida y otras ITS (94%), además de los embarazos no deseados (80,5%) y el que facilite la higiene durante la relación sexual (30,8%).

Figura 37. Ventajas percibidas del uso del preservativo.



Si se incluye la variable sexo, dentro de este análisis, se observa cómo existen ciertos matices en la apreciación de problemas e inconvenientes en función de ser mujer u hombre. De esta forma, parece que todavía las mujeres manifiestan más vergüenza a la hora de usar el preservativo (Mujeres=11%; Hombres=7%) y creen que es más complicado su uso (Mujeres=54%; Hombres=47%), aunque no se observan diferencias estadísticas significativas, ni respecto a la vergüenza ($\text{Chi}^2=0,82$; $p\leq 0,366$), ni respecto a la complejidad de su uso ($\text{Chi}^2=0,00$; $p\leq 0,984$). Por el contrario, en menor medida sienten que su empleo sea incómodo (Mujeres=7,9%, Hombres=23,3%) o que llevarlo signifique el que una persona busque una relación sexual (Mujeres=6,3%; Hombres=11,6%). Si bien tampoco se ven diferencias significativas a nivel estadístico en atribuir que alguien busca una relación sexual por llevarlo ($\text{Chi}^2=1,26$; $p\leq 0,262$), sí lo son respecto a la incomodidad ($\text{Chi}^2=7,21$; $p\leq 0,007$).

Sin embargo, otros argumentos relevantes como el que “corta el rollo” casi se manifiestan en la misma medida (Mujeres=27,8%; Hombres=27,9%) y, por tanto, no arrojan diferencias estadísticamente significativas ($\text{Chi}^2=0,00$; $p\leq 0,987$). De igual forma, se observa cómo las ventajas más frecuentes en la muestra lo son en similar porcentaje en hombres y mujeres: la efectividad ante el VIH-Sida y otras ITS (Mujeres=95,2%; Hombres=90,7%), la prevención de embarazos (Mujeres=81,7%; Hombres=76,7%) y el que no tenga efectos secundarios (Hombres=46,5%; Mujeres=44,4%). Ni en el primer caso en atribuir efectividad ante el VIH-Sida y otras ITS ($\text{Chi}^2=1,19$; $p\leq 0,276$), ni en el segundo en reconocer la capacidad preventiva de embarazos ($\text{Chi}^2=0,51$; $p\leq 0,475$), ni en el tercero en razonar que no tiene efectos secundarios ($\text{Chi}^2=0,05$; $p\leq 0,814$) las diferencias son significativas a nivel estadístico. Algunas desigualdades se observan en otros argumentos como la facilidad del uso (Hombres=53,5%; Mujeres=46%) y de la higiene (Hombres=37,2%; Mujeres=28,2%) en la que los hombres presentan mayor porcentaje, o el que su uso sea práctico (Mujeres=22,2%; Hombres=18,6%) donde las mujeres presentan mayor porcentaje. Tal y como ocurriría con las últimas variables, ni en el caso de la facilidad de uso ($\text{Chi}^2=0,71$; $p\leq 0,398$), ni en la higiene ($\text{Chi}^2=1,12$; $p\leq 0,289$), ni en su practicidad ($\text{Chi}^2=0,25$; $p\leq 0,617$) se observan diferencias significativas a nivel estadístico.

En función de la *orientación sexual* se observa cómo la población heterosexual encuentra más inconvenientes a la hora de encontrarlos (27,7% frente a 16,7% de bisexuales y 14,3% de homosexuales) y manifiesta un mayor temor ante una posible rotura (36% frente al 0% de bisexuales y homosexuales), ni en el primer caso

($\text{Chi}^2=0,88$; $p\leq 0,641$) ni en el segundo ($\text{Chi}^2=4,66$; $p\leq 0,097$) se observan diferencias estadísticas significativas aunque se acerca más en éste último. La población bisexual, piensa en mayor medida que “corta el rollo” (50% frente al 42,9% de homosexuales y 26,7 de heterosexuales) y que se pierde sensibilidad (66,7% frente al 36% de heterosexuales y al 14,3% de homosexuales), sin ser las diferencias significativas en cuanto a “cortar el rollo” ($\text{Chi}^2=2,31$; $p\leq 0,315$) o la pérdida de sensibilidad ($\text{Chi}^2=3,85$; $p\leq 0,146$). Por su parte, los homosexuales consideran en mayor medida que es una muestra de poca confianza (14,3% frente al 1,3% de heterosexuales y al 0% de bisexuales) y que son incómodos de usar (28,6% frente al 12% de heterosexuales y al 0% de bisexuales), siendo las diferencias significativas a nivel estadístico en el primer caso ($\text{Chi}^2=6,29$; $p\leq 0,043$) pero no en el segundo ($\text{Chi}^2=2,56$; $p\leq 0,278$). Por el contrario, la población homosexual es la que considera en mayor medida que su uso es fácil (71,4% frente al 48,7% de los heterosexuales y al 16,7% de bisexuales) y que permite una mayor higiene (42,9% frente al 32% de heterosexuales y al 0% de homosexuales), sin ser significativas las diferencias estadísticas entre los tres grupos ni respecto a la facilidad de su uso ($\text{Chi}^2=0,38$; $p\leq 0,828$) ni sobre la higiene ($\text{Chi}^2=3,18$; $p\leq 0,204$). La población heterosexual destaca con más frecuencia que no tenga efectos secundarios (46,7% frente al 33,3% de la bisexual y al 28,6 de la homosexual) sin ser significativa la diferencia a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=1,24$; $p\leq 0,538$) y la bisexual que es eficaz contra los embarazos (100% frente al 81,3% de heterosexuales y el 28,6% de homosexuales) siendo dicha diferencia significativa a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=13,03$; $p\leq 0,001$).

Por otro lado, las creencias que una persona percibe en su entorno sobre el preservativo constituyen otro elemento relevante en la construcción de su propia evaluación sobre el método. Por lo que se refiere a las **creencias normativas** respecto al preservativo, todavía existe un porcentaje de los estudiantes (1,8%) que piensa que sus amigos no ven bien que se use el preservativo. Aunque en un primer término dicho porcentaje parezca minoritario es importante ser conscientes que sus consecuencias pueden ser muy relevantes en el trabajo de prevención de la transmisión del VIH.

Si se analiza esta cifra en función del sexo, se observa cómo el profiláctico es más apreciado entre la población femenina que entre la masculina. Así, mientras un 2,4% de los hombres piensa que no está bien considerado el preservativo en su

entorno, la cifra alcanza sólo un 1,6% entre las mujeres. Sin embargo, dicha diferencia no resulta ser significativa a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=0,11$; $p\leq 0,737$).

También cabe resaltar la diferencia que se puede encontrar en los grupos de la muestra en función de su *orientación de deseo sexual*. En este sentido, mientras la población homosexual y bisexual piensa que todas las personas de su entorno ven bien el preservativo, existe un 2% de la población heterosexual que cree que sí está mal visto. Tampoco en este caso, los análisis estadísticos muestran significación entre dichas diferencias ($\text{Chi}^2=0,26$; $p\leq 0,876$).

La capacidad que una persona cree que tiene para afrontar una situación sexual de riesgo con éxito, es decir, la **autoeficacia** de la persona para realizar una práctica sexual segura, se ha destacado como una de las variables más importantes en la prevención del VIH-Sida.

En este sentido, es relevante conocer que casi la totalidad de la muestra (95,9%) no se siente totalmente segura en el abordaje de una situación sexual con riesgo. La mayor parte de los sujetos presentan relativa autoconfianza para resolver situaciones sexuales de riesgo, con una media de 34,41 (DT=4,58) en una escala de 0 (ninguna) a 42 (mucho). Según el *sexo*, las mujeres parecen estar algo más seguras ($\bar{X}=34,62$; DT=4,39) que los hombres ($\bar{X}=33,81$; DT=5,12) aunque dicha diferencia no resulta ser significativa según la Prueba t ($t=-0,99$; $p\leq 0,324$). En función de la *orientación sexual*, se aprecia cómo la población homosexual se siente algo más segura ($\bar{X}=36,57$; DT=7,32) que la heterosexual ($\bar{X}=34,32$; DT=4,44) y la bisexual ($\bar{X}=31,40$; DT=4,45). Tampoco estas diferencias resultan ser significativas a nivel estadístico ($F=1,86$; $p\leq 0,159$).

Es necesario reconocer que un buen abordaje de la variable autoeficacia requiere de una comprensión integral de la conducta sexual humana y, por tanto, de las múltiples actividades que implica la realización de una conducta preventiva. Continuando con el análisis, se presenta por separado la autopercepción de eficacia de la muestra en algunas situaciones previas y de la propia relación sexual. En la Tabla 6, se observa cómo los sujetos se sienten seguros a la hora de proponer el uso del preservativo sin considerar que, por eso, otros podrían pensar que padecen alguna ITS ($\bar{X}=5,58$; DT=0,84) o serían rechazados por sugerir el uso del preservativo ($\bar{X}=5,50$; DT=0,79). Por el contrario parecen mostrar más inseguridad en lo que

respecta a la compra de los preservativos ($\bar{X}=4,41$; $DT=1,45$), la posibilidad de parar en un momento de excitación ($\bar{X}=4,50$; $DT=1,41$) o la incomodidad de ponerlo en la relación sexual ($\bar{X}=4,61$; $DT=1,53$).

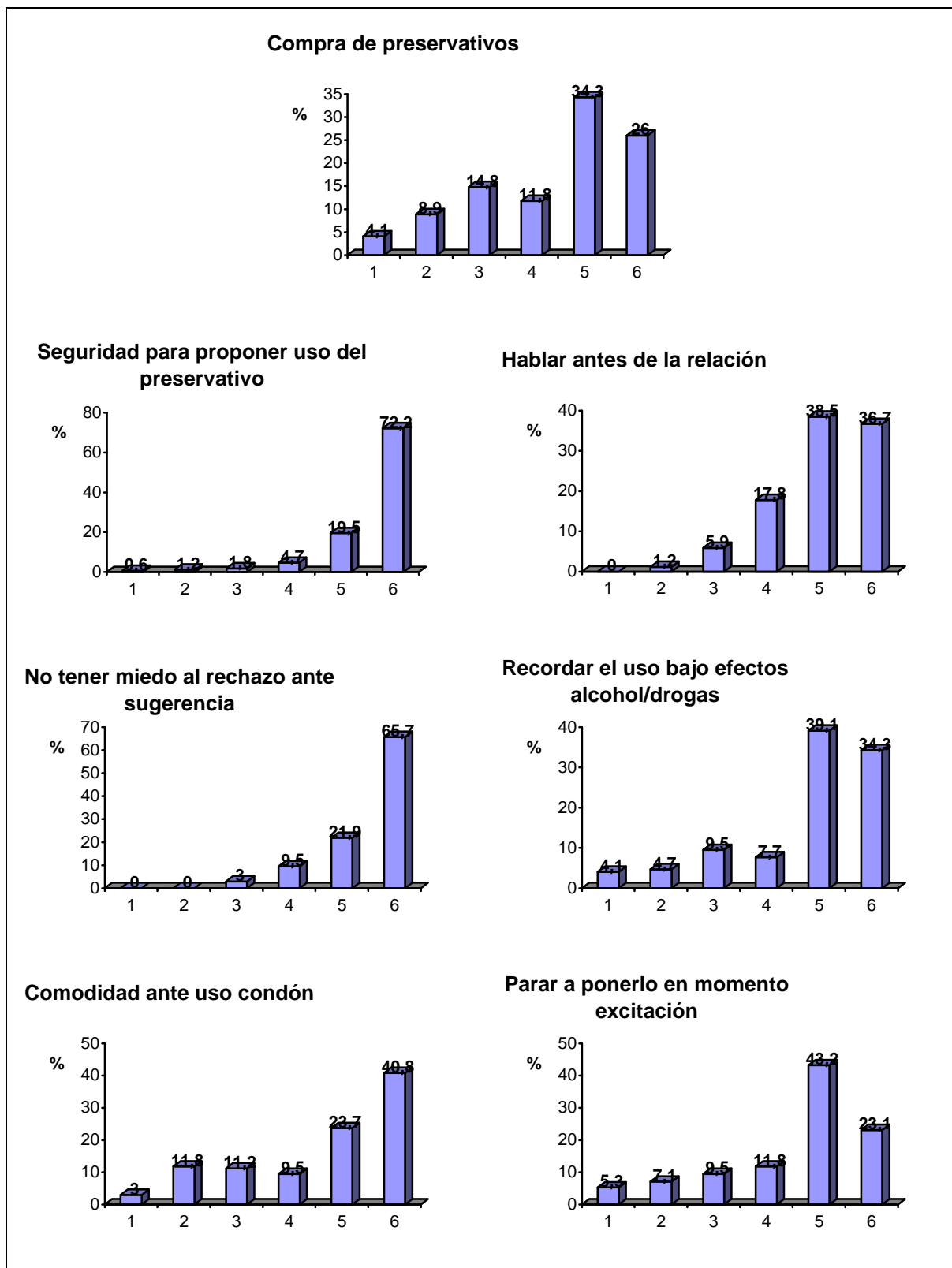
Tabla 6. Puntuaciones medias de la percepción de la Autoeficacia desglosada en la muestra

Ítem	\bar{X}	DT
Me sentiría cómodo a la hora de comprar el preservativo.	4,41	1,45
Me resultaría cómodo hablar del uso antes de la relación.	5,03	0,94
Miedo al rechazo al proponer su uso.	5,50	0,79
Incomodidad de proponerlo porque el otro piense que tengo una ITS	5,58	0,84
Seguridad de recordar su uso aunque se haya consumido alcohol/drogas.	4,77	1,36
Incomodidad para ponerlo	4,61	1,53
Seguridad de parar en un momento de excitación.	4,50	1,41

Si se profundiza un poco más el análisis de la autoeficacia (ver Figura 38), cabe destacar cómo la mayor parte de la muestra manifiesta no estar totalmente segura de su capacidad para afrontar momentos previos a la conducta sexual de riesgo como: la compra de los preservativos (74%) o comentar antes de la relación el uso del preservativo (63,3%). Asimismo, tampoco parece que la muestra esté convencida de poder llevar a cabo la conducta preventiva durante la propia relación, sobre todo ante los efectos del alcohol o drogas (65,7%) o porque la relación ya alcance unos niveles de excitación considerables (76,9%).

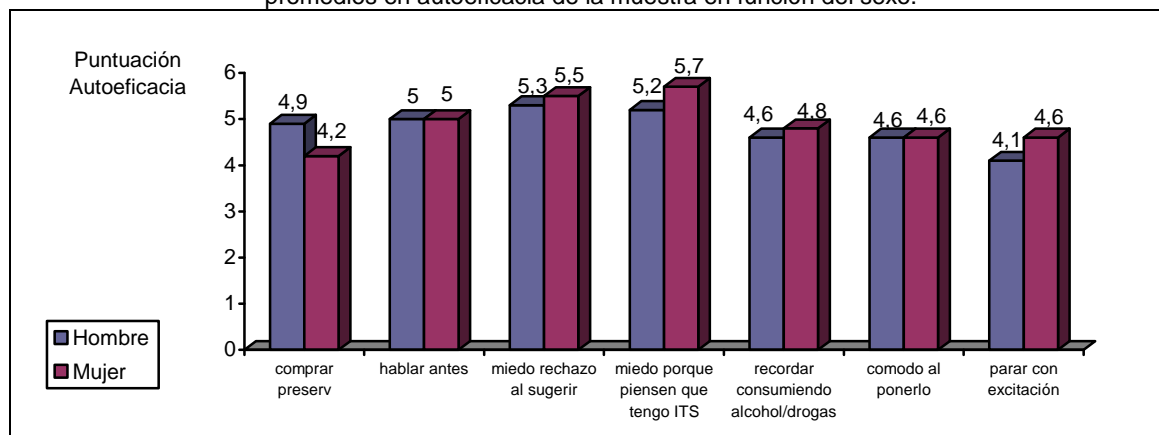
En líneas generales, los aspectos más vulnerables que se observan se relacionan con la comunicación, respecto a las conversaciones previas a la relación (sólo el 36,7% se siente muy seguro de poder hacerlo), recordar la necesidad de usarlo habiendo consumido drogas o alcohol (sólo el 34,3% cree que podría hacerlo) o parar a poner el preservativo en un momento de excitación elevada (sólo el 23,1 manifiesta que lo haría).

Figura 38. Autoeficacia de la muestra en conductas preventivas.



Al igual que en otras variables, se observan algunas *diferencias entre hombres y mujeres* respecto a su valoración de autoeficacia, sobre todo según el aspecto concreto que se trate (ver Figura 39).

Figura 39. Escala de promedios en autoeficacia de la muestra en función del sexo.



En este sentido, parece que los hombres se sienten más seguros en aspectos como "comprar el preservativo" ($\bar{X}_{\text{Hombres}}=4,9$; $\bar{X}_{\text{Mujeres}}=4,2$), dicha diferencia resulta ser significativa a nivel estadístico ($t=2,63$; $p\leq 0,009$). Mientras se observa cómo las mujeres se sienten más seguras en "la capacidad de parar a poner el preservativo en un momento de excitación" ($\bar{X}_{\text{Mujeres}}=4,6$; $\bar{X}_{\text{Hombres}}=4,1$) y en "no tener miedo al rechazo a la hora de proponer el uso del preservativo porque piensen que padecen una ITS" ($\bar{X}_{\text{Mujeres}}=5,7$; $\bar{X}_{\text{Hombres}}=5,2$), también en estas situaciones las diferencias resultan ser significativas tanto en el primer caso ($t=-2,21$; $p\leq 0,029$) como en el segundo ($t=-3,92$; $p\leq 0,000$). Igualmente es cierto que hay ciertas conductas en las que ambos sexos obtienen los mismos resultados, como "hablar antes de la relación sexual del uso del preservativo" ($\bar{X}_{\text{Hombres}}=5$; $\bar{X}_{\text{Mujeres}}=5$) o "estar cómodo al ponerlo" ($\bar{X}_{\text{Hombres}}=4,6$; $\bar{X}_{\text{Mujeres}}=4,6$). Como es lógico, ni en la situación referida al diálogo previo ($t=-0,10$; $p\leq 0,922$) ni en la relacionada con la comodidad en su uso ($t=0,06$; $p\leq 0,951$) se dan diferencias estadísticamente significativas.

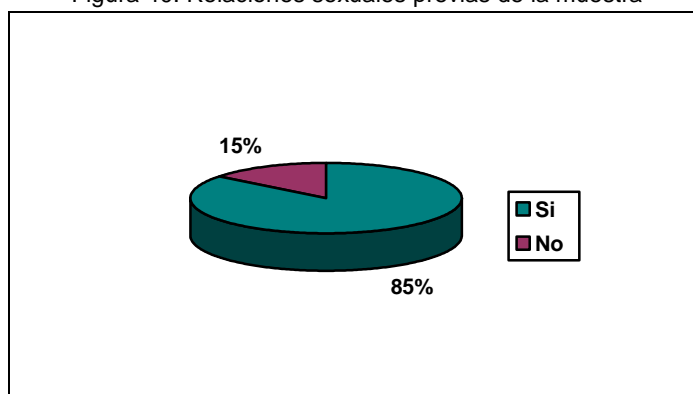
En otro orden de cosas, los sujetos opinan que **conocen bien el manejo del preservativo**, puntuando 81,89 en una escala de 0 a 100, aunque es cierto que existe mucha variabilidad en la respuesta ($DT=18,03$). Asimismo, los sujetos creen que conocen los aspectos en los que deben fijarse para conocer la calidad del preservativo, puntuando 75 ($DT=21,82$) en una escala similar. En función del sexo, se observa cómo los hombres manifiestan estar más seguros de sus conocimientos en

cuanto a la forma de utilizar el preservativo, con una media de 84,23 (DT=18,78) frente a la media de las mujeres de 81,09 (DT=17,76), aunque las diferencias no son significativas a nivel estadístico ($t=0,98$; $p\leq 0,326$). Lo mismo ocurre respecto al reconocimiento de aquellos aspectos que demuestran que un preservativo es válido para su uso, donde los hombres tienen una media de 80,61 (DT=20,29) y las mujeres de 73,89 (DT=22,15) sin presentar diferencias estadísticas significativas según el cálculo de la Prueba t ($t=1,71$; $p\leq 0,090$). No obstante, hay que ser conscientes de que estos resultados provienen de un autoinforme y no de un método de observación directa lo que podría conllevar ciertos sesgos.

7.1.3. Comportamiento sexual

Conocer los hábitos y tradiciones sexuales de la muestra también será necesario para introducir unas estrategias de prevención de riesgos adaptadas, aceptadas y mantenidas por la población. De entrada, tal como se muestra en la Figura 40, la mayoría de la muestra (85%) manifiesta que ha mantenido algún tipo de relación sexual con otras personas mientras sólo el 15% de la población dice que no lo ha hecho.

Figura 40. Relaciones sexuales previas de la muestra

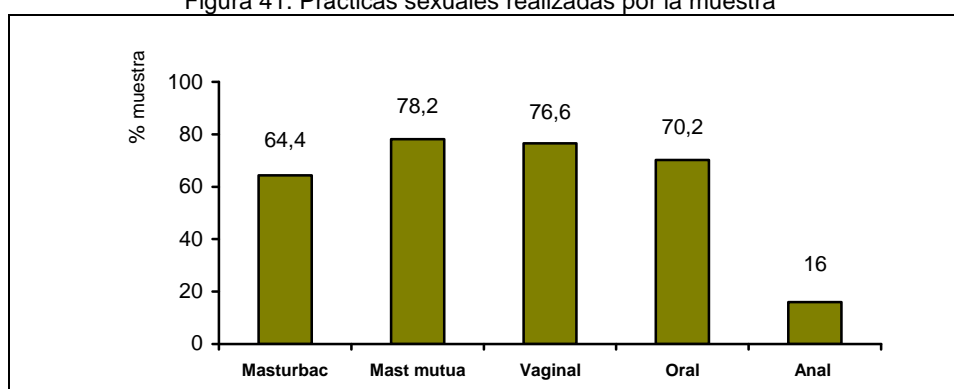


En función del sexo se observan leves diferencias entre hombres (87,8%) y mujeres (84,6%). Sin embargo, en función de la *orientación sexual* de la persona se aprecian más diferencias. Tanto la población homosexual como la bisexual manifiesta en su totalidad haber mantenido prácticas sexuales, frente a un 16% de la muestra heterosexual que dice no haberlas practicado todavía. No obstante, en ninguno de los casos las diferencias son significativas a nivel estadístico, ni en cuanto al sexo ($\chi^2=0,26$; $p\leq 0,610$) ni en cuanto a la orientación sexual ($\chi^2=2,44$; $p\leq 0,295$).

Dentro del grupo que manifiesta haber realizado prácticas sexuales, aproximadamente un 60% dice haberlas experimentado con dos o más personas. Por otra parte, alrededor de un 7% dice haberlas tenido con personas de su mismo sexo. Estos últimos datos coincidirían con el porcentaje de la población que se identifica con una orientación del deseo homosexual.

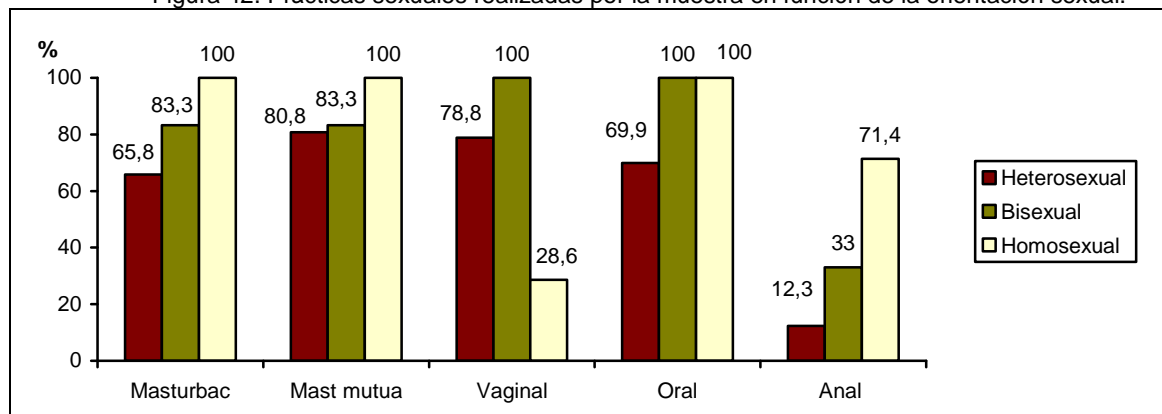
Respecto al **tipo de prácticas sexuales** (Figura 41), en un acercamiento general se observa cómo la masturbación mutua (78,2%) y el coito vaginal (76,6%) son las prácticas más frecuentes entre los estudiantes, seguidas de cerca del sexo oral (70,2%), la masturbación (64,4%) y por último del coito anal (16%), práctica menos realizada.

Figura 41. Prácticas sexuales realizadas por la muestra



Si esta misma información se analiza en función de la *orientación sexual* (ver Figura 42) se observa cómo existe diferencia en la frecuencia de realización de dichas prácticas. Mientras las masturbaciones mutuas son las prácticas más realizadas por la población heterosexual (80,8%), seguidas del coito vaginal (78,8%) y del sexo oral (69,9%); las prácticas más extendidas entre la población homosexual parecen ser la masturbación solitaria o mutuas (100%) y el sexo oral (100%). Por su parte, entre la población bisexual parece estar más extendido el coito vaginal (100%), seguido del sexo oral (100%) y de las masturbaciones mutuas o en solitario (83,3%). Otro dato a destacar es la diferencia que existe en cuanto a la práctica del sexo anal, ya que mientras un 71,4% de la población homosexual la practica, sólo la realiza un 33% de la bisexual y un 12,3% de la heterosexual. Dichas diferencias resultan ser significativas a nivel estadístico en éste caso ($\text{Chi}^2=17,54$; $p\leq 0,000$) y también en el del coito vaginal ($\text{Chi}^2=11,36$; $p\leq 0,003$). Casi lo resultan en la práctica del sexo oral ($\text{Chi}^2=5,38$; $p\leq 0,068$), pero no lo son ni en las masturbaciones ($\text{Chi}^2=4,25$; $p\leq 0,120$) ni en las masturbaciones mutuas ($\text{Chi}^2=1,65$; $p\leq 0,439$).

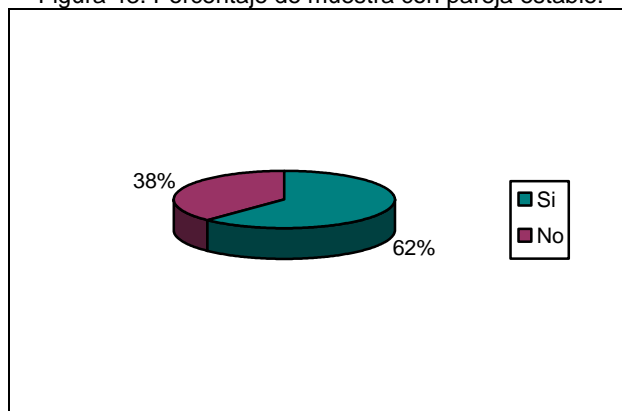
Figura 42. Prácticas sexuales realizadas por la muestra en función de la orientación sexual.



En función del sexo se observa que si bien en ciertas prácticas como las masturbaciones mutuas se aprecian resultados similares (el 81% de ambas poblaciones lo practican), en otras presentan cifras muy distantes. Por ejemplo, mientras el 95% de los hombres manifiesta masturbarse sólo lo hace el 57% de las mujeres y, mientras el 23,3% de los hombres dice practicar el coito anal sólo dice realizarlo el 12,4% de las mujeres. Sin embargo sólo se encuentran diferencias a nivel significativo en el caso de la masturbación en solitario ($\text{Chi}^2=21,10$; $p\leq 0,000$), ni en el caso de las masturbaciones mutuas ($\text{Chi}^2=0,003$; $p\leq 0,954$), el coito vaginal ($\text{Chi}^2=1,96$; $p\leq 0,161$), el sexo oral ($\text{Chi}^2=2,58$; $p\leq 0,109$) ni el coito anal ($\text{Chi}^2=3,20$; $p\leq 0,203$).

Por otro lado, un porcentaje considerable de la población (62%) manifiesta tener una **pareja estable** (Figura 43). En este aspecto, sí se observa una diferencia por sexo que resulta ser significativa a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=5,07$; $p\leq 0,024$). Mientras un 60% de las mujeres dice mantener una relación estable, la reconoce un 40% de los hombres. Si se realiza dicho análisis en función de la *orientación sexual*, se observa cómo los porcentajes son bastante similares y no arrojan diferencias estadísticamente significativas ($\text{Chi}^2=0,13$; $p\leq 0,939$).

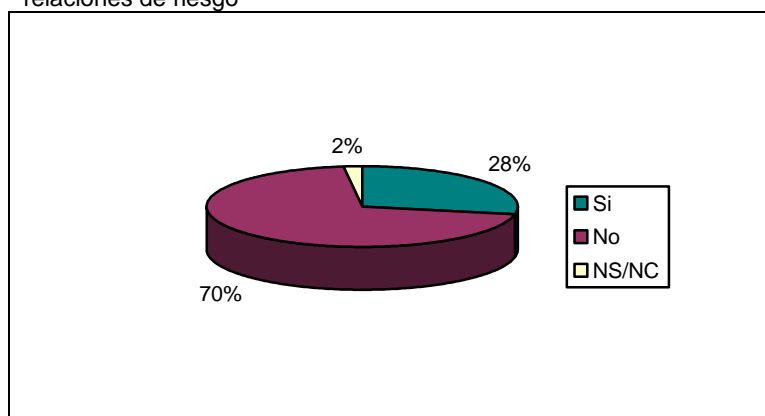
Figura 43. Porcentaje de muestra con pareja estable.



De hecho, mientras un 62% de la población heterosexual dice tener una relación estable, lo manifiesta un 66% de la bisexual y un 57% de la homosexual. En la observación de estos datos, cabría tener en cuenta algunas hipótesis lanzadas por varios estudios (Bimbela et al, 2007; Vinaccia et al, 2007) que ponen en cuestionamiento la concepción de la pareja estable en población juvenil en cuanto al compromiso y la temporalidad que implican.

En otro término, una variable fundamental para la prevención del VIH-Sida es la propia experiencia de la población en conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH. De entrada, es importante destacar que un 28% de la muestra tiene la **percepción de haber realizado una práctica de riesgo de transmisión** y que un 2% de la misma desconoce si la ha realizado o no (ver Figura 44).

Figura 44. Porcentaje de la muestra que cree haber mantenido relaciones de riesgo

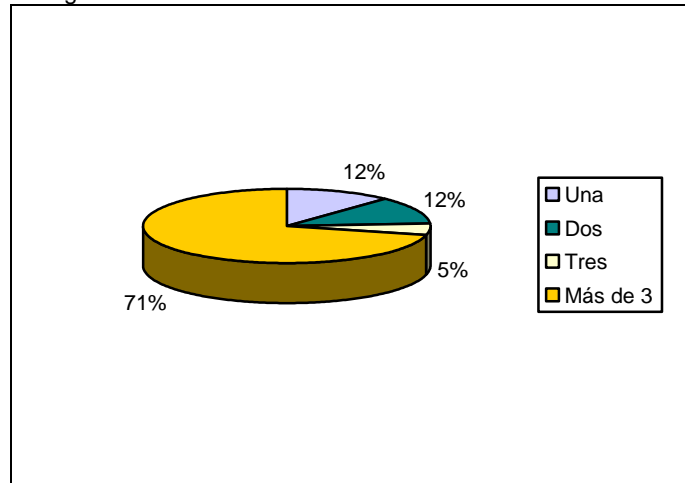


Como ocurre con otras variables, se observan algunas diferencias en función del sexo y, sobre todo, en función de la *orientación sexual*. Así, parece que la población masculina manifiesta una mayor tendencia a haber realizado prácticas de riesgo que la femenina (Hombres=39%; Mujeres=25,2%) aunque dicha diferencia no es significativa ($\text{Chi}^2=2,87$; $p \leq 0,091$). Por otro lado, la población bisexual se muestra con una mayor conciencia de haber mantenido alguna relación sexual de riesgo (83%), seguida de la población homosexual (57%) y, por último, de la heterosexual (25%). En este caso, las diferencias sí resultan ser significativas ($\text{Chi}^2=12,17$; $p \leq 0,002$).

Si se pregunta a la población por el número de las conductas realizadas, es notable constatar que el 71% informa haber participado en más de tres relaciones de riesgo aumentando en gran medida su exposición al riesgo (ver Figura 45). En la consideración de estos datos, cabría analizar en qué medida los juicios que cada

persona ha emitido sobre el nivel de riesgo de su actividad sexual se ajusta a la realidad, especialmente, considerando que una buena parte de la población tiene carencias en sus conocimientos respecto a cuáles son las prácticas de riesgo.

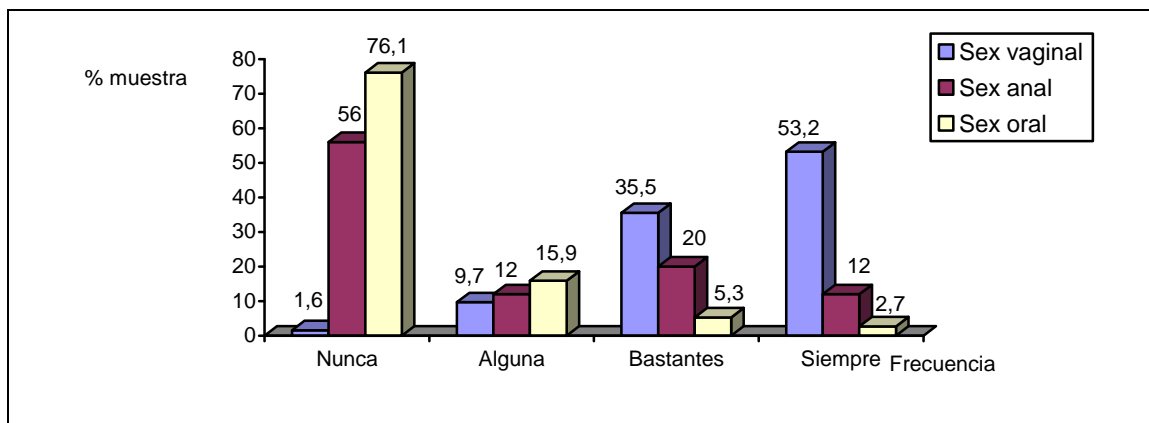
Figura 45. N° veces que la muestra ha realizado práctica de riesgo



La propia realización de la **conducta preventiva** supone la variable fundamental en el abordaje de la prevención del VIH-Sida. En realidad, las variables ya mencionadas cobran sentido en cuanto contribuyen a que la conducta preventiva exista.

En lo relativo al empleo del preservativo se observa que un porcentaje considerable de la muestra no lo emplea sistemáticamente en las diferentes prácticas sexuales (ver Figura 46). Dicha situación se produce mayoritariamente en el caso del sexo oral, donde tan sólo el 2,7% de la población usa “siempre” el preservativo, seguido del coito anal con un 12% de la población y un 53,2 % de las personas que han practicado el coito vaginal.

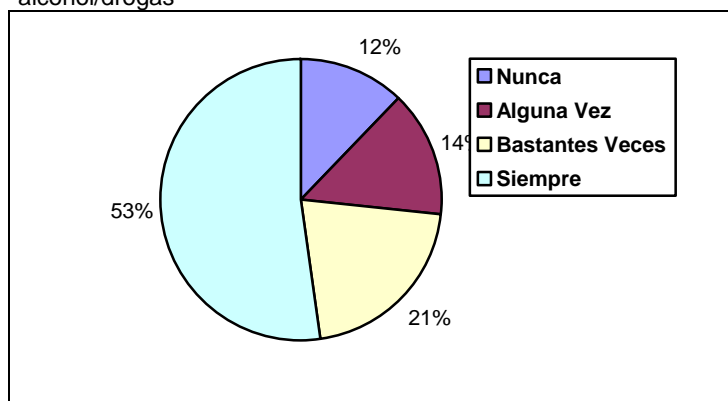
Figura 46. Uso de preservativo de la muestra en función de prácticas.



Más todavía, tanto en la práctica del coito anal como en la del sexo oral, se observa cómo la mayoría de las personas han contestado que no han empleado el preservativo “nunca” (sexo oral= 76,1%; coito anal=56%). En cuanto al coito vaginal, se observa también un porcentaje de la población que no ha empleado preservativo “nunca” (1,6%) y aunque sea minoritario, resulta ser significativo clínicamente.

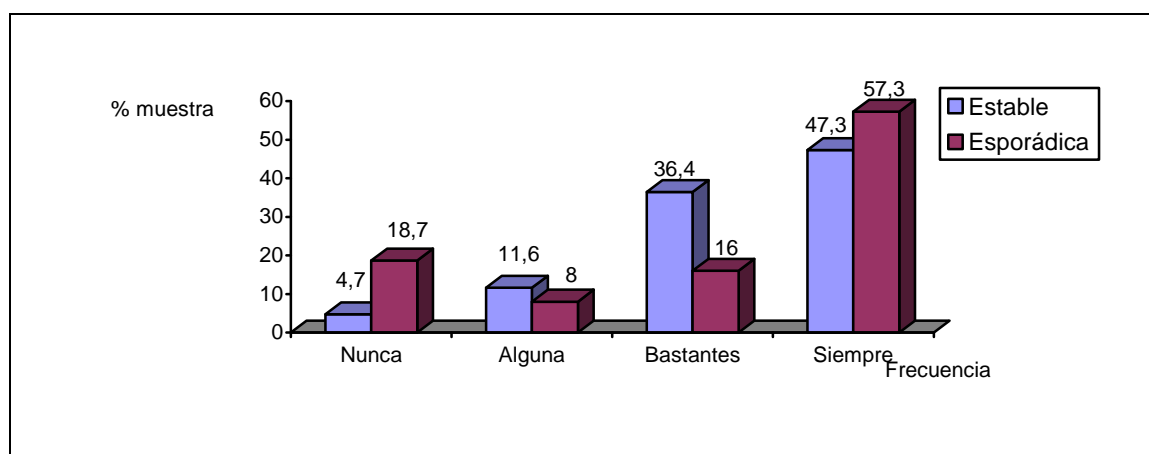
Tal y como se observa en la Figura 47, si se hace alusión al consumo de sustancias como el alcohol o algún tipo de droga, sólo alrededor de la mitad (53%) manifiesta haber usado el preservativo de manera sistemática y un 12% dice no haberlo usado “nunca”, en situaciones donde se ha consumido sustancias.

Figura 47. Uso del preservativo de la muestra bajo efectos alcohol/drogas



Si se atiende la variable tipo de pareja se ven resultados similares (Figura 48). En el caso de las parejas esporádicas, tan sólo lo emplea “siempre” un 57,3% y en las relaciones estables un 47,3% de las personas.

Figura 48. Uso de preservativo de la muestra según tipo de relación.



Asimismo, se observa cómo existe una parte de la muestra que “nunca” lo ha empleado, ya sea en las parejas esporádicas (18,7%) o en las estables (4,7%). Observando las medias, se aprecia que el uso del preservativo es mayor en las relaciones estables ($\bar{X}=2,26$; $DT=0,84$) que en las esporádicas ($\bar{X}=2,12$; $DT=1,18$). En función del sexo se observa que las mujeres ($\bar{X}=2,32$; $DT=0,81$) usan más el preservativo que los hombres ($\bar{X}=2,11$; $DT=0,92$) en las relaciones estables, pero son los hombres ($\bar{X}=2,18$; $DT=1,18$) los que lo usan más que las mujeres ($\bar{X}=2,08$; $DT=1,19$) en las relaciones esporádicas. Sin embargo, estas diferencias no resultan ser significativas a nivel estadístico ni en el primer caso ($t=-1,28$; $p\leq 0,203$) ni en el segundo ($t=0,35$; $p\leq 0,723$).

Si se analiza los promedios de la variable, según la *orientación sexual*, sí se observan diferencias significativas a nivel estadístico en cuanto a las relaciones estables ($F=10,26$; $p\leq 0,000$) aunque no en cuanto a las esporádicas ($F=3,14$; $p\leq 0,049$). En las primeras, el colectivo heterosexual parece usar en mayor medida el preservativo ($\bar{X}=2,36$; $DT=0,74$), seguido del bisexual ($\bar{X}=2,17$; $DT=0,75$) y, por último, del homosexual ($\bar{X}=1,00$; $DT=1,15$). En cuanto a las relaciones esporádicas, de nuevo los heterosexuales arrojan un mayor promedio ($\bar{X}=2,29$; $DT=1,08$), esta vez seguidos de los homosexuales ($\bar{X}=1,57$; $DT=1,51$) y, por último, de los bisexuales ($\bar{X}=1,20$; $DT=1,30$).

Otro elemento a tener en cuenta dentro de las relaciones de pareja es en qué medida la muestra ha sido o no infiel en alguna ocasión a su pareja, sobre todo si consideramos la percepción de una buena parte de la muestra que normaliza las conductas de riesgo dentro de las relaciones estables, atendiendo a factores como la fidelidad y la confianza mutua.

Dentro de la muestra, existe un porcentaje que manifiesta abiertamente su **infidelidad**. A este respecto, un 9% de los sujetos manifiestan haber mantenido relaciones esporádicas mientras tenía una pareja estable.

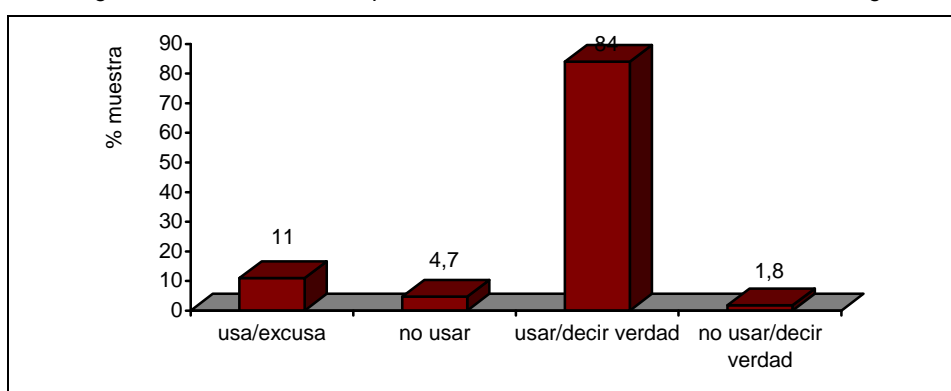
Si bien es cierto que en función del sexo casi no se observan diferencias (Hombres=9,5%; Mujeres=9%), en función de la *orientación sexual* se observa una diferencia notable si se tiene en cuenta que la frecuencia de la población bisexual

(100%) es bastante superior a la de la población heterosexual (53,3%) y homosexual (50%). Sin embargo, ni en el caso de la orientación sexual ($\text{Chi}^2=0,604$; $p\leq 0,739$) ni en el del sexo ($\text{Chi}^2=0,01$; $p\leq 0,922$) se ven diferencias significativas a nivel estadístico.

En general, el 50% de la población que realizó alguna conducta infiel reconoce no **haber empleado el preservativo** en dichas relaciones esporádicas, con el consiguiente riesgo de infección y posterior transmisión al otro miembro de la pareja estable. Dentro de la población que manifiesta haber utilizado el preservativo según sexo, los hombres (60%) superan a las mujeres (46,2%) aunque la diferencia no es significativa estadísticamente ($\text{Chi}^2=0,28$; $p\leq 0,599$). Según la *orientación sexual* del deseo, existe una diferencia importante entre las poblaciones que siempre usan el preservativo en este caso, ya que en la bisexual todos manifiestan hacerlo (100%) pero con menor frecuencia ocurre en la heterosexual (53,3%) y en la homosexual (50%). Al igual que en el caso del sexo, las diferencias no resultan ser significativas a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=1,01$; $p\leq 0,604$).

En otro término, se profundizó el análisis dirigido hacia la **intención de conducta** de la muestra dentro de situaciones de infidelidad hubieran sido o no experimentadas (Ver Figura 49). En este sentido, un 11% de población utilizaría algún pretexto para introducir el preservativo en sus relaciones sexuales, el 1,8% diría la verdad aunque no emplearía el preservativo y el 4,7% de la población ni comentaría la situación, ni propondría el uso del preservativo. En todas estas situaciones, claramente, el otro miembro de la pareja estaría expuesto constantemente a una situación de riesgo de transmisión sexual.

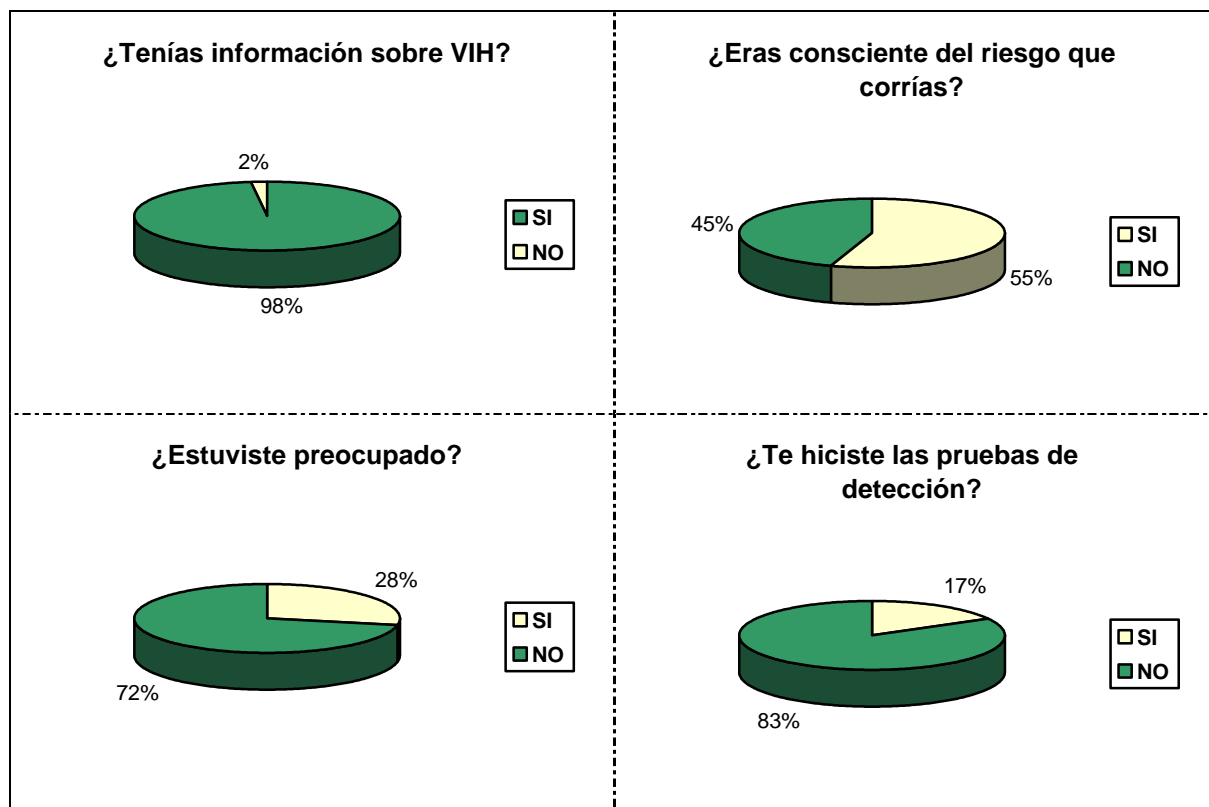
Figura 49. Intención uso de preservativo de la muestra en situación de riesgo.



Otra dimensión importante a tener en cuenta, dentro de las conductas sexuales de riesgo, son los **factores situacionales** que acompañaron dichas interacciones sexuales.

En este sentido, se analizan a continuación las experiencias vividas por un 28,7% de la muestra que reconoce haber mantenido prácticas de riesgo (Ver Figura 50).

Figura 50. Factores situacionales



Es notable, por un lado, que la mayor parte de la muestra (98%) tenía información sobre la transmisión del VIH en el momento en que realizaba la práctica. Probablemente esto reforzaría la hipótesis, ya reconocida, que el conocimiento aún siendo un factor importante no es suficiente en la prevención de las conductas de riesgo.

También es notable que casi la mitad de la población (45%) no fuera consciente del riesgo en el mismo momento de realizarla. Sin embargo, quizá es más llamativo considerar que un 55% era consciente del peligro y, aún así, continuó con la práctica de riesgo. En función del **sexo**, cabe destacar cómo mayor cantidad de mujeres (60%) ha sido consciente del riesgo que corría que los hombres (40%).

Por otro lado, se observa cómo casi las tres cuartas partes de la población (72%) ni siquiera se preocupó con posterioridad de las posibles consecuencias de la relación, incluyendo entre ellas la posibilidad de haberse infectado por el VIH. A partir de lo anterior, quizá es lógico observar cómo una cantidad más elevada de personas (83% de este grupo) no se realizó ninguna prueba de detección de VIH. En el grupo que las realizó, la mayoría fueron hombres (54%) y no mujeres (46%) quienes las hicieron, diferencia que se acerca a la significatividad estadística ($\text{Chi}^2=2,99$; $p\leq 0,084$).

Si se analiza en función de la *orientación sexual*, se ve cómo la población homosexual fue la que en mayor medida se sintió preocupada (100%) y se realizó la prueba (75%), frente a la preocupación de la población heterosexual (24,1%) o bisexual (20%) y su realización de la prueba (Bisexual=20%; Heterosexual=12,5%). De esta forma, tanto en la preocupación tras la conducta de riesgo ($\text{Chi}^2=10,79$; $p\leq 0,005$) como en la realización de la prueba ($\text{Chi}^2=10,41$; $p\leq 0,005$) muestra diferencias significativas a nivel estadístico. Además, la población homosexual también fue la más consciente del riesgo que corría (75%) tras la heterosexual (54,3%) y la bisexual (40%).

7.1.4. Intención de conducta

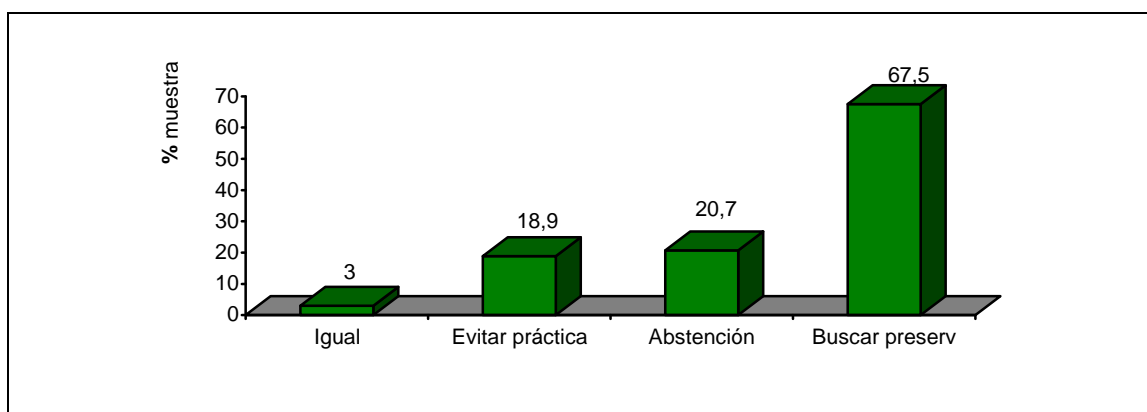
Otra de las dimensiones más estudiadas para predecir la realización de conductas saludables es la intención de la propia persona de realizar dicha conducta. Centrado en este aspecto, sólo un 51,2% de los sujetos manifiesta estar seguro de emplear el condón en próximas relaciones.

En función del sexo, el 57,9% de las mujeres y el 46,5% de los hombres, dicen estar seguros de utilizarlo en próximas ocasiones, diferencia que no presenta significación estadística ($\text{Chi}^2=12,45$; $p\leq 0,645$). Si bien es cierto que el porcentaje de los hombres es menor, ambas situaciones suponen una probabilidad bastante elevada de exposición al riesgo. En función de la *orientación sexual*, sólo un 55,3% de la población heterosexual esta segura de utilizar el preservativo en próximas relaciones, seguida de un 42,9% de la homosexual y de un 33,3 de la bisexual, arrojando estas diferencias significatividad estadística ($\text{Chi}^2=55,90$; $p\leq 0,003$).

Ante la posibilidad de mantener una relación sexual sin disponer de preservativo, el 67,5% dice que iría en busca de un preservativo frente a un 3% que

mantendría la relación exactamente igual. Por otro lado, un 20,7% se abstendría de mantener la relación y otro 18,9% dice que mantendría la relación pero evitando las prácticas de riesgo (ver Figura 51). En esta última opción, cabe recordar los niveles de información real de una buena parte de la muestra que indican algunas carencias en el reconocimiento de dichas prácticas de riesgo.

Figura 51. Intención de uso de preservativo de la muestra ante situación sexual



Al analizar esta variable en función del sexo, sólo se observan diferencias significativas respecto a la posibilidad de abstenerse de la relación sexual ($\text{Chi}^2=9,06$; $p\leq 0,003$) donde las mujeres (26,2%) presentan un porcentaje bastante más elevado que el de los hombres (4,7%). La opción de evitar prácticas sexuales de riesgo se acerca un poco a la significatividad ($\text{Chi}^2=3,02$; $p\leq 0,082$) aunque en esta ocasión son los hombres (27,9%) los que en mayor medida la proponen (15,95%). En ambos casos, la opción más preferida es la de buscar un preservativo (Hombres=69,8%; Mujeres=66,7%) sin presentar diferencias significativas a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=0,14$; $p\leq 0,708$). Por el contrario, la más baja es la opción de mantener la relación sexual de igual forma donde el porcentaje de mujeres (3,2%) es algo superior (2,3%) sin mostrar diferencias significativas estadísticamente ($\text{Chi}^2=0,08$; $p\leq 0,777$).

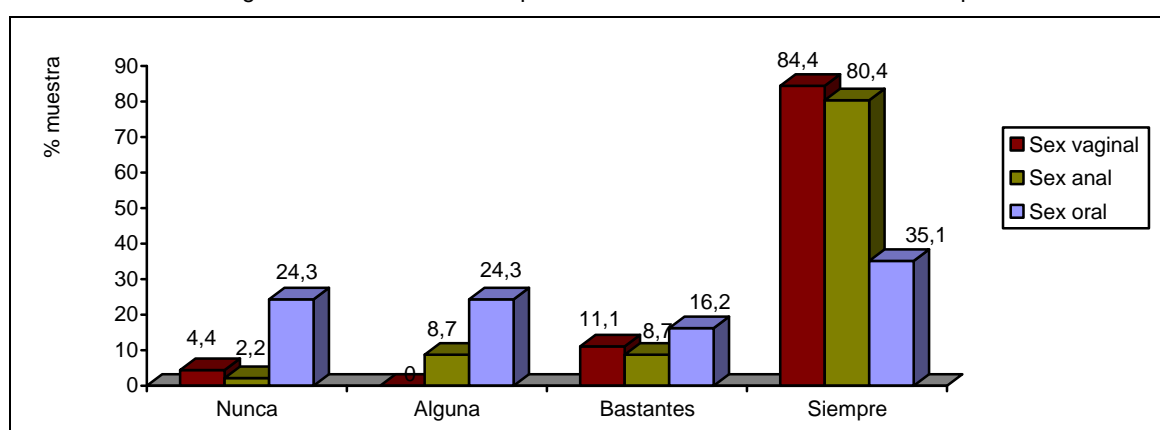
En función de la *orientación sexual*, no se observan diferencias significativas ni en la elección de mantener la relación igual ($\text{Chi}^2=4,01$; $p\leq 0,135$), ni en la de evitar prácticas sexuales de riesgo ($\text{Chi}^2=2,50$; $p\leq 0,287$), abstenerse de la relación ($\text{Chi}^2=0,32$; $p\leq 0,852$) o buscar preservativos ($\text{Chi}^2=1,03$; $p\leq 0,598$). Se observa además como la opción más frecuente, tanto en la muestra bisexual (83,35%), como en la heterosexual (66,7%) y la homosexual (57,1%), es la de buscar un preservativo. Por otro lado, mientras una mayor parte de la muestra homosexual evitaría las prácticas de riesgo (42,9%) opción seguida por la abstención (14,3%); en el caso de los

heterosexuales más cantidad preferiría abstenerse (22%) seguidos de los que optarían por evitar las conductas de riesgo (18,7%). En el caso de la población bisexual, ambas opciones son elegidas por la misma cantidad de personas (16,7%) al igual que ocurre con la posibilidad de seguir realizando la conducta sexual (16,7%). Dicha opción es menos frecuente en la población heterosexual (2,7%) y en ningún caso es elegida por la población homosexual (0%).

Si se hace referencia a conductas sexuales concretas (ver Figura 52), se observa cómo la muestra presenta mayor intención de uso del preservativo en las prácticas de sexo vaginal y anal, frente a las prácticas de sexo oral. Este es un dato relevante, especialmente en lo que atañe al sexo oral, si se considera la frecuencia con que la muestra manifiesta realizar dicha práctica. También en lo que respecta a las otras conductas ya que las probabilidades de uso sistemático (siempre) que se manifiesta son bajas, no superan el 23% en ninguno de los casos.

Como ocurre en otros estudios, el sexo oral parece ser el que presenta una mayor probabilidad de conducta de riesgo ya que sólo un 35,1 de la población está seguro de que usaría el preservativo "siempre", frente al 80,4% del coito anal y el 84,4% del coito vaginal. Además, es importante destacar la existencia de un porcentaje de la población que declara no tener ninguna intención de emplear el preservativo en sus futuras prácticas sexuales, en el coito vaginal (4,4%), en el coito anal (2,2%) y sobre todo en el sexo oral (24,3%).

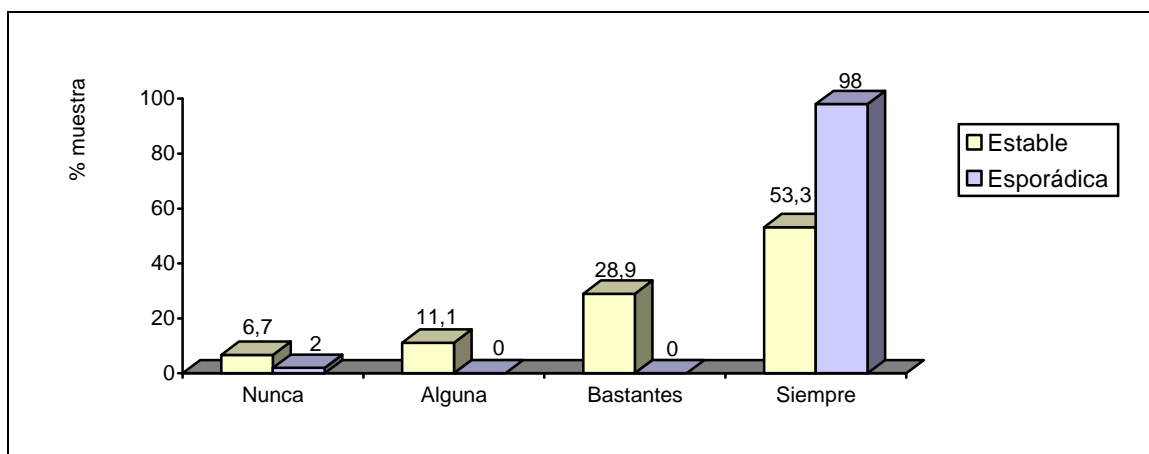
Figura 52. Intención uso de preservativo de la muestra en función de prácticas



Respecto al tipo de relación de pareja (Figura 53), se observan ciertas diferencias. Si bien en el caso de las parejas esporádicas la población que tiene intención de usar el preservativo alcanza el 98%, en el caso de las parejas estables apenas sobrepasa la mitad (53,3%). Como ocurría anteriormente, existe un número de

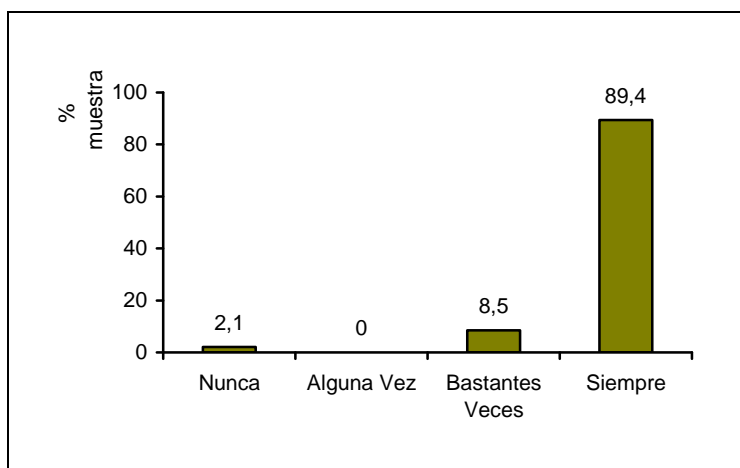
personas que no estaría dispuesta a utilizar el preservativo ya fuera con una pareja estable (6,7%) o esporádica (2%).

Figura 53. Intención uso de preservativo de la muestra según tipo de relación afectivo-sexual.



Tal y como se observa en la Figura 54, si se hace alusión al consumo de sustancias como el alcohol o algún tipo de droga, se observa cómo si bien la mayoría de la muestra (89,4%) manifiesta estar seguro sobre su intención de usar preservativo en estas situaciones, un porcentaje de ésta (2,1%) manifiesta estar convencido de que no lo usaría y otro no lo haría de forma sistemática (8,5%).

Figura 54. Intención uso condón de la muestra bajo efectos drogas



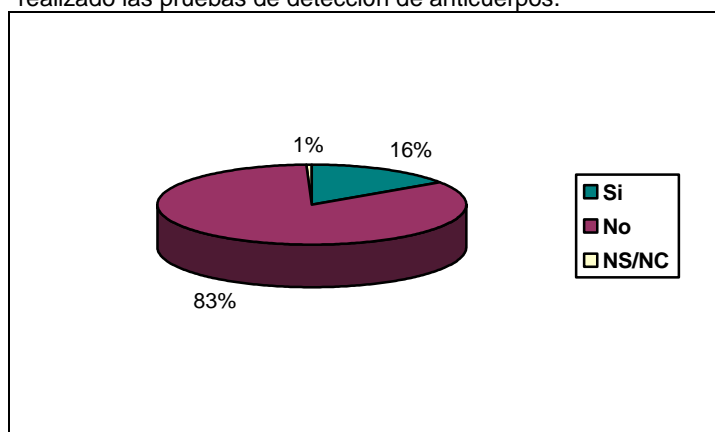
7.1.5. Pruebas de detección de anticuerpos.

El análisis del comportamiento de las personas respecto a las pruebas de detección de VIH, puede realizarse desde dos perspectivas: la prevención primaria y la prevención secundaria. Por un lado, podría tratarse de una conducta de prevención

primaria si se considera la **posibilidad de que la persona le pregunte a su pareja si se ha realizado o no la prueba.**

En esta línea, la mayor parte de la población (83%) manifiesta que no pregunta habitualmente a sus parejas si se ha realizado o no la prueba de detección y un 1% no contesta a esta pregunta (ver Figura 55).

Figura 55. Conducta preventiva de preguntar a la pareja si se ha realizado las pruebas de detección de anticuerpos.



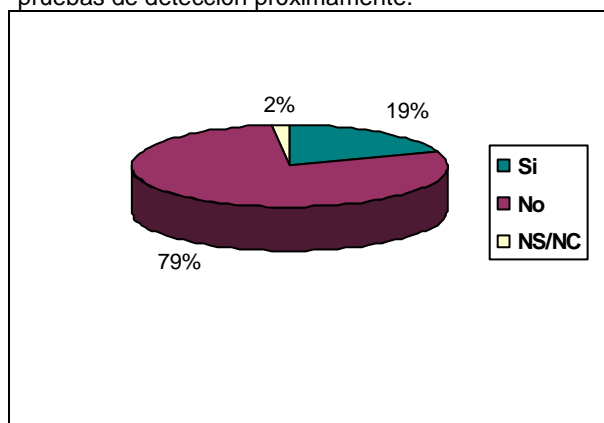
Si se analiza la información en función del *sexo*, se ve cómo mientras el 20% de las mujeres pregunta a su pareja si se ha realizado la prueba sólo el 2,6% de los hombres lo hace, siendo dichas diferencias significativas a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=6,51$; $p \leq 0,011$). Igualmente, las cifras son negativas ya que entre la población femenina un 80% dice no hacerlo y en la masculina la cifra alcanza al 97%.

Si se analiza en función de la *orientación sexual*, no se observan diferencias significativas a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=1,01$; $p \leq 0,603$) aunque se aprecia una desigualdad entre la muestra heterosexual (16,9%) y bisexual (16,7%) que presentan un pequeño porcentaje de población que realiza la conducta y la población homosexual (0%) que manifiesta no preguntar a sus parejas si se han realizado la prueba de detección.

Por otra parte, la prueba de detección de anticuerpos también puede tratarse de una conducta de prevención secundaria. Esto, en la medida en que la propia persona la utilice para descubrir si está infectada por el virus una vez ya ha realizado una práctica de riesgo.

Así, cabe destacar que sólo una parte minoritaria de la población universitaria (7%) se la ha realizado tras una práctica sexual de riesgo y, como muestra la Figura 56, que la mayor parte de la muestra no tiene **intención de hacérsela próximamente** (87%).

Figura 56. Intención de la muestra de hacerse las pruebas de detección próximamente.



Si se analiza dicho porcentaje en función del sexo, se puede observar cómo existe una cierta diferencia entre la intención de los hombres respecto a la de las mujeres. Mientras un 25% de la población masculina manifiesta tener la intención de realizarse la prueba próximamente, sólo un 17,3% de la población femenina afirma lo mismo. En esta misma línea cabe destacar que, aún revelando las mujeres una postura más saludable en las anteriores cuestiones, en lo relativo a la realización de la prueba se observa cómo los hombres la hacen con mayor frecuencia y se observa una diferencia aunque no sea significativa a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=1,57$; $p\leq 0,456$).

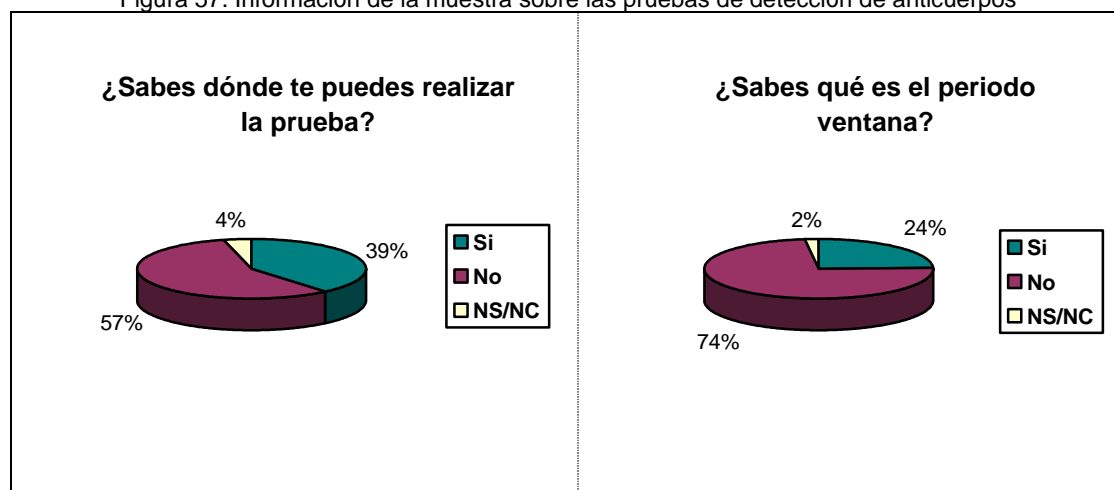
Si dicha información se analiza según la *orientación sexual*, se observa una mejor respuesta de la población heterosexual que tiene intención de realizarse la prueba (21,4%), seguida de la bisexual (20%) y, por último, de la población homosexual ya que ninguna persona en este grupo tiene la intención de realizársela. En este caso sí se observan diferencias significativas ($\text{Chi}^2=11,32$; $p\leq 0,023$), aunque los resultados también pueden considerarse bajos en todos los casos.

En general, de las personas que se han realizado las pruebas, más de la mitad (64%) manifiesta que hace un año o más de la última vez y sólo un 36% dice habérsela realizado hace menos de cinco meses. Además cabe destacar, según el sexo, que sólo un 28,6% de los hombres y un 11,4% de las mujeres, dicen habérsela realizado tras una práctica percibida de riesgo. En el caso de la *orientación sexual*, el

75% de la población homosexual dice haberse realizado las pruebas tras una relación que han considerado de riesgo, seguidos de la población bisexual (20%) y de la heterosexual (12,5%). Si bien en el caso del sexo las diferencias mostradas tienden a la significatividad ($\text{Chi}^2=2,99$; $p\leq 0,084$), en el caso de la *orientación sexual* resultan ser significativas a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=10,41$; $p\leq 0,005$). Con independencia de esta desigualdad, queda un amplio margen de personas que no se ha realizado las pruebas hasta ahora.

En general, parece que existe cierto **desconocimiento sobre la naturaleza y el acceso a las propias pruebas**. De hecho, tal como muestra la Figura 57, un 57% de la población no sabe dónde puede realizárselas y un 4% manifiesta estar inseguro a la hora de responder a esta cuestión. Por otro lado, la mayoría de la población (74%) no conoce la existencia del periodo ventana y lo que éste implica.

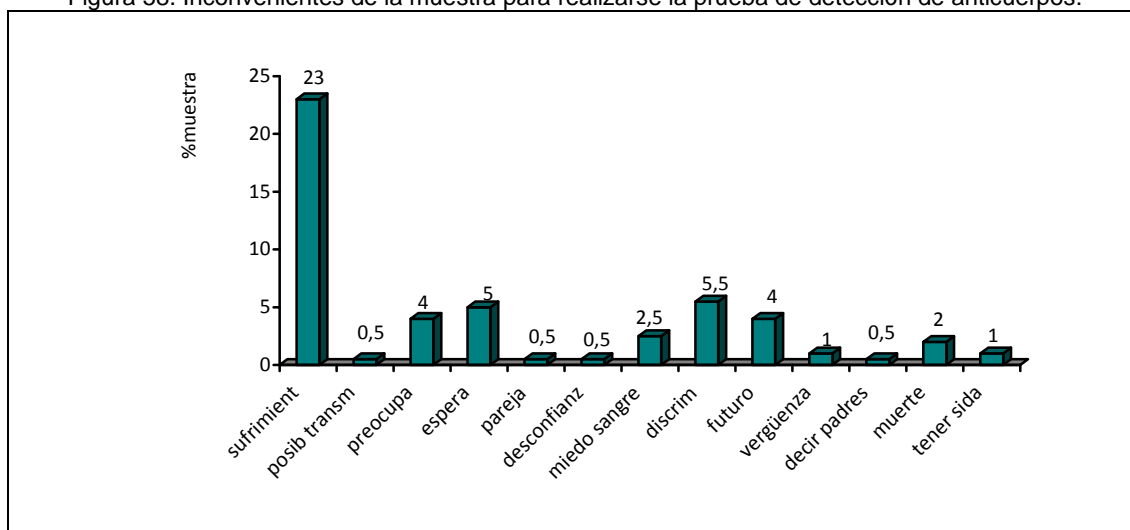
Figura 57. Información de la muestra sobre las pruebas de detección de anticuerpos



Siguiendo con el análisis relativo a las pruebas, es interesante destacar las **ventajas e inconvenientes percibidos** acerca del hecho de realizárselas. En este punto se observa cómo, mayoritariamente, la población denota aspectos negativos asociados a las misma (ver Figura 58).

En un primer término, el motivo de mayor inquietud es el sufrimiento que se pueden sentir al enterarse de que son portadores (23%). Otros de los principales inconvenientes manifestados son: la discriminación (5,5%), el miedo al futuro (4%), la preocupación (4%) o la propia espera de la prueba (5%). También aparecen aspectos relacionados con el grupo social cercano como el miedo a la reacción de la pareja (0,5%) o a decírselo a los padres (0,5%).

Figura 58. Inconvenientes de la muestra para realizarse la prueba de detección de anticuerpos.

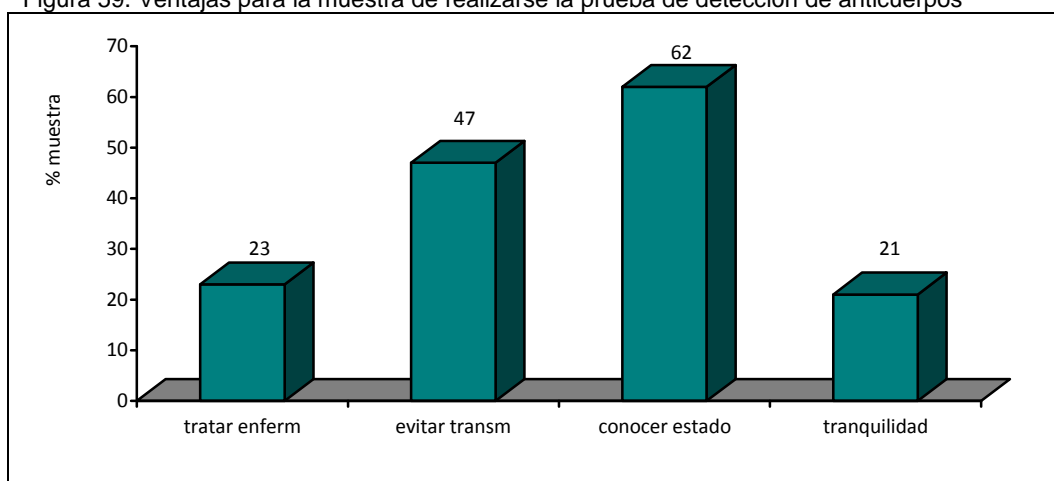


Según el sexo no existen muchas variaciones, mientras el 56,8% de los hombres manifiesta algún tipo de inconveniente respecto a las pruebas, lo hace el 55,3% de las mujeres, sin existir diferencias estadísticas significativas ($\text{Chi}^2=20,13$; $p\leq 0,690$). En función de la *orientación sexual*, la población homosexual es la que encuentra con mayor frecuencia dificultades (80%), seguida de la bisexual (57,1%) y de la heterosexual (55,6%) aunque tampoco en este caso se ven diferencias significativas estadísticamente ($\text{Chi}^2=42,64$; $p\leq 0,614$).

También es cierto que a pesar de que se observe una mayor variedad de inconvenientes, las ventajas apreciadas por la muestra demuestran tener un mayor puntaje. Tanto el 100% de la población homosexual como bisexual piensa que existen ventajas en la realización de las pruebas y sólo un 0,7% de la heterosexual opina que no existe ninguna, mostrando dichas diferencias significación estadística ($\text{Chi}^2=60,27$; $p\leq 0,007$). Este porcentaje probablemente corresponde al 0,8% de las mujeres que manifiestan no encontrar ninguna ventaja, frente al 100% de los hombres que encuentra alguna.

Como muestra la Figura 59, la población percibe ciertos aspectos positivos en la realización de las pruebas, sobre todo, en cuanto que permite el conocimiento del estado serológico de la propia persona (62%), la posibilidad de evitar la transmisión a terceras personas (47%), el acceso al tratamiento de la enfermedad de manera temprana y más eficaz (23%) y, por último, la tranquilidad de conocer el estado seropositivo personal.

Figura 59. Ventajas para la muestra de realizarse la prueba de detección de anticuerpos



7.1.6. Solidaridad

Para finalizar con este análisis descriptivo sobre la muestra de estudio, se aborda otro de los aspectos considerado relevante en el abordaje de la prevención primaria, secundaria y terciaria del VIH-Sida. Esto es, ciertas variables relativas a la solidaridad y a la percepción del impacto psicosocial de la epidemia del Sida, que incluyen la discriminación e intolerancia que la propia población tiene ante las personas afectadas.

En este sentido, si se presta atención a la actitud que la población manifiesta ante las personas afectadas parece que, en líneas generales, existe cierta sensibilización entre los estudiantes. En una escala que puntúa, entre 0 (nada) y 100 (mucho), en qué medida los sujetos piensan que la sociedad debería ser más solidaria, los sujetos presentan un promedio de 92,31 (DT=14,00). Si se analiza dicha escala según el sexo, las mujeres ($\bar{X}=93,14$; DT=11,74) puntúan un poco más alto que los hombres ($\bar{X}=89,86$; DT=19,19) sin ser significativas estas diferencias ($t=-1,32$; $p\leq 0,190$). En función de la *orientación sexual*, tampoco se observan diferencias significativas a nivel estadístico ($F=1,11$; $p\leq 0,333$) si bien la población heterosexual presenta mayor media ($\bar{X}=92,57$; DT=13,61), seguida de la bisexual ($\bar{X}=87,50$; DT=14,05) y, por último, de la homosexual ($\bar{X}=85,71$; DT=24,40).

Si el VIH hace referencia a los amigos, el 74% dice que se comportaría exactamente igual con un amigo que fuera seropositivo y un 94% manifiesta que lo

cuidaría sin ningún problema. En este sentido, tampoco existen diferencias significativas entre hombres y mujeres ($\text{Chi}^2=5,09$; $p\leq 0,166$). El 75,4% de hombres se comportaría igual con su amigo, frente al 68,6% de las mujeres. Según la *orientación sexual* si bien el 100% de bisexuales y homosexuales asegura que cuidaría a su amigo, lo haría el 94,6% de los heterosexuales, sin suponer estas diferencias significativas estadísticas ($\text{Chi}^2=0,74$; $p\leq 0,691$). De igual forma, si se tratara de un desconocido el 98,2% de los sujetos mostrarían conductas solidarias de apoyo e interés. En este caso manifiestan que lo harían el 100% de los hombres y el 97,6% de las mujeres, sin diferencias significativas a nivel estadístico entre ambos grupos ($\text{Chi}^2=1,05$; $p\leq 0,305$). En función de la *orientación sexual*, el 100% de homosexuales y bisexuales serían solidarios y el 98% de heterosexuales, sin mostrar tampoco diferencias estadísticas significativas ($\text{Chi}^2=0,27$; $p\leq 0,875$).

7.2. ANÁLISIS DIFERENCIALES

En este subapartado siguiendo la lógica de los resultados descriptivos, se abordan los conocimientos, las creencias, las actitudes, las intenciones de conducta, las conductas, las pruebas de detección y la respuesta de solidaridad relacionada con el VIH-Sida. En lo que se refiere a este tipo de resultados, los datos han sido procesados desde tres puntos de vista. Por un lado, se ha analizado en función de los distintos tipos de intervención llevados a cabo en la investigación para evaluar en qué medida unos han sido más eficaces que otros. Además, con el interés de conocer la percepción que la muestra ha tenido sobre las estrategias de prevención en las que ha participado, se ha analizado la valoración subjetiva que los participantes hacen sobre dichas estrategias.

Por otra parte, la información se ha procesado en función del tipo de facilitador que ha llevado a cabo las intervenciones. Así se pretende indagar si existe una eficacia diferencial entre el experto y el par. Además, dicho análisis se ha realizado en función del sexo de la muestra con la intención de averiguar si existe desigualdad entre la evolución de las mujeres y de los hombres.

Tal y como se ha comentado anteriormente, los datos se han obtenido a través del Cuestionario de Prevención del SIDA (Ballester et al, 2004) administrado en cuatro ocasiones, la primera con la versión pretest y las demás con la versión posttest: antes a la intervención (pretest), inmediatamente después de la misma (posttest), al mes de

haberse realizado la intervención (primer seguimiento) y a los 4 meses de la misma (segundo seguimiento).

En dicho instrumento se ha analizado la información tanto de ítems dicotómicos como de escala likert. Esto ha llevado a realizar cálculos de diversa naturaleza, también teniendo en cuenta que en algunas ocasiones la variable independiente era dicotómica (sexo y tipo de facilitador) y en otros casos no (tipo de intervención). Asimismo, para facilitar el análisis de los datos, se ha creído conveniente aglutinar una serie de ítems referidos al mismo componente. Este ha sido el caso, por ejemplo, de la variable “información real sobre vías de transmisión sexual” que se ha constituido a partir de un sumatorio de distintos ítems. También ha sido el caso de la variable “información real sobre vías de transmisión en general” y de la variable “autoeficacia”.

7.2.1. Análisis diferenciales de la eficacia de las intervenciones en función del tipo de estrategia utilizado

A continuación se presentan los resultados obtenidos para las distintas variables criterio (información, actitudes y creencias, conductas preventivas, intención de conducta, pruebas de detección y solidaridad) en función del tipo de estrategia empleada.

De esta manera se analiza el impacto que las intervenciones han tenido en los distintos grupos en los que se ha distribuido la muestra. La primera estrategia, en la que ha participado el Grupo 1 (G1), ha consistido en una charla informativa sobre el VIH-Sida. La segunda estrategia, en la que ha intervenido el Grupo 2 (G2), consistía en una dinámica de discusión grupal en la que se trabajaban las actitudes relativas al VIH-Sida. La tercera estrategia, dirigida al Grupo 3 (G3), se ha relacionado con la mejora de las habilidades sociales y destrezas motoras para el manejo del preservativo a través de la práctica de juegos de roles. En la cuarta estrategia, donde ha participado el Grupo 4 (G4), intervino una persona infectada por el VIH. La quinta estrategia, realizada por el Grupo 5 (G5), ha consistido en el visionado de imágenes aversivas relativas al impacto del VIH-Sida en las personas afectadas. La sexta estrategia, donde participó el Grupo 6 (G6), se ha basado en el uso de las Nuevas Tecnologías con la lectura de información relativa al VIH-Sida en una página Web especializada sobre el tema. En todas ellas, se incluyeron contenidos básicos relativos a la prevención del VIH-Sida: las vías de transmisión y prevención de la infección por

VIH, los efectos principales del VIH-Sida en el organismo y las pruebas de detección de anticuerpos.

7.2.1.1. Información

La variable información percibida se refiere a la apreciación que la persona tiene respecto al tipo de información válida que posee sobre el tema del VIH-Sida en una escala de 0 (malo) a 3 (muy bueno).

En un primer término se observa, en la Tabla 7, una significación estadística del efecto momento de evaluación ($F=46,63$; $p\leq 0,000$). Es decir, las diferencias que existen entre los promedios de los diferentes grupos en los distintos momentos de evaluación resultan ser significativas estadísticamente. Además, casi significativas resultan ser las diferencias que arroja el efecto de la interacción entre el momento y el tipo de intervención ($F=2,11$; $p\leq 0,059$). No ocurre lo mismo con el efecto tipo de intervención ($F=1,43$; $p\leq 0,213$) que está más alejado de mostrar significación estadística.

Tabla 7. Análisis de medidas repetidas en "Información percibida" según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	46,63	0,000
Tipo intervención	1,43	0,213
Interacción momento*tipo intervención	2,11	0,059

Tabla 8. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Información percibida".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
G1	1,67	0,50	2,11	0,33	2,11	0,33	2,22	0,44	F= 5,26	p=0,051
G2	1,71	0,46	2,12	0,48	2,06	0,24	2,12	0,33	F= 6,67	p=0,020
G3	1,54	0,52	2,09	0,70	2,09	0,30	2,36	0,50	F= 13,60	p=0,004
G4	1,84	0,60	2,10	0,56	2,16	0,37	2,21	0,41	F= 6,89	p=0,017
G5	1,82	0,75	1,91	0,53	1,91	0,53	1,91	0,53	F= 0,18	p=0,676
G6	1,42	0,60	1,92	0,40	2,00	0,57	2,10	0,31	F= 23,76	p=0,000
G7	1,71	0,46	1,64	0,49	1,86	0,36	1,86	0,36	F= 3,54	p=0,082
ANOVA	F= 0,98 p= 0,440		F= 2,80 p= 0,013		F= 1,35 p= 0,242		F= 2,26 p= 0,044			

Asimismo, puede destacarse cómo en la evaluación posttest y en el segundo seguimiento sí existen diferencias significativas entre los grupos. En la evaluación posttest, los grupos más sobresalientes son el G1 ($\bar{X}=2,11$; $DT=0,33$) relacionado con la información a través de charlas y el G2 ($\bar{X}=2,12$; $DT=0,48$) basado en un grupo de discusión actitudinal y el G4 ($\bar{X}=2,10$; $DT=0,56$). En el segundo seguimiento, la puntuación más elevada es la del G3, relacionado con la mejora de habilidades

sociales y las destrezas en el manejo de los preservativos a través de juegos de roles ($\bar{X}=2,36$; $DT=0,50$). En este caso, le sigue el G1 ($\bar{X}=2,22$; $DT=0,44$) que supera ligeramente al G4 ($\bar{X}=2,21$; $DT=0,41$), en el que intervino un paciente infectado por VIH ($\bar{X}=2,12$; $DT=0,33$). Asimismo, cabe mencionar que el Grupo control es el que presenta menor puntuación en ambos momentos ($\bar{X}_{post}=1,64$; $DT_{post}=0,49$ - $\bar{X}_{seguim2}=1,86$; $DT_{seguim2}=0,36$). Estos resultados no son debidos a diferencias significativas previas a la intervención entre los distintos grupos tal y como muestra el ANOVA del pretest ($F=0,98$; $p\leq 0,440$).

En el análisis longitudinal se observa cómo la mayoría de los grupos varían de una manera significativa, el G2 ($F=6,67$; $p\leq 0,020$), el G3 ($F=13,60$; $p\leq 0,004$), el G4 ($F=6,89$; $p<0,017$) y el G6 ($F=23,76$; $p\leq 0,000$) relacionado con la lectura de la información en una página Web. En dichos grupos, que varían de una forma significativa o casi significativa, las medias evolucionan de manera ascendente denotando un incremento de la información percibida.

Por su parte, el G1 casi alcanza la significatividad ($F=5,26$; $p\leq 0,051$). Otros grupos como el G7 ($F=3,54$; $p\leq 0,082$) y el G5 ($F=0,18$; $p\leq 0,676$), relativo al visionado de imágenes aversivas y en el que menos información reciben los jóvenes, no cambian de manera significativa.

Continuando con el análisis de la información, las Tablas 9 y 10, hacen referencia a la información real que la muestra posee sobre la transmisión del VIH-Sida. Esta variable está constituida por el sumatorio de 13 preguntas (ítem 9 pretest, ítem 7 posttest) en los que se cuestiona al sujeto sobre información real relacionada con vías de transmisión general del VIH.

Como ocurría en la variable anterior, el cálculo del MANOVA arroja una significación estadística del efecto momento ($F=15,94$; $p\leq 0,000$). Sin embargo, no se observa dicha significatividad en el efecto tipo de intervención ($F=2,04$; $p\leq 0,073$) ni en el efecto de la interacción entre el momento de evaluación y el tipo de intervención ($F=1,35$; $p\leq 0,249$).

Tabla 9. Análisis de medidas repetidas en "Información real" según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	15,94	0,000
Tipo intervención	2,04	0,073
Interacción momento*tipo intervención	1,35	0,249

Tabla 10. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Información Real"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
G1	8,33	2,08	11,66	1,15	10,00	0,00	10,33	1,15	F= 13,00	p=0,069
G2	8,70	3,23	10,90	0,99	10,90	1,79	11,80	1,93	F= 5,43	p=0,045
G3	8,66	2,95	10,22	1,09	10,66	1,22	9,66	3,57	F= 0,47	p=0,512
G4	10,23	1,96	10,76	3,13	11,15	1,62	11,84	1,21	F= 8,67	p=0,012
G5	7,60	2,41	11,40	1,57	10,50	2,67	10,60	2,22	F= 12,76	p=0,006
G6	9,23	1,73	11,15	1,57	9,76	2,00	11,30	1,37	F= 5,57	p=0,036
G7	9,66	1,77	9,75	1,65	10,33	2,05	9,25	1,60	F= 0,12	p=0,736
ANOVA	F= 1,89 p= 0,086		F= 1,28 p= 0,271		F= 1,15 p= 0,335		F= 2,70 p= 0,018			

Si se profundiza en este examen, se observa cómo las diferencias mostradas entre distintos momentos de evaluación son significativas en varios grupos: G2 (F=5,43; $p \leq 0,045$) relacionado con la participación en un grupo de discusión de actitudes, G4 (F=8,67; $p \leq 0,012$) basado en la intervención de un paciente afectado, G5 (F=12,76; $p \leq 0,006$) vinculado con el visionado de imágenes aversivas sobre el VIH-Sida y G6 (F=5,57; $p \leq 0,036$) basado en la lectura de información en una Web. En el G2 y G4 los valores aumentan progresivamente a medida que transcurren las evaluaciones, mientras que el G5 y el G6 presentan más oscilaciones. Sin embargo, las puntuaciones promedio de todos ellos ascienden de manera más importante en el postest y también en el último seguimiento. Por el contrario, otros grupos como el control (F=0,12; $p \leq 0,736$), el G1 (F=13,00; $p \leq 0,069$) pero sobretudo el G3 (F=0,47; $p \leq 0,512$) no muestran significación estadística entre los promedios arrojados en los distintos momentos de evaluación. Si bien es cierto que el G1 muestra cierta tendencia a la significatividad.

Como ocurría en el caso anterior, las diferencias previas entre los grupos no resultan ser significativas (F=1,89; $p \leq 0,086$) y, por lo tanto, no parecen influir en los cambios observados. Por el contrario, en el segundo seguimiento sí aparecen diferencias significativas entre los grupos (F=2,70; $p \leq 0,018$), sobre todo entre el Grupo control ($\bar{X} = 9,25$; DT=1,60) y el G4 ($\bar{X} = 11,84$; DT=1,21) que muestra el promedio más elevado, seguido del G2 ($\bar{X} = 11,80$; DT=1,93) y el G6 ($\bar{X} = 11,30$; DT=1,37).

Por lo que respecta al estudio de la variable central de información, relacionada con las vías de transmisión sexual del VIH, se presenta un rango de respuestas que oscila entre el 0 (nada) y el 4 (mucho).

En un primer término, en la Tabla 11, se muestra una significación estadística tanto del efecto momento (F=14,14; $p \leq 0,000$) como del efecto interacción entre el

momento y el tipo de intervención ($F=2,86$; $p\leq 0,013$). Esto supone que existe una evolución diferencial entre los promedios que presentan los sujetos según el tipo de intervención y se observan diferencias significativas a nivel estadístico en los distintos momentos de evaluación.

Tabla 11. Análisis de medidas repetidas en "Información sobre vías de transmisión sexual" según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	14,14	0,000
Tipo intervención	0,98	0,442
Interacción momento*tipo intervención	2,86	0,013

Tabla 12. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Información sobre vías de transmisión sexual"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
G1	2,82	1,03	3,86	0,47	3,78	0,42	3,78	0,44	F= 19,67	p=0,002
G2	2,66	1,04	3,60	0,87	3,55	0,82	3,59	0,71	F= 6,17	p=0,024
G3	2,71	1,04	3,58	0,83	3,55	0,82	3,67	0,78	F= 5,12	p=0,047
G4	3,46	0,66	3,47	0,84	3,48	0,87	3,37	0,95	F= 0,22	p=0,645
G5	2,92	0,99	3,26	1,13	3,00	1,18	3,00	1,26	F= 0,22	p=0,651
G6	3,00	1,20	3,56	0,84	3,14	1,17	3,16	1,17	F= 0,79	p=0,387
G7	3,05	1,08	3,42	0,96	3,37	0,96	3,21	0,97	F= 0,12	p=0,734
ANOVA	F= 1,67 p= 0,131		F= 1,01 p= 0,418		F= 1,32 p= 0,252		F= 1,11 p= 0,363			

Dichas diferencias no son debidas a desigualdades previas significativas entre los distintos grupos de intervención, tal y como muestra el cálculo del ANOVA en el pretest en la Tabla 12 ($F=1,67$; $p\leq 0,131$). De igual manera, las diferencias que se observan entre los diferentes grupos dentro de los distintos momentos de evaluación, tras la intervención, no muestran significación estadística. Si se profundiza en el análisis aislado de cada grupo, sobre su variación entre los distintos momentos de evaluación, se observa cómo los tres primeros grupos arrojan diferencias significativas: G1 ($F=19,67$; $p\leq 0,002$), G2 ($F=6,17$; $p\leq 0,024$) y G3 ($F=5,12$; $p\leq 0,047$). En estos casos, a pesar de que las puntuaciones promedio muestren algunas oscilaciones, se observa cómo se produce un incremento principal en el posttest y esa puntuación tiende a mantenerse hasta el último seguimiento. Las puntuaciones más altas las obtiene el G1 relacionado con una charla de información, seguido del G3 en el que se participó en juegos de roles relativos a las habilidades sociales y el manejo del preservativo y del G2, donde se establecieron grupos de discusión para abordar actitudes.

Por el contrario, el Grupo control no resulta tener diferencias significativas ($F=0,12$; $p\leq 0,734$). De hecho, si bien en la media pretest presenta una puntuación más

elevada que los tres primeros grupos, la media resulta menor en los siguientes momentos de evaluación. Algo similar ocurre con los resultados arrojados por el grupo vinculado a la intervención basada la interacción con una persona afectada por el VIH (G4), al relacionado con la lectura de información en la página Web (G6) y, sobre todo, al que ha participado en el visionado de imágenes aversivas (G5) que obtiene la puntuación más baja en el segundo seguimiento ($\bar{X} = 3,00$; $DT = 1,26$).

En resumen, del análisis de estas tres variables relacionadas con la información, se observa en todas ellas un efecto momento significativo que, en el caso de la información real sobre vías de transmisión sexual, se ve acompañado por el efecto de la interacción momento por el tipo de intervención.

Cuando se comparan las medias a través de los ANOVAs, se puede ver que en este último caso los tres primeros grupos, en los que la intervención específica se basa en una charla informal, un taller actitudinal y el abordaje de las habilidades sociales y las destrezas motoras, son los que más cambian. Sin embargo, en la variable información percibida y en la variable información real sobre vías de transmisión en general, los cambios significativos se dan en casi todos los grupos excepto en el Grupo control.

7.2.1.2. Actitudes y creencias

Dentro del siguiente grupo de variables que tienen que ver con las actitudes y creencias de los jóvenes, hemos querido comenzar por la preocupación general por la salud que éstos manifiestan. A nivel general (ver Tabla 13), se observa que el efecto momento no muestra significatividad estadística ($F = 2,18$; $p \leq 0,143$), al igual que el efecto tipo de intervención ($F = 0,85$; $p \leq 0,533$) y el efecto de la interacción entre ambos ($F = 0,74$; $p \leq 0,616$).

Tabla 13. Análisis de medidas repetidas en "Relevancia de salud" según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	2,18	0,143
Tipo intervención	0,85	0,533
Interacción momento*tipo intervención	0,74	0,616

Tabla 14. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Relevancia de Salud"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	9,35	0,77	8,82	2,17	9,50	0,76	9,55	0,73	F= 3,37 p=0,104
G2	9,44	0,75	9,20	2,04	9,35	0,87	9,47	0,87	F= 1,05 p=0,320
G3	9,32	1,11	9,33	1,09	9,35	0,93	9,58	0,67	F= 2,45 p=0,145
G4	9,50	0,98	9,35	1,11	9,52	0,75	9,57	0,69	F= 0,22 p=0,645
G5	9,72	0,54	9,52	0,59	9,78	0,42	9,72	0,47	F= 0,38 p=0,553
G6	9,56	0,74	9,29	2,03	9,72	0,63	9,68	0,75	F= 0,40 p=0,533
G7	9,53	0,84	9,52	0,69	9,50	0,89	9,64	0,63	F= 0,39 p=0,542
ANOVA	F= 0,65 p= 0,691		F=0,52 p=0,789		F=0,85 p=0,532		F=0,21 P=0,971		

Tal y como se observa en la Tabla 14, las diferencias existentes entre los grupos en los distintos momentos de evaluación tampoco son significativas, tal y como indican los cálculos de los ANOVAs. Si bien es cierto que en las puntuaciones la mayoría de los grupos descienden ligeramente en el posttest también lo es que, en los posteriores momentos de evaluación, ascienden algo a nivel general. No obstante, estas oscilaciones no resultan ser significativas tal y como se observa en los cálculos del ANOVA para cada uno de los grupos.

Por otro lado, sería necesario tener en cuenta que en todo momento estamos hablando de medidas altas que excepto en un caso, sobrepasan el 9 en una escala de 0 a 10, con lo que los pequeños cambios observados no parecen ser muy significativos.

La siguiente variable se refiere a la probabilidad que las personas asumen de infectarse por el VIH en una escala de 0 (ninguna) a 100 (mucha). En la Tabla 15, se observa cómo los distintos efectos no muestran significación estadística: ni el efecto momento ($F=3,12$; $p\leq 0,081$), ni el efecto tipo de intervención ($F=0,96$; $p\leq 0,454$), ni el efecto de la interacción entre ambos ($F=1,49$; $p\leq 0,191$); aunque el efecto momento de evaluación se acerca más que los otros dos.

Aunque tampoco en los distintos momentos de evaluación se observan diferencias significativas a nivel estadístico entre los diferentes grupos (ver Tabla 16), en el segundo seguimiento se observa una tendencia hacia la significación ($F=1,99$; $p\leq 0,074$). En este momento el G5, relacionado con el visionado de imágenes aversivas, arroja resultados más elevados que los demás grupos ($\bar{X} = 43,54$; $DT=35,70$) al igual que ocurre en el primer seguimiento ($\bar{X} = 30,71$; $DT=29,41$), siendo el grupo que más cambia con el tiempo.

Tabla 15. Análisis de medidas repetidas en "Probabilidad percibida de infectarse por VIH" según las distintas estrategias de intervención".

MANOVA	F	p
Momento	3,12	0,081
Tipo intervención	0,96	0,454
Interacción momento*tipo intervención	1,49	0,191

Tabla 16. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Probabilidad percibida de infectarse por VIH".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
G1	13,91	18,09	15,33	20,69	23,28	31,24	17,89	28,55	F= 1,60	p=0,241
G2	24,48	24,23	28,28	29,85	23,05	19,76	29,00	29,95	F= 0,98	p=0,336
G3	19,92	21,53	33,50	30,27	21,90	22,98	28,41	26,81	F= 0,07	p=0,799
G4	16,12	22,64	15,78	17,16	14,52	18,70	11,68	14,07	F= 0,36	p=0,556
G5	23,83	24,15	22,26	21,22	30,71	29,41	43,54	35,70	F= 1,80	p=0,213
G6	29,19	43,78	30,56	31,88	27,62	24,05	17,63	22,81	F= 0,27	p=0,607
G7	21,17	21,40	26,05	33,05	25,87	34,01	24,00	33,75	F= 1,77	p=0,207
ANOVA	F= 0,94 p= 0,462		F= 1,54 p=0,170		F= 0,75 p=0,611		F= 1,99 p=0,074			

Si se estudia la evolución de cada grupo, en algunos también se percibe un aumento del promedio desde la puntuación pretest al segundo seguimiento aún manteniendo algunas oscilaciones intermedias: el G1 relacionado con una charla informativa ($\bar{X}_{pre}= 13,91$; $\bar{X}_{seguim2}=17,89$), el G2 basado en un grupo de discusión para cambiar actitudes ($\bar{X}_{pre}= 24,48$; $\bar{X}_{seguim2}=29,00$), el G3 basado en el juego de roles sobre habilidades y destrezas ($\bar{X}_{pre}= 19,92$; $\bar{X}_{seguim2}=28,41$).

Un comentario específico merecen las distintas evoluciones de los grupos G3 y G5 en los que se trabaja la variable percepción de riesgo aunque con dos estrategias muy distintas. En el G3, tras una breve intervención, se realizaban juegos de roles relativos a la mejora de las habilidades sociales (asertividad) en las situaciones de riesgo y las destrezas en la colocación y manejo del preservativo como método preventivo ante el riesgo de infección. En el G5, la variable percepción de riesgo se trabajaba a través de imágenes aversivas que producían miedo. Pues bien, en el postest, el grupo que mayor riesgo percibe de contraer el VIH es el G3 y después esta percepción tiende a disminuir. Por el contrario, la estrategia aversiva no muestra tener impacto en el postest. Parece como si incluso los jóvenes se hubieran distanciado del mensaje. Sin embargo, con el tiempo la estrategia hace su efecto, de una manera más diferida que en el G3. Ambas estrategias, por tanto, parecen actuar pero con mecanismos y de forma muy diferente.

La siguiente variable muestra cuánto temor manifiesta la población del estudio respecto a la probabilidad de infectarse por VIH en una escala de 0 (ninguna) a 100 (mucho).

A nivel general se percibe, tras realizar los cálculos del MANOVA (ver Tabla 17), cómo el efecto momento muestra significación estadística ($F=5,56$; $p\leq 0,020$). Es decir, existen diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas en los

distintos momentos de evaluación. Por el contrario, ni el efecto tipo de intervención ($F=1,71$; $p\leq 0,126$), ni el efecto de la interacción entre el momento de evaluación y el tipo de intervención ($F=0,89$; $p\leq 0,504$) muestran significación estadística.

Tabla 17. Análisis de medidas repetidas en "temor al VIH" según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	5,56	0,020
Tipo intervención	1,71	0,126
Interacción momento*tipo intervención	0,89	0,504

Tabla 18. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "temor al VIH"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
G1	46,83	40,81	54,68	39,12	56,78	42,41	56,55	43,75	F= 3,32	p=0,106
G2	72,00	36,61	76,96	33,60	80,25	31,47	75,82	34,74	F= 1,84	p=0,193
G3	79,00	29,44	82,33	29,51	77,75	34,51	80,00	33,30	F= 0,01	p=0,916
G4	69,00	36,45	63,91	35,51	78,19	33,23	69,89	36,85	F= 0,01	p=0,922
G5	71,80	37,21	76,09	32,71	73,85	33,86	86,54	28,83	F= 2,89	p=0,120
G6	78,46	31,29	78,95	33,06	84,50	33,43	83,10	35,68	F= 0,54	p=0,474
G7	60,79	41,91	70,84	40,22	68,12	41,91	70,86	37,01	F= 2,71	p=0,124
ANOVA	F= 2,27 p= 0,039		F= 1,77 p= 0,109		F= 1,09 p= 0,370		F= 0,88 p= 0,508			

Si bien no existen diferencias significativas dentro de la evolución longitudinal de cada uno de los grupos, tal y como muestra el cálculo de los ANOVAs (ver Tabla 18), cabe matizar algunas observaciones. En líneas generales, todos los grupos aumentan sus puntuaciones promedio aunque algunos presenten ciertas oscilaciones. Sólo el G4, en el que intervino un paciente afectado, desciende la puntuación en el posttest ($\bar{X}=63,91$; $DT=35,51$) aunque la aumenta en los seguimientos posteriores. Aún así llama la atención que en los dos grupos en los que el temor crece más son el G1 y el G5. En el G1 quizá una mayor información puede hacer que se tema una enfermedad que en muchos casos se consideraba curable. En el G5 se ofrecía a los jóvenes imágenes aversivas que fácilmente podían provocar temor.

Asimismo, cabe destacar que en el momento pretest se observan ciertas diferencias significativas entre los distintos grupos tal y como arroja el cálculo del ANOVA ($F=2,27$; $p\leq 0,039$), aunque sólo el G1 parece estar más distante del resto. Esto podría influir en el comportamiento de los resultados. Sin embargo, en los demás momentos de evaluación las desigualdades no resultan ser significativas a nivel estadístico y si bien, en cada momento un grupo diferente es el que presenta superioridad ante el resto, en ninguno de los casos es el Grupo control.

En las Tablas 19 y 20 se presentan los resultados relacionados con la variable “Gravedad percibida”, es decir, la peligrosidad que las personas atribuyen al VIH-Sida. A nivel global se observa cómo el efecto momento presenta significación estadística ($F=8,55$; $p<0,004$), esto es, las variaciones observadas entre los promedios en los distintos momentos de evaluación resultan ser significativas a nivel estadístico. Por el contrario, el efecto tipo de intervención ($F=1,96$; $p\leq 0,079$) y el efecto de la interacción entre el momento y el tipo de intervención ($F=1,32$; $p\leq 0,254$) no muestran significatividad estadística, aunque el primero se acerca mucho más que el segundo.

Tabla 19. Análisis de medidas repetidas en “Gravedad percibida” según las distintas estrategias de intervención.

	F	p
MANOVA		
Momento	8,55	0,004
Tipo de intervención	1,96	0,079
Interacción momento*tipo intervención	1,32	0,254

Tabla 20. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Gravedad percibida”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	3,17	0,65	3,27	0,45	3,28	0,47	3,44	0,53	F=0,00 p=1,000
G2	3,40	0,50	3,40	0,50	3,35	0,49	3,18	0,39	F=1,96 p=0,181
G3	3,44	0,51	3,33	0,64	3,30	0,57	3,33	0,65	F=0,88 p=0,368
G4	3,50	0,59	3,00	0,60	3,05	0,38	3,16	0,37	F=6,02 p=0,025
G5	3,48	0,50	3,65	0,49	3,50	0,52	3,64	0,50	F=0,71 p=0,420
G6	3,61	0,45	3,50	0,59	3,36	0,58	3,37	0,60	F=2,26 p=0,150
G7	3,74	0,55	3,47	0,51	3,31	0,79	3,36	0,63	F=0,52 p=0,037
ANOVA	F= 2,38 p= 0,031		F=3,27 p=0,005		F=1,12 p=0,357		F=1,29 p=0,268		
Prueba Scheffé	G5>G4								

Por otro lado, pueden observarse algunas diferencias entre los promedios de los grupos en algunos de los momentos de evaluación. Por una parte, el cálculo del ANOVA en el pretest arroja diferencias estadísticas significativas ($F=2,38$; $p\leq 0,031$) lo que podría influir en los resultados de la muestra.

Además, aparecen diferencias significativas en la evaluación postest ($F=3,27$; $p\leq 0,005$), sobre todo, entre el G5 y el G4 tal y como indica la Prueba Scheffé. De esta forma, el G5 que visionó imágenes aversivas relacionadas con el tema ($\bar{X}=3,65$; $DT=0,49$) supera en puntuación promedio al G4 en el que intervino un paciente ($\bar{X}=3,00$; $DT=0,60$). Si se compara el G5 con el resto de los grupos, se ve cómo presenta los resultados más elevados en todas las mediciones posteriores a la realización de la tarea. El G1 también presenta una progresión ascendente de puntuaciones promedio pero en menor medida. En cualquier caso es importante

prestar atención a que estos grupos también fueron de los que más cambiaron en la variable “temor al VIH”.

Por el contrario, otros grupos parecen descender en el transcurso temporal y algunos lo hacen significativamente. Estos son los casos del G7 ($F=0,52$; $p\leq 0,037$) y del G4 ($F=6,02$; $p\leq 0,025$) que, en este caso, presenta un comportamiento contrario al esperado.

En resumen, el tipo de intervención parece influir en algunos de los resultados relacionados con las variables referidas a la percepción sobre el VIH y la probabilidad de infectarse. En cuanto a esta última, si bien es cierto que todos los grupos excepto el G5 (relacionado con el visionado de imágenes aversivas) aumentan su promedio en el posttest, aunque de manera no significativa a nivel estadístico, éste es el grupo que más aumenta su puntuación en los seguimientos, superando a todos los demás y alcanzando casi la significatividad estadística en el segundo seguimiento. De forma similar, es el grupo que más aumenta sus promedios en la percepción de gravedad de la enfermedad.

Por el contrario, el grupo en el que participa el paciente (G4) desciende en el posttest de la percepción de la gravedad aunque luego se recupera y también disminuye su puntuación en el temor a infectarse por el VIH y la probabilidad de infectarse. Parecen existir diferencias en la respuesta de la muestra en función de cómo reciben la información relativa al impacto de la enfermedad, observándose un mayor cambio de respuesta cuando la reciben a través de imágenes aversivas y no tanto a través de una persona infectada que podría mediar en el procesamiento del mensaje asimilado por la muestra y sus creencias sobre la gravedad y el temor ante el VIH, quizá relativizando algunas ideas.

La variable confianza en el uso del preservativo se vincula con la credibilidad que las personas le otorgan a la eficacia del preservativo como método preventivo ante la infección por el VIH. Esta variable se ha construido con un sumatorio de los ítems 15 y 16 que oscila entre 0 (ninguna) y 4 (mucho).

Según los datos reflejados en la Tabla 21, solamente el efecto momento muestra significación estadística tras el cálculo del MANOVA ($F=11,17$; $p\leq 0,001$). Por el contrario, el efecto tipo de intervención ($F=0,95$; $p\leq 0,720$) y el efecto de interacción

entre el momento de evaluación y el tipo de intervención ($F=0,72$; $p\leq 0,298$) no muestran significación estadística.

Tabla 21. Análisis de medidas repetidas en “Confianza en el uso del preservativo” según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	11,17	0,001
Tipo de intervención	0,95	0,720
Interacción momento*tipo intervención	0,72	0,298

Tabla 22. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Confianza en el uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	2,43	0,66	2,77	0,43	2,64	0,63	2,78	0,44	F=8,90 p=0,017
G2	2,63	0,49	2,64	0,70	2,75	0,44	2,76	0,44	F=1,20 p=0,290
G3	2,44	0,65	2,54	0,51	2,65	0,49	2,58	0,51	F=0,56 p=0,470
G4	2,37	0,77	2,65	0,71	2,76	0,44	2,63	0,60	F=2,12 p=0,163
G5	2,44	0,71	2,48	0,51	2,50	0,52	2,45	0,52	F=0,85 p=0,379
G6	2,35	0,69	2,42	0,71	2,45	0,59	2,31	0,67	F=0,17 p=0,686
G7	2,47	0,61	2,53	0,61	2,56	0,81	2,78	0,42	F=1,59 p=0,229
ANOVA	F= 0,50 p= 0,807		F=0,89 p=0,504		F=0,86 p=0,527		F=1,74 p=0,120		

Si se profundiza en el análisis, se ve cómo el G1 presenta diferencias significativas entre los promedios arrojados en los distintos momentos de evaluación ($F=8,90$; $p\leq 0,017$) que, excepto en una oscilación del primer seguimiento, asciende progresivamente tras la intervención. Parece pues que solamente el grupo que trabajó sobre una charla informativa ve modificados significativamente sus resultados. El resto de grupos, incluido el control, presentan resultados promedios fluctuantes en los distintos momentos y no se muestran cambios significativos. Aún así cabe destacar que el grupo en el que la confianza en el preservativo experimenta mayor aumento en el posttest, detrás del G1 ($\bar{X}=2,77$; $DT=0,43$), es el G4 ($\bar{X}=2,65$; $DT=0,71$) que se centra en la intervención de un paciente infectado que al explicar su experiencia indica haberse infectado la única vez que no usó condón y el G2 ($\bar{X}=2,64$; $DT=0,70$) que trabaja actitudes y mejora en los seguimientos.

Por otra parte, cabe destacar que estos resultados no son debidos a diferencias previas entre los grupos tal y como indica el ANOVA del pretest ($F=0,50$; $p\leq 0,807$).

Mediante el estudio de las Tablas 23 y 24 se puede observar la evolución de la variable “dificultades del uso del preservativo”. Dicha variable hace referencia a la cantidad de inconvenientes que las personas encuentran en el uso del preservativo en

sus relaciones sexuales y al igual que la anterior, está basada en un sumatorio que oscila entre 0 (ninguna) y 9 (muchas) (ítems incluidos en ítem 47 en el pretest y el 36 en el postest).

Tabla 23. Análisis de medidas repetidas en "Dificultades del uso del preservativo" según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	P
Momento	2,25	0,137
Tipo de intervención	1,50	0,186
Interacción momento*tipo intervención	3,16	0,007

Tabla 24. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Dificultades del uso del preservativo"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	1,96	1,52	2,09	1,74	2,21	1,58	2,00	1,41	F= 1,71 p=0,227
G2	1,55	1,22	1,96	1,42	2,25	1,52	2,35	1,27	F= 5,62 p=0,031
G3	2,08	1,19	1,87	1,12	1,80	1,53	2,08	1,62	F= 0,06 p=0,940
G4	1,96	1,27	1,22	1,14	1,28	1,38	1,21	1,40	F= 5,57 p=0,030
G5	1,56	1,32	1,54	1,32	1,64	1,08	1,54	1,21	F= 0,28 p=0,610
G6	1,73	1,25	1,79	1,74	1,54	1,47	1,31	1,20	F= 0,77 p=0,391
G7	2,58	1,89	2,84	1,45	2,44	1,63	1,64	1,28	F= 6,95 p=0,021
ANOVA	F= 1,46 p= 0,196		F=2,66 p=0,017		F=1,52 p=0,177		F=1,63 p=0,147		
Prueba Scheffé			G7>G4						

En un primer análisis, se puede ver que en dicha variable el efecto interacción entre el momento y el tipo de intervención en la que participaron los sujetos muestra significatividad estadística ($F=3,16$; $p\leq 0,007$). Sin embargo, ni el efecto momento ($F=2,25$; $p\leq 0,137$) ni el efecto tipo de intervención ($F=1,50$; $p\leq 0,186$) muestran ser significativos a nivel estadístico.

Si se observa más detalladamente la evolución longitudinal de cada grupo se ve cómo tres de ellos muestran diferencias significativas entre los distintos momentos de evaluación. Por un lado, el G2 a través de la discusión en grupo sobre actitudes, aumenta sus puntuaciones de manera significativa en los distintos momentos de evaluación ($F=5,62$; $p\leq 0,031$). Es decir, las personas que participan en este grupo cada vez encuentran mayores inconvenientes al empleo del preservativo. También cabe destacar, sin embargo, que dichas diferencias no alcanzan en promedio ni un punto de diferencia.

Por otro lado, el Grupo control (G7) también arroja diferencias significativas ($F=6,95$; $p\leq 0,021$). Si bien es cierto que muestra algunos descensos, las medias presentan un comportamiento oscilante. El único grupo en el que progresan las medias de forma más clara, en un sentido descendente, es el G4 ($F=5,57$; $p\leq 0,030$)

donde participó una persona infectada por VIH. En este grupo las dificultades percibidas para el uso del preservativo descienden notablemente tras la intervención y el cambio tiende a mantenerse con el tiempo.

Si se observa la relación entre los grupos en los distintos momentos de evaluación, sólo se perciben diferencias significativas en la medida postest ($F=2,66$; $p\leq 0,017$). En este momento destaca la inferioridad del promedio del Grupo control ($\bar{X}=2,84$; $DT=1,45$), en la medida en que muestra la puntuación más elevada y, por tanto, el mayor número de inconvenientes en el uso del preservativo. Por el contrario, el G4 ($\bar{X}=1,22$; $DT=1,14$) es el grupo mejor ubicado en cuanto tiene un menor promedio de dificultades encontradas en el uso del preservativo. De hecho, exceptuando el pretest, el G4 es el grupo que presenta las mejores puntuaciones (menores dificultades percibidas) en todos los momentos.

La variable “ventajas del uso del preservativo” hace alusión a la cantidad de ventajas que las personas asocian al empleo de dicho método preventivo en sus relaciones sexuales. Según la Tabla 25, no se muestra significación estadística en el efecto momento ($F=0,36$; $p\leq 0,548$), el efecto tipo de intervención ($F=1,17$; $p\leq 0,329$) ni el efecto de la interacción entre ambos ($F=0,70$; $p\leq 0,652$).

A partir de la Tabla 26, en la misma línea, se observa cómo las diferencias existentes entre los distintos grupos en los diversos momentos de evaluación sólo presentan significación estadística en el caso del G3.

Tabla 25. Análisis de medidas repetidas en “Ventajas del uso del preservativo” según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	0,36	0,548
Tipo de intervención	1,17	0,329
Interacción momento*tipo intervención	0,70	0,652

Tabla 26. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Ventajas del uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	3,00	1,21	3,36	1,25	3,45	0,65	3,44	0,72	F=0,61 p=0,456
G2	3,07	1,27	3,44	1,12	3,30	1,26	3,65	1,22	F=0,88 p=0,363
G3	3,04	1,46	3,00	1,10	3,25	1,07	3,33	1,07	F=6,09 p=0,031
G4	3,33	1,20	3,30	1,29	3,19	1,03	3,05	1,13	F=0,30 p=0,593
G5	3,40	1,58	3,17	1,43	3,57	1,40	3,36	0,67	F=0,01 p=0,915
G6	3,81	1,62	3,79	1,38	3,81	1,65	3,84	1,67	F=0,08 p=0,782
G7	3,79	1,44	3,95	1,35	3,75	0,58	3,71	0,73	F=0,72 p=0,410
ANOVA	F= 1,38 p= 0,225		F= 1,49 p= 0,186		F= 0,87 p= 0,516		F= 0,95 p= 0,465		

En el G1 y el G2, se producen los mayores incrementos en las ventajas percibidas del uso del preservativo en el posttest, teniendo a incrementarse todavía más el cambio con el tiempo, junto al G7 que en su caso disminuye los promedios tanto en el primero como en el segundo seguimiento. Por lo que respecta al G3, el patrón es diferente. En el posttest, apenas se observan diferencias y sin embargo éstas comienzan a aparecer diferidamente en el primer seguimiento y en el segundo llegando a ser las diferencias estadísticamente significativas ($F=6,09$; $p\leq 0,031$). Como se ha mencionado, estos cambios no son debidos a diferencias significativas previas entre los grupos de intervención, tal y como indica el ANOVA en el pretest ($F=1,38$; $p\leq 0,225$).

En relación con las variables anteriores, llama la atención que la intervención más eficaz para disminuir los inconvenientes percibidos es aquella en la que participa un paciente, quizá porque la muestra tiene la capacidad de relativizar los inconvenientes sobre el uso del preservativo ante las consecuencias que observa en el modelo del paciente de VIH. Mientras, la intervención más eficaz para incrementar las ventajas percibidas es la que tiene que ver con el entrenamiento en habilidades de uso del preservativo en la que también disminuyen las dificultades asociadas al preservativo en casi todos los momentos de evaluación.

Por otro lado, en la estrategia relativa a la discusión de grupo sobre actitudes se observan dos tendencias, si bien aumentan las ventajas asociadas al uso del preservativo, también lo hacen las dificultades percibidas con su uso. Quizá, tal y como indican algunos modelos teóricos, el procesamiento de la información relativo a la percepción de ventajas y de inconvenientes respecto a los métodos preventivos es diferente. Además, respecto al aumento de las dificultades quizá el ajuste temporal de las intervenciones no ha permitido un desarrollo completo de este componente lo que ha facilitado el aumento de las mismas en este grupo de intervención.

La variable "creencias normativas" en nuestro estudio se refiere a la percepción que las personas tienen sobre la aceptación de su entorno ante el empleo del preservativo.

En el análisis de dicha variable se puede observar, a partir de la Tabla 27, que no existen diferencias significativas entre los grupos en los distintos momentos de evaluación: pretest ($\chi^2=7,82$; $p\leq 0,251$), posttest ($\chi^2=4,59$; $p\leq 0,597$), primer seguimiento ($\chi^2=4,81$; $p\leq 0,568$) y segundo seguimiento ($\chi^2=4,31$; $p\leq 0,635$). Cabe destacar, sin embargo, que la mayor parte de los grupos (G1, G3, G4, G5 y G7)

arrojan las máximas puntuaciones desde la primera medición (100%) y que éstas permanecen estables en el transcurso del tiempo.

Tabla 27. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Creencias normativas"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
G1	100	0	100	0	100	0	100	0
G2	96,3	3,7	96	4	100	0	100	0
G3	100	0	100	0	100	0	100	0
G4	100	0	100	0	100	0	100	0
G5	100	0	100	0	100	0	100	0
G6	92,3	7,7	95,8	4,2	95,5	4,5	95,5	4,5
G7	100	0	100	0	100	0	100	0
Kruskal-Wallis	Chi ² = 7,82 p= 0,251		Chi ² = 4,59 p=0,597		Chi ² =4,81 p=0,568		Chi ² = 4,31 p=0,635	

Respecto a los dos grupos que no presentan la puntuación máxima cabe resaltar, por un lado, cómo el G2 (basado en una discusión grupal sobre actitudes) aumenta su puntuación desde la evaluación posttest (96%) hasta la puntuación máxima en el primer seguimiento (100%), manteniéndola también en el segundo seguimiento. El G6, relacionado con la lectura de información a través de una página Web, también aumenta su puntuación en el posttest (95,8%) y en los seguimientos prácticamente la mantiene (95,5%).

En cualquier caso parece lógico, dado el elevado punto de partida de todos los grupos en el pretest, que no aparezcan diferencias importantes tras la intervención en ninguno de ellos y que el grupo que obtiene mayor mejoría a medio plazo es aquel relacionado con el trabajo actitudinal.

En resumen, las variables relativas a las valoraciones relacionadas con el preservativo arrojan algunas diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación. De hecho, en cuanto a la confianza del preservativo se muestra una significación estadística del efecto momento, en esta variable se observa una mejora de todos los tipos de intervención aunque sólo muestre diferencias estadísticas significativas el G1, relacionado con la transmisión de información. En cuanto a las dificultades asociadas al preservativo se muestra una significación estadística del efecto interacción entre el momento de evaluación y el tipo de intervención. En esta variable destaca la mejoría del G4 en el que ha participado un paciente infectado. También se observa una mejora del G3 (basado en un juego de roles para practicar las habilidades sociales y las destrezas para el manejo del preservativo) en el posttest y del G6 (relacionado

con la lectura de información en una página Web) en los seguimientos. Por el contrario, resultados negativos se observan en el Grupo control y en el G2, relacionado con la discusión actitudinal. En cuanto a las ventajas asociadas al preservativo, sólo muestra mejoría significativa a nivel estadístico el G3 aunque los grupos relacionados con la información (G1) y la discusión grupal de actitudes (G2) también mejoran algo. Respecto a las creencias normativas, los resultados parten de niveles muy altos y se mantienen o mejoran en todos los tipos de intervención.

La “Autoeficacia” es una variable relacionada con la autovaloración que las personas tienen sobre su posible desempeño ante una situación de riesgo. A medida que arrojan mayores puntuaciones, dentro de un rango de 0 a 42, manifiestan una mayor seguridad en sí mismas para afrontar con éxito la situación de riesgo.

A nivel general, se observa cómo no se muestra significación estadística ni en el efecto momento ($F=3,03$; $p\leq 0,085$), en el efecto tipo de intervención ($F=1,38$; $p\leq 0,229$) o el efecto de la interacción entre ambos ($F=0,77$; $p\leq 0,597$) tal y como indica el cálculo del MANOVA (ver Tabla 28).

En la Tabla 29, se observa cómo tampoco se dan diferencias significativas entre los promedios arrojados por los distintos grupos de intervención en los diferentes momentos de evaluación.

Tabla 28. Análisis de medidas repetidas en “Autoeficacia general” según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	3,03	0,085
Tipo de intervención	1,38	0,229
Interacción momento*tipo intervención	0,77	0,597

Tabla 29. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Autoeficacia General”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	35,04	4,71	34,86	3,69	35,86	3,25	35,11	3,48	F=0,44 p=0,526
G2	32,96	4,26	32,64	4,18	32,30	4,58	32,35	4,51	F=0,05 p=0,817
G3	35,24	4,03	33,96	4,87	37,00	12,66	36,00	4,36	F=2,68 p=0,132
G4	36,37	3,84	35,69	4,59	36,62	5,39	37,05	6,22	F=2,40 p=0,139
G5	33,04	4,50	32,78	5,23	32,43	6,15	34,54	5,24	F=3,61 p=0,087
G6	34,34	5,58	34,17	5,34	34,64	5,92	34,21	5,74	F=0,01 p=0,916
G7	34,00	4,39	33,10	5,25	33,56	4,84	34,78	4,59	F=0,12 p=0,737
ANOVA	F= 1,84 p= 0,094		F=1,30 p=0,260		F=1,43 p=0,209		F=1,40 p=0,221		

Si bien el G4 (basado en la intervención de un paciente) es el grupo que presenta con mayor frecuencia una puntuación más elevada, ya la tenía en el pretest por lo que no cabe hacer ninguna deducción de esto. Un fenómeno parecido ocurre con el G2 (basado en la discusión grupal de actitudes) que en todos los momentos de evaluación, incluido el pretest, arroja las menores puntuaciones.

Si se observa el comportamiento de cada grupo en los distintos momentos de evaluación se puede comprobar cómo algunos de ellos van cambiando aunque sea de manera no significativa a nivel estadístico. De esta forma, el G3 (basado en juegos de roles para mejorar las habilidades sociales) aumenta sus puntuaciones aunque sea de forma oscilante, desde el pretest ($\bar{X}=35,24$; $DT=4,03$) hasta el segundo seguimiento ($\bar{X}=36,00$; $DT=4,36$). Sin embargo, otros grupos basados en la transmisión de información a través de una charla (G1) y en la discusión actitudinal (G2) mantienen más o menos constante su puntuación.

En cualquier caso, al igual que ocurría en la variable anterior, el análisis de estos datos arroja ya en el pretest una puntuación muy alta (mayor al 80% de máximo posible) lo que probablemente dificulta que se observen cambios significativos en función del tipo de intervención.

7.2.1.3. *Realización de conductas preventivas.*

La variable "frecuencia del uso del preservativo en el Coito Vaginal" hace referencia a la cantidad de ocasiones en las que las personas han realizado la conducta preventiva en sus relaciones de coito vaginal. El rango de respuesta oscila entre 0 (nunca) y 3 (siempre).

Como en el resto de variables relativas a la frecuencia e intención de conducta, debido a la disminución en el número de sujetos ya que se trata de prácticas realizadas por unos jóvenes y no por otros, optamos por la estadística no paramétrica. Se introduce el estadístico de la Z de Wilcoxon para averiguar si las oscilaciones entre los distintos momentos de evaluación resultan ser significativos para cada grupo y se descarta el cálculo del MANOVA relativo a los efectos.

En la Tabla 30 se observa, en un primer término, cómo existen diferencias significativas a nivel estadístico entre los distintos grupos de intervención tanto en el postest ($Chi^2=16,96$; $p\leq 0,009$) como en el primer seguimiento ($Chi^2=15,41$; $p\leq 0,017$).

Sin embargo, no existen diferencias significativas a nivel estadístico en el momento de evaluación pretest ($Chi^2=8,05$; $p\leq 0,235$) por lo que las diferencias anteriores no son debidas a desigualdades previas entre los grupos.

Tabla 30. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Frecuencia uso preservativo en coito vaginal"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	2,45	0,99	2,80	0,42	2,11	1,36	3,00	0,00	-1,73 (0,083)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G2	2,25	0,72	1,38	1,19	1,14	1,46	1,71	1,38	-1,42 (0,155)	-1,09 (0,276)	-0,82 (0,414)
G3	2,10	0,87	2,40	0,91	2,17	0,72	2,50	0,84	-1,38 (0,167)	-1,19 (0,234)	-0,82 (0,414)
G4	2,63	0,49	2,67	0,82	2,80	0,56	2,42	0,99	-0,33 (0,739)	-1,00 (0,317)	-0,033 (0,739)
G5	2,38	0,78	2,50	0,67	2,37	0,52	2,43	0,79	0,00 (1,000)	-1,41 (0,157)	-1,00 (0,317)
G6	2,50	0,82	2,62	1,06	2,44	1,13	2,25	1,39	-0,45 (0,655)	-1,09 (0,276)	-1,00 (0,317)
G7	2,12	0,88	1,55	1,51	1,30	1,42	1,50	1,43	-1,00 (0,317)	-1,51 (0,132)	-1,63 (0,102)
Kruskal-Wallis	Chi ² =8,05 p=0,235		Chi ² =16,96 p=0,009		Chi ² =15,41 p=0,017		Chi ² =7,64 p=0,266				

En el postest, se observa cómo el grupo que presenta un mayor promedio es el G1 basado en una charla informativa ($\bar{X}=2,80$; DT=0,42) seguido del G4 que cuenta con la participación de un paciente ($\bar{X}=2,67$; DT=0,82) y del G6 en el que los participantes debían leer una Web con contenidos sobre VIH-Sida ($\bar{X}=2,62$; DT=1,06). Estos últimos grupos, también manifiestan su superioridad en el primer seguimiento, primero el G4 ($\bar{X}=2,80$; DT=0,56) y después el G6 ($\bar{X}=2,44$; DT=1,13). Si bien es cierto que el G1 relaja su promedio en este momento ($\bar{X}=2,11$; DT=1,36) en el segundo seguimiento mantiene su superioridad ($\bar{X}=3,00$; DT=0,00). En dichos momentos de evaluación, el G2 (basado en una discusión grupal sobre actitudes) y el G7 (Grupo control) muestran la menor puntuación.

Con independencia de lo anterior, según la Z de Wilcoxon las oscilaciones presentadas por cada grupo en los distintos momentos de medida no muestran significación estadística.

En el estudio de la variable "frecuencia del uso del preservativo en la práctica de sexo oral" se pretende conocer en qué medida la muestra ha realizado dicha conducta preventiva. Al igual que la variable anterior, el rango de puntuaciones se define con una escala likert de 0 (nunca) a 3 (siempre).

En un primer término, a través de los cálculos de Kruskal-Wallis en los distintos momentos de evaluación se observa cómo las diferencias entre los distintos grupos de intervención no son significativas a nivel estadístico.

No obstante, cabe destacar que en el postest mientras el G2 (relacionado con la discusión grupal sobre actitudes) es el que obtiene una puntuación más alta ($\bar{X}=0,58$; DT=1,16) seguido del G5 basado en el visionado de imágenes aversivas ($\bar{X}=0,50$; DT=1,07), el Grupo control es el que presenta los promedios más bajos ($\bar{X}=0,22$; DT=0,63).

Tabla 31. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo en sexo oral”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)		
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	0,58	0,96	0,28	0,48	0,43	1,13	1,00	1,14	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)
G2	0,12	0,34	0,58	1,16	0,28	0,67	0,11	0,33	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G3	0,14	0,53	0,30	0,85	0,25	0,86	0,17	0,41	-0,45 (0,655)	-1,00 (0,317)	-0,00 (1,000)
G4	0,26	0,73	0,27	0,65	0,50	1,00	0,44	0,72	-1,00 (0,317)	-0,00 (1,000)	-0,00 (1,000)
G5	0,33	0,48	0,50	1,07	0,75	0,89	0,50	0,75	0,00 (1,000)	-1,34 (0,180)	-1,41 (0,157)
G6	0,66	0,85	0,33	0,82	0,50	1,07	0,57	1,13	-1,00 (0,317)	-0,45 (0,655)	-1,34 (0,180)
G7	0,37	0,97	0,22	0,63	0,67	1,12	0,72	1,27	-1,73 (0,083)	-1,41 (0,157)	-1,00 (0,317)
Kruskal-Wallis	Chi ² =8,40 p=0,210		Chi ² =1,38 p=0,967		Chi ² =4,92 p=0,554		Chi ² =3,36 p=0,763				

Cabe mencionar, sin embargo, que éste aumenta sus promedios en ambos seguimientos al igual que lo hace el G1 (basado en una charla informativa) que en el segundo seguimiento alcanza el promedio más elevado de todas las evaluaciones ($\bar{X}=1,00$; DT=1,14). En este seguimiento, el G2 ($\bar{X}=0,11$; DT=0,33) es el que presenta un promedio más bajo.

Parece que mientras la transmisión de información a través de un facilitador muestra sus efectos positivos a más largo plazo, la discusión actitudinal los presenta a corto plazo pero dichos resultados no se mantienen con el tiempo.

En la tabla 32 se presenta la “frecuencia del uso del preservativo en el coito anal”, variable relativa a las ocasiones en las que practicada dicha conducta sexual se ha empleado el preservativo como método preventivo.

Como en las variables anteriores, el rango de puntuación oscila entre 0 (nada) y 3 (siempre). Cabe mencionar que existe una falta de datos en los resultados, quizá asociada a una menor práctica de dicha conducta y por tanto al no cumplimentado de

esta cuestión. De igual forma se considera relevante hacer el análisis de los resultados obtenidos.

Tabla 32. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Frecuencia uso preservativo en coito anal"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	0,75	1,39	2,00	1,73	0,00	0,00	-	-	-	-	-
G2	0,50	0,84	0,25	0,50	1,00	0,00	2,00	0,00	-1,00 (0,317)	-	-
G3	0,33	0,52	0,00	0,00	1,00	1,73	1,00	0,00	-1,00 (0,317)	-	-
G4	0,67	1,03	3,00	0,00	3,00	0,00	2,67	0,57	-	-	-
G5	1,12	1,36	2,00	0,82	0,75	1,50	0,00	0,00	-1,63 (0,102)	0,000 (1,000)	0,000 (1,000)
G6	0,80	1,09	3,00	0,00	1,50	2,12	0,00	0,00	-	-	0,000 (1,000)
G7	1,17	1,47	0,20	0,45	1,50	2,12	1,50	2,12	0,000 (1,000)	-1,00 (0,317)	-
Kruskal -Wallis	Chi ² =2,09 p=0,911		Chi²=15,22 p=0,019		Chi ² =2,93 p=0,818		Chi ² =7,06 p=0,216				

Al igual que ocurría con la frecuencia del uso del preservativo en el coito vaginal, se observan diferencias significativas entre los distintos grupos en la evaluación posttest (Chi²=15,22; p≤0,019). En este momento, el G4 (basado en la intervención de un paciente) y el G6 (sobre la lectura de contenidos de VIH-Sida en una página Web) son los que obtienen una mayor puntuación, alcanzando la máxima posible (\bar{X} =3,00; DT=0,00). En los seguimientos, mientras el G4 prácticamente mantiene su puntuación el G6 relaja los promedios.

Si bien es cierto que el G3 (basado en el juego de roles para mejorar las habilidades sociales y las destrezas en manejo del preservativo) es el que presenta la mínima puntuación (\bar{X} =0,00; DT=0,00) dentro del posttest, este grupo mejora sus promedios en los seguimientos. Al contrario de lo que ocurría en la práctica del sexo oral, mientras el G1 basado en una charla informativa aumenta en el posttest y luego se relaja, el G2 vinculado la discusión grupal sobre actitudes, desciende en el posttest pero mejora sus promedios en los seguimientos. De hecho, en el segundo seguimiento (\bar{X} =2,00; DT=0,00) se sitúa en segundo lugar detrás del G4 (\bar{X} =2,67; DT=0,57) que, como ya se ha comentado, es el que obtiene mejores resultados dentro de esta variable. Sin embargo, los cálculos obtenidos con la Z de Wilcoxon muestran que dichas oscilaciones no son significativas a nivel estadístico en ningún caso.

La variable “frecuencia del uso del preservativo en relaciones de pareja estable” indaga la experiencia preventiva de la muestra en las relaciones sexuales mantenidas con una pareja que han considerado estable. A través de las puntuaciones se puede observar, según una escala de 0 (nada) a 3 (siempre), en qué medida las personas participantes han realizado dicha conducta de prevención.

Tabla 33. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo en pareja estable”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	2,42	1,02	2,75	0,46	2,00	1,41	3,00	0,00	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G2	2,15	0,89	1,53	1,26	1,62	1,50	1,55	1,51	-1,28 (0,200)	-0,92 (0,357)	-1,86 (0,063)
G3	2,20	0,89	2,14	0,94	2,30	0,75	2,50	0,84	-0,34 (0,732)	-0,97 (0,334)	-0,82 (0,414)
G4	2,47	0,70	2,46	0,97	2,46	0,97	2,40	0,70	-0,11 (0,915)	-0,08 (0,931)	-0,38 (0,705)
G5	2,20	0,83	2,23	0,93	2,00	1,07	2,17	1,17	-0,45 (0,655)	-0,57 (0,564)	-1,00 (0,317)
G6	2,25	0,77	2,25	1,39	1,44	1,36	1,54	1,36	-0,39 (0,705)	-1,41 (0,157)	-0,45 (0,655)
G7	2,12	0,81	1,14	1,46	1,11	1,19	1,54	1,36	-1,26 (0,206)	-1,67 (0,096)	-1,00 (0,317)
Kruskal-Wallis	Chi ² = 4,42 p= 0,620		Chi ² =10,62 p=0,101		Chi ² =10,12 p=0,120		Chi ² =7,24 p=0,299				

En líneas generales no se observan diferencias significativas a nivel estadístico, tal y como indica el cálculo de la H de Kruskal-Wallis en los distintos momentos de evaluación.

Dentro del análisis del postest, el G1 relacionado con la charla informativa es el que arroja un mayor promedio (\bar{X} =2,75; DT=0,46) seguido del G4 con la participación de un paciente de VIH que, prácticamente, mantiene su puntuación en todas las evaluaciones (\bar{X} =2,46; DT=0,97). Al igual que ocurría en la práctica del coito vaginal el G1, que alcanza la puntuación máxima en el segundo seguimiento (\bar{X} =3,00; DT=0,00), presenta mejores puntuaciones que el G2, basado en la discusión grupal sobre actitudes.

Por otro lado, el Grupo control es el que arroja menores puntuaciones tanto en el postest (\bar{X} =1,14; DT=1,46) como en los demás momentos de evaluación, descendiendo su promedio del pretest (\bar{X} =2,12; DT=0,81) en todos ellos. De igual forma, el análisis de las variaciones en los promedios de los distintos momentos de evaluación no resultan ser significativos en ninguno de los grupos según la Z de Wilcoxon.

En la Tabla 34, se reflejan los resultados obtenidos “frecuencia del uso del preservativo en la pareja esporádica”, es decir, a la realización de la conducta preventiva en sus prácticas sexuales con aquellas parejas que consideran esporádicas.

Tabla 34. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo pareja esporádica”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p) Pre- post	Z (p) Pre- Seg1	Z (p) Pre- Seg2
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT			
G1	1,67	1,58	0,75	1,50	1,50	2,12	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	-
G2	2,10	1,10	2,00	1,73	1,33	1,15	2,67	0,58	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	-1,41 (0,157)
G3	2,00	0,93	-	-	1,50	2,12	3,00	0,00	-	-	-
G4	2,54	0,93	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G5	2,08	1,31	0,00	0,00	1,00	1,41	2,33	1,15	-	-	0,00 (1,000)
G6	2,45	0,93	3,00	0,00	3,00	0,00	2,00	1,73	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G7	2,12	1,08	1,25	1,50	2,00	0,00	1,50	2,12	0,00 (1,000)	-0,86 (0,414)	-1,00 (0,317)
Kruskal -Wallis	Chi ² = 3,11 p= 0,794		Chi ² =9,31 p=0,097		Chi ² =9,41 p=0,152		Chi ² =2,36 p=0,884				

Al igual que ocurría en el caso del coito anal existen algunos vacíos de información, probablemente porque algunas personas que no realizaron dichas prácticas, no cumplieron esas preguntas. La escala de puntuación también oscila entre 0 (nada) y 3 (siempre).

En un primer término se observa cómo las diferencias que existen entre los distintos grupos en los diferentes momentos de evaluación no resultan ser significativos estadísticamente, tal y como arrojan los cálculos de Kruskal-Wallis. Igualmente cabe destacar cómo en el postest, tanto el G4 (relacionado con la participación de un paciente infectado por VIH) como el G6 (basado en la lectura de una página Web), alcanzan la puntuación máxima (\bar{X} =3,00; DT=0,00). Dichas puntuaciones se mantienen en el primer seguimiento y en el caso del G4 también en el segundo, mientras el G6 muestra un descenso de los datos (\bar{X} =2,00; DT=1,73).

Si bien el G5 (relacionado con imágenes aversivas) obtiene la mínima puntuación posible en el postest, se observa cómo recupera su promedio en los seguimientos posteriores alcanzando una media de 2,33 (DT=1,15) en el segundo. También el G1 (vinculado a la charla informativa) que desciende su promedio en el postest, mejora sus resultados tanto en el primer seguimiento como en el segundo alcanzando en éste la puntuación máxima (\bar{X} =3,00; DT=0,00).

El consumo de las drogas se ha caracterizado como un factor de riesgo para la realización de conductas sexuales que favorezcan la transmisión del VIH-Sida. La variable “frecuencia del uso del preservativo bajo los efectos del alcohol u otro tipo de drogas” hace referencia a las situaciones en las que la muestra ha realizado o no dicha conducta preventiva en dichas situaciones. Al igual que ocurría en otras variables, la medición se basa en una escala likert que va de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Como sucedía en las prácticas del coito vaginal y el coito anal, el cálculo de Kruskal-Wallis en el posttest arroja diferencias significativas a nivel estadístico entre los distintos grupos ($\text{Chi}^2=14,92$; $p\leq 0,021$). En este momento el G6, basado en la lectura de contenidos en una página Web, es el que arroja mejores resultados ($\bar{X}=3,00$; $\text{DT}=0,00$) aunque se relaja en los seguimientos posteriores. Seguido del G4, relacionado la intervención de un paciente ($\bar{X}=2,86$; $\text{DT}=0,38$), y que prácticamente mantiene su puntuación en los otros momentos de evaluación. Además, este grupo es el más destacado en el primer seguimiento. En el lado contrario se encuentra el G5 (basado en el visionado de imágenes aversivas) que sólo obtiene un promedio de 0,60 ($\text{DT}=0,89$).

Tabla 35. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Frecuencia uso preservativo con drogas”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)		Z (p)	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2	
G1	2,17	1,24	2,20	0,84	2,00	1,73	3,00	0,00	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	
G2	2,20	0,79	1,33	1,37	1,33	1,53	1,50	1,29	-1,30 (0,194)	-1,00 (0,317)	-0,58 (0,564)	
G3	2,17	1,03	1,86	1,21	2,00	0,89	2,50	0,70	0,00 (1,000)	-0,27 (0,785)	-0,45 (0,655)	
G4	2,35	0,93	2,86	0,38	2,33	0,82	2,80	0,45	-0,45 (0,655)	-0,76 (0,450)	-1,34 (0,180)	
G5	2,25	0,75	0,60	0,89	0,50	0,70	2,00	1,41	-1,84 (0,066)	-1,34 (0,180)	-1,00 (0,317)	
G6	2,00	1,22	3,00	0,00	1,80	1,09	2,00	1,55	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	-0,45 (0,655)	
G7	1,56	1,51	1,50	2,12	1,25	1,50	0,75	1,50	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	
Kruskal-Wallis	$\text{Chi}^2= 2,29$ $p= 0,891$		$\text{Chi}^2=14,92$ $p=0,021$		$\text{Chi}^2=10,23$ $p=0,115$		$\text{Chi}^2=6,90$ $p=0,331$					

Como ocurría en las variables anteriores, el cálculo de la Z de Wilcoxon indica que las oscilaciones entre los distintos momentos de evaluación de cada grupo no resultan ser significativos a nivel estadístico. De igual forma, el análisis Kruskal-Wallis en el pretest tampoco muestra diferencias significativas estadísticamente ($\text{Chi}^2=2,29$; $p\leq 0,891$), por lo que las desigualdades previas entre los grupos no influirían en los resultados descritos.

En resumen, se observan algunas diferencias en función del tipo de intervención en lo relacionado a ciertas prácticas sexuales, sobre todo, en los momentos de evaluación posttest. Concretamente, en la frecuencia de uso del preservativo en el coito anal, bajo los efectos de las drogas y en el coito vaginal en el que también se observan en el primer seguimiento. En todos ellos, el G1 basado en una charla informativa presenta mejoras aunque no sean, al igual que en el caso de los demás grupos, significativas a nivel estadístico. Por su parte el grupo que ha participado en la intervención del paciente (G4), también presenta mejoras en el sexo oral, el coito anal, en el posttest relativo al consumo de drogas y en las parejas esporádicas. Sin embargo, en la situación de pareja estable el G1 es el que presenta mejores puntuaciones mientras el G4 se mantiene prácticamente estable.

Además, el G2 muestra mejoras en el posttest de la práctica del sexo oral aunque a largo plazo parecen descender mientras aumentan los promedios del G1. En esta práctica, los grupos presentan los promedios más bajos, es decir, los sujetos utilizan con menor frecuencia el preservativo en la práctica del sexo oral, seguida del coito anal. Si bien la intervención sobre habilidades sociales (G3) sólo presenta mejorías en el posttest del coito vaginal, se observa cómo a medio plazo asciende en al menos algunos de los seguimientos sobre prácticas relativas al coito anal, las parejas estables, las parejas esporádicas y el consumo de droga.

La intervención basada en la lectura de la Web (G6) presenta mejoras en el posttest de la práctica del coito anal y tras el consumo de drogas. El G5, basado en el visionado de imágenes aversivas, mejora en el posttest del coito anal y algo en el oral.

Tomados en conjunto, el tipo e intervención que parece tener un mayor poder de cambio en el comportamiento sexual ante las distintas prácticas es el G1, relacionado con la transmisión de información, seguido del G4 relativo a la participación de un paciente. No tanto aquellas intervenciones relacionadas con la discusión de actitudes, la lectura de una Web o el visionado de imágenes aversivas.

A través de la variable “infidelidad” se pretende indagar sobre las conductas preventivas que los sujetos han realizado con su pareja estable una vez han mantenido conductas sexuales externas a dicha relación de pareja.

A nivel general, según el cálculo del Chi² se observa cómo las diferencias que existen entre los grupos en los distintos momentos de evaluación no resultan ser significativas, probablemente porque las puntuaciones en los distintos grupos son muy parecidas (ver Tabla 36).

Tabla 36. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Conducta preventiva tras infidelidad"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim	
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)
G1	100	0	95	4,5	92,9	7,1	100	0
G2	96,3	3,7	96	4	95	5	94,1	5,9
G3	92	8	100	0	90	10	83,3	16,7
G4	95,8	4,2	91,3	8,7	100	0	100	0
G5	92	8	87	13	100	0	90,9	9,1
G6	92,3	7,7	91,7	8,3	86,4	13,6	94,7	5,3
G7	84,2	15,8	88,9	11,1	100	0	92,9	7,1
Kruskal-Wallis	Chi ² = 6,67 p= 0,353		Chi ² = 5,00 p= 0,172		Chi ² = 4,00 p= 0,406		Chi ² = 2,00 p= 0,157	

En el postest, se observa cómo el G3 (relacionado con los juegos de roles sobre habilidades sociales y destrezas en el manejo del preservativo) presenta el máximo porcentaje (100%) seguido del G2 (96%) vinculado a la discusión actitudinal de grupo. La puntuación más baja la presenta el G5 (87%) relacionado con las imágenes aversivas, aunque como ha ocurrido con otras variables en los seguimientos posteriores se recupera. De manera similar se comporta el G4, con la participación de un paciente infectado por VIH, pues si bien desciende en su puntuación del postest (91,3%) presenta la máxima posible tanto en el primer seguimiento como en el segundo (100%). En estos momentos de evaluación, los grupos que habían alcanzado mayor puntuación en el postest (G3 y G2) se relajan.

7.2.1.4. Intención de conducta preventiva

Otra de las variables relativas a la infidelidad pretende averiguar "la intención de conducta preventiva tras la infidelidad", esto es, en qué medida los sujetos se proyectarían a utilizar el preservativo si hubieran realizado una conducta sexual con una pareja externa a la relación que consideran estable.

Tabla 37. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Intención de conducta preventiva tras infidelidad"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran (p)
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	
G1	100	0	95,5	4,5	92,9	7,1	100	0	3,00 (p≤0,392) 0,00 (p≤1,000) 2,57 (p≤0,463) 6,00 (p≤0,112) 1,29 (p≤0,733) 2,00 (p≤0,572) 4,71 (p≤0,194)
G2	96,3	3,7	69	4	95	5	94,1	5,9	
G3	92	8	100	0	90	10	83,3	16,7	
G4	95,8	4,2	91,3	8,7	100	0	100	0	
G5	92	8	87	13	100	0	90,9	9,1	
G6	92,3	7,7	91,7	8,3	86,4	13,6	94,7	5,3	
G7	84,2	15,8	88,9	11,1	100	0	92,9	7,1	
Chi ²	Chi ² = 5,10 p= 0,531		Chi ² = 4,33 p= 0,633		Chi ² = 6,51 p= 0,368		Chi ² = 4,49 p= 0,611		

En un primer término, tal y como lo indican los Chi², se observa cómo no existen diferencias significativas entre las distintas puntuaciones que los grupos presentan en los momentos de evaluación (ver Tabla 37). De igual forma, a través del estadístico Q de Cochran se ve cómo las oscilaciones que cada grupo presenta en los diferentes momentos de evaluación tampoco muestran significatividad a nivel estadístico. Igualmente cabe destacar algunos aspectos. Por un lado, en el posttest se observa cómo los únicos grupos que mejoran sus puntuaciones son el G3 relacionado con la práctica de habilidades sociales y destrezas en el manejo del preservativo (100%) y el Grupo control (88,9%). También es cierto que otros grupos que disminuyen en el posttest como el G1 vinculado a una charla informativa, el G2 basado en una discusión de grupo sobre actitudes, el G4 con la participación de un paciente y el G5 relacionado con el visionado de imágenes aversivas mejoran en el primer seguimiento, alcanzando el 100% tanto el G4 como el G5. En esta evaluación también el Grupo control alcanza la máxima aunque desciende en el segundo seguimiento. En dicho seguimiento recupera la puntuación el G6 (94,7%), relacionado con la lectura de una página Web sobre VIH-Sida, que había descendido tanto en el posttest como en el primer seguimiento. Sin embargo, los grupos que más destacan son el G1 y el G4 que tienen en ambos casos la máxima puntuación (100%).

En la Tabla 38, se muestran los resultados obtenidos en cuanto a la "Intención del uso del preservativo en coito vaginal" es decir, en qué medida los sujetos tienen el propósito de utilizarlo en sus próximas relaciones de coito vaginal. Al igual que en las

variables relacionadas con la frecuencia de uso, se considera una escala de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Tabla 38. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Intención uso preservativo en coito vaginal"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	2,00	1,41	2,67	1,00	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	-
G2	3,00	0,00	2,90	0,32	2,75	0,50	2,87	0,35	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G3	2,83	0,41	2,89	0,33	2,85	0,37	2,67	0,58	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G4	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G5	2,78	0,44	2,75	0,46	2,40	0,89	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G6	2,63	0,92	2,57	0,85	2,89	0,33	3,00	0,00	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	-1,34 (0,180)
G7	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	-	-	-
Kruskal-Wallis	Chi ² = 6,85 p= 0,335		Chi ² = 5,36 p=0,498		Chi ² = 6,71 p=0,348		Chi ² =3,63 p=0,726				

En un primer momento cabe destacar cómo, el cálculo de Kruskal-Wallis en los diferentes momentos de evaluación, indica que las diferencias entre los distintos grupos no muestran significación estadística.

En el momento posttest, los grupos que más destacan son el G4 (con la intervención de un paciente infectado por el VIH) y el G7 (Grupo control) arrojando la puntuación máxima ($\bar{X}=3,00$; DT=0,00). No obstante, cabe aclarar que ambos mantienen esta puntuación en todas las evaluaciones, incluido el pretest.

De esta forma, el G1 vinculado a una charla informativa parece ser el que más aumenta desde el pretest, alcanzando la puntuación máxima en el primer seguimiento ($\bar{X}=3,00$; DT=0,00) y manteniéndola en el segundo. Sin embargo, grupos como el G2 relacionado con la discusión actitudinal descienden ligeramente en las evaluaciones posteriores a la intervención. Si bien es cierto que el G5 a través del visionado de imágenes aversivas y el G6 a través de la lectura de una página Web relajan sus promedios en el posttest, mejoran su puntuación en los seguimientos. En este último ambos presentan la puntuación máxima ($\bar{X}=3,00$; DT=0,00).

La variable "intención del uso del preservativo en prácticas del sexo oral" se relaciona con el propósito de los sujetos a realizar la conducta preventiva en dicha práctica sexual.

Tabla 39. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Intención uso preservativo en sexo oral"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	1,60	1,52	1,60	1,26	1,80	1,30	2,25	0,95	-1,41 (0,157)	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)
G2	1,50	1,43	1,70	1,33	1,63	1,43	1,37	1,19	-1,63 (0,102)	-1,34 (0,180)	-0,44 (0,655)
G3	1,20	1,30	2,00	0,86	1,66	0,82	1,80	1,30	-1,89 (0,059)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G4	2,00	1,00	1,62	1,06	2,20	0,84	2,00	0,70	0,00 (1,000)	-1,41 (0,157)	-1,00 (0,317)
G5	1,40	1,14	1,50	1,22	1,40	1,14	2,50	0,70	0,00 (1,000)	-	-
G6	2,00	1,07	1,54	1,05	1,50	1,07	1,12	0,83	-0,27 (0,785)	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)
G7	2,00	0,00	1,66	1,36	1,50	1,73	1,50	0,70	-	-	-
Kruskal - Wallis	Chi ² = 2,14 p= 0,906		Chi ² = 1,11 p=0,981		Chi ² = 1,57 p=0,955		Chi ² =6,74 p=0,345				

Como ocurría en el caso de la frecuencia de conducta preventiva en esta práctica, en general, los promedios que muestran los resultados son menores que los de otras como el coito vaginal o el coito anal. Como también ha sucedido en otras variables, la escasez de los datos manifestados por la muestra ha impedido realizar todos los estadísticos. De igual manera, se comentan los obtenidos sobre una escala likert que oscila entre 0 (ninguna) y 3 (siempre).

En un primer término se observa cómo los promedios de los distintos grupos en los diferentes momentos de evaluación realizados, no muestran diferencias estadísticas significativas tal y como muestra la prueba de Kruskal-Wallis. Cabe mencionar, sin embargo, cómo el G3 (basado en la mejora de habilidades sociales y destrezas del uso del preservativo a través de juegos de roles) es el grupo que mejores resultados arroja en el postest ($\bar{X}=2,00$; $DT=0,86$). De hecho, el cálculo de la Z de Wilcoxon casi muestra significatividad entre los promedios del G3 presentados en el pretest y el postest ($F=-1,89$; $p\leq 0,059$). Si bien este grupo desciende ligeramente sus resultados en los seguimientos posteriores, otros como el G1 (vinculado a una charla informativa) mejora sus puntuaciones hasta alcanzar un promedio de 2,25 ($DT=0,95$) en el segundo seguimiento, detrás del G5 basado en el visionado de imágenes aversivas que presenta un promedio de 2,50 ($DT=0,70$) y que también mejora su puntuación en este momento de evaluación.

Por el contrario, el G6 (sobre la lectura de una página Web relacionada con VIH-Sida) y el Grupo control, son los únicos que descienden su puntuación pretest tras la intervención de una manera continuada. También es cierto que, al igual que las otras oscilaciones internas de cada grupo, estas no presentan significatividad

estadística según el cálculo de la Z de Wilcoxon. Como ocurría en el caso de la frecuencia de conducta preventiva en esta práctica, en general, los promedios que muestran los resultados son menores que los de otras como el coito vaginal o el coito anal.

Los datos recogidos en la Tabla 40 se relacionan con la “intención de uso del preservativo en el coito anal”, es decir, con la proyección de la muestra de realizar la conducta preventiva en las próximas relaciones sexuales de coito anal en una escala de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Al igual que ocurría en la variable anterior, no existen diferencias significativas entre los promedios arrojados por los distintos grupos en los momentos de evaluación realizados, tal y como muestran las pruebas de Kruskal-Wallis. Tampoco el cálculo de las Z de Wilcoxon indica diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación de cada grupo. Al menos, en la medida en que han podido ser calculados dichos estadísticos. De igual forma se considera conveniente destacar algunos aspectos.

Tabla 40. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo en coito anal”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	2,14	1,21	2,55	1,01	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G2	2,75	0,71	2,62	1,06	2,50	1,08	2,75	0,70	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G3	2,57	0,79	2,66	0,50	2,50	0,84	1,80	1,64	-0,58 (0,564)	-1,00 (0,317)	-1,34 (0,180)
G4	2,67	0,82	2,75	0,71	2,80	0,45	2,80	0,45	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G5	3,00	0,00	2,80	0,45	2,25	0,96	3,00	0,00	-1,00 (0,317)	-	-
G6	2,87	0,35	2,67	0,49	2,60	0,89	2,57	0,79	-0,57 (0,564)	-0,45 (0,655)	-0,45 (0,655)
G7	2,67	0,58	2,64	0,72	2,25	0,96	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	-
Kruskal - Wallis	Chi ² = 5,41 p= 0,493		Chi ² = 1,67 p=0,947		Chi ² = 4,04 p=0,672		Chi ² =4,50 p=0,609				

Por ejemplo, como el G5 (relacionado con el visionado de imágenes aversivas) desciende su promedio en el postest y no vuelve a alcanzar la puntuación pretest que es la máxima (\bar{X} =3,00; DT=0,00) hasta el segundo seguimiento. Por el contrario, el G1 basado en una charla informativa aumenta en el postest su puntuación (\bar{X} =2,55; DT=1,01) hasta alcanzar la máxima en el segundo seguimiento. El G4, con la participación de un paciente infectado por VIH-Sida, asciende ligeramente sus puntuaciones en los distintos momentos de evaluación. Mientras el G6, relativo a la

lectura de una Web relacionada con el VIH-Sida, desciende algo sus puntuaciones. Si bien es cierto el Grupo control alcanza la puntuación máxima en el segundo seguimiento, desciende progresivamente sus promedios en los momentos de evaluación anteriores.

La variable "intención de uso del preservativo en pareja estable", presentada en la Tabla 41, se relaciona con la pretensión de la muestra de realizar dicha conducta preventiva en sus relaciones sexuales dentro de una pareja que consideran estable en una escala de 0 (nunca) a 3 (siempre).

En un primer momento, se ve cómo las diferencias entre los grupos en el postest presentan diferencias significativas a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=15,85$; $p\leq 0,015$). En este momento, el G2 relacionado con la discusión grupal de actitudes ($\bar{X}=2,80$; $\text{DT}=0,63$) y el G4 que cuenta con la participación de un paciente ($\bar{X}=2,75$; $\text{DT}=0,46$) presentan los promedios más altos.

Si bien el G1 relacionado con la charla informativa no destaca tanto en el postest ($\bar{X}=2,60$; $\text{DT}=0,96$), en el primer seguimiento aumenta ($\bar{X}=2,75$; $\text{DT}=0,50$), siendo el más destacado en el segundo donde mantiene su puntuación.

Tabla 41. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Intención uso preservativo en pareja estable".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	2,20	1,30	2,60	0,96	2,75	0,50	2,75	0,50	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	-
G2	2,67	0,71	2,80	0,63	2,64	0,50	2,50	0,75	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G3	2,17	0,98	2,67	0,71	2,86	0,38	2,40	0,89	-1,41 (0,157)	-1,63 (0,102)	-1,00 (0,317)
G4	2,60	0,56	2,75	0,46	2,33	0,82	2,40	0,89	-0,58 (0,564)	-1,41 (0,157)	-1,00 (0,317)
G5	2,12	0,99	2,12	0,64	2,60	0,55	2,50	0,71	-1,00 (0,317)	-1,41 (0,157)	-1,00 (0,317)
G6	2,09	1,04	1,92	0,92	2,22	0,83	2,33	0,86	-0,58 (0,564)	-1,13 (0,257)	-1,00 (0,317)
G7	2,00	0,00	2,33	0,52	2,50	0,58	2,50	0,71	-	-	-
Kruskal - Wallis	$\text{Chi}^2= 3,63$ $p= 0,727$		$\text{Chi}^2= 15,85$ $p=0,015$		$\text{Chi}^2= 4,58$ $p=0,599$		$\text{Chi}^2=0,75$ $p=0,993$				

Por su parte el G6, con la lectura de una página Web, es el que presenta menor puntuación en el postest ($\bar{X}=1,92$; $\text{DT}=0,92$) incluso descendiendo el promedio pretest, pero se recupera entre el primer seguimiento y el segundo.

Si se presta atención a las diferencias entre los grupos en el pretest se observa que no muestran significación a nivel estadístico ($\text{Chi}^2=3,63$; $p\leq 0,727$) por lo que no influirían en los resultados descritos. De igual forma, tal y como indican las Z de Wilcoxon que se han podido calcular, las diferencias que cada grupo muestra en su evolución longitudinal no resultan ser significativas a nivel estadístico.

A nivel global, se observa cómo las puntuaciones vinculadas a la variable “intención del uso del preservativo con parejas esporádicas” no arrojan diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación tal y como muestran el análisis de Kruskal-Wallis (ver Tabla 42). También es cierto que los promedios arrojados desde el pretest son muy elevados, considerando que el rango de respuesta oscila entre 0 (ninguna) y 3 (siempre). De hecho, son las puntuaciones más elevadas en lo relacionado a las variables de intención de conducta preventiva.

En esta línea, grupos como el G2 con la participación en un grupo de discusión actitudinal, el G3 basado en el juego de roles sobre habilidades sociales y destrezas en el manejo del preservativo y el G6 a través de la lectura de una página Web sobre el VIH-Sida, mantienen la puntuación máxima ($\bar{X}=3,00$; $\text{DT}=0,00$) en todos los momentos de evaluación.

Tabla 42. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo en pareja esporádica”.

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
G1	2,57	1,13	2,70	0,94	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G2	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G3	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G4	3,00	0,00	3,00	0,00	2,83	0,41	3,00	0,00	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
G5	3,00	0,00	2,78	0,67	2,80	0,45	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G6	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
G7	2,94	0,42	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	-	-	-
Kruskal - Wallis	$\text{Chi}^2= 6,29$ $p= 0,392$		$\text{Chi}^2= 4,82$ $p=0,567$		$\text{Chi}^2= 6,39$ $p=0,380$		$\text{Chi}^2=0,00$ $p=1,000$				

Por otra parte, el G1 (con una charla informativa) mejora su puntuación en el posttest ($\bar{X}=2,70$; $\text{DT}=0,94$) y alcanza la puntuación máxima en el primer seguimiento. Sin embargo, el G5 (relacionado con el visionado de imágenes aversivas) desciende

su puntuación promedio en el postest ($\bar{X}=2,78$; $DT=0,67$) y no recupera la máxima hasta el segundo seguimiento.

Probablemente, el que las puntuaciones sean tan elevadas influye en que el cálculo de la Z de Wilcoxon realizado para cada grupo no indique significación estadística.

La última variable relacionada con el propósito de conducta se refiere a la “intención del uso del preservativo bajo el efecto del alcohol u otro tipo de drogas”, basada también en una escala likert que oscila entre 0 (ninguna) y 3 (siempre).

Por un lado, no se dan diferencias significativas estadísticamente entre los grupos en los distintos momentos de evaluación tal y como muestran las pruebas de Kruskal-Wallis. Por otra, los cálculos del Test de Wilcoxon sí que indican alguna diferencia significativa a nivel estadístico en todos los grupos de intervención menos en el Grupo control.

Tabla 43. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Intención uso preservativo con drogas”.

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)		Z (p)	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2	
G1	2,20	1,30	2,30	1,25	3,00	0,00	3,00	0,00	-1,66 (0,098)	-2,24 (0,025)	0,00 (1,000)	
G2	3,00	0,00	2,88	0,33	2,30	1,05	2,75	0,50	-2,71 (0,007)	-2,48 (0,013)	0,00 (1,000)	
G3	2,83	0,41	2,87	0,36	2,75	0,50	2,60	0,55	-2,33 (0,020)	-2,46 (0,014)	0,00 (1,000)	
G4	2,83	0,41	2,57	0,79	2,83	0,41	2,80	0,45	-2,33 (0,020)	-2,33 (0,020)	0,00 (1,000)	
G5	3,00	0,00	2,67	0,71	2,80	0,44	3,00	0,00	-2,28 (0,005)	-2,12 (0,034)	0,00 (1,000)	
G6	2,89	0,33	2,38	0,87	2,75	0,46	2,62	0,74	-2,89 (0,004)	-2,64 (0,008)	0,00 (1,000)	
G7	3,00	0,00	3,00	0,00	2,50	1,00	2,00	1,41	-1,72 (0,083)	-1,72 (0,083)	0,00 (1,000)	
Kruska l-Wallis	Chi ² = 7,66 p= 0,264		Chi ² = 5,27 p=0,510		Chi ² = 3,64 p=0,725		Chi ² =3,72 p=0,715					

Como ocurría en la variable anterior, el rango de promedios que muestran los resultados es elevado. Quizá esto contribuya a que algunos de los grupos desciendan su promedio en el postest, ya que en el pretest mostraban la puntuación máxima ($\bar{X}=3,00$; $DT=0,00$). Este es el caso del G2 con un grupo de discusión sobre actitudes ($\bar{X}=2,88$; $DT=0,33$), el G4 con la participación de un paciente infectado ($\bar{X}=2,57$; $DT=0,79$), el G5 sobre el visionado de imágenes aversivas ($\bar{X}=2,67$; $DT=0,71$) y el G6, con la lectura de una página Web ($\bar{X}=2,38$; $DT=0,87$). Por el contrario, el G1

mejora ligeramente su puntuación ($\bar{X}=2,30$; $DT=1,25$) y lo hace más todavía en el primer seguimiento ($\bar{X}=3,00$; $DT=0,00$) donde alcanza la máxima puntuación de manera significativa, tal y como arroja la Z de Wilcoxon ($Z=-2,24$; $p\leq 0,025$). De esta forma, se establece como el grupo más destacado.

Por su parte el G3 que también mejoraba ligeramente su puntuación en el postest ($\bar{X}=2,87$; $DT=0,36$) de una manera significativa ($Z=-2,33$; $p\leq 0,020$), en el primer seguimiento desciende ($\bar{X}=2,75$; $DT=0,50$) también de forma significativa ($Z=-2,46$; $p\leq 0,014$).

Otro grupo que desciende de forma significativa es el G2 ($\bar{X}=2,30$; $DT=1,05$), mientras el G4 ($\bar{X}=2,83$; $DT=0,41$), G5 ($\bar{X}=2,80$; $DT=0,44$) y G6 ($\bar{X}=2,75$; $DT=0,46$) aumentan también con significación estadística.

En resumen, en lo relacionado a las variables sobre intención de conducta es necesario observar, en un primer término, que las puntuaciones son bastante elevadas. Sobre todo en lo relativo a la intención de uso de preservativo en pareja esporádica y bajo el efecto de drogas. Por el contrario, así como ocurría en la frecuencia de conducta preventiva, la variable con puntuaciones más bajas es la intención de conducta en el sexo oral. Asimismo, cabe comentar cómo la única variable con significaciones estadísticas ha sido la evaluación postest sobre intención de conducta asociada a la pareja estable. En dicho momento, el G2 relacionado con la discusión actitudinal es el que presenta mejor puntuación, seguido del G4, con la participación de un paciente, y del G3 relacionado con la mejora de habilidades y destrezas a partir del juego de roles.

Si bien en las demás no se ha producido dicha significatividad destacan algunos aspectos. Por ejemplo el G1, basado en una charla informativa, es el grupo que ha obtenido una mejoría más destacada en la mayoría de variables como el coito vaginal, el sexo oral o la pareja estable. Otros grupos como el G5, vinculado al visionado de imágenes, han obtenido algunos aumentos a medio plazo como en el caso del sexo oral o la pareja estable, pero en otras situaciones como el coito anal la tendencia no es muy clara. El Grupo control no ha presentado muchas variaciones en este tipo de variables. En algunas como el coito vaginal se ha quedado constante, en otras como el sexo oral ha descendido y en otras como la intención de uso de preservativo en pareja estable ha aumentado pero ligeramente.

7.2.1.5. Pruebas de detección de anticuerpos

Las Tablas 44 y 45 hacen referencia a la información que las personas poseen sobre las pruebas de detección de anticuerpos del VIH. El rango de respuesta se ubica entre 0 y 3 puntos, así que a medida que una persona conozca más sobre el tema (dónde hacerse las pruebas, qué es el periodo ventana, qué significa un resultado positivo) obtendrá una puntuación más elevada.

En líneas generales, se observa cómo el efecto momento ($F=138,10$; $p\leq 0,000$) y el efecto interacción entre el momento de evaluación y el tipo de intervención ($F=2,91$; $p\leq 0,012$) muestran significación estadística. Es decir, existen diferencias significativas entre los distintos promedios arrojados por los grupos en los distintos momentos de evaluación. Sin embargo, parece que el efecto tipo de intervención no presenta una significación estadística ($F=0,79$; $p\leq 0,577$).

Tabla 44. Análisis de medidas repetidas en "Información sobre prueba detección anticuerpos" según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	138,10	0,000
Tipo de intervención	0,79	0,577
Interacción momento*tipo intervención	2,91	0,012

Tabla 45. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre "Información sobre prueba detección anticuerpos"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	1,17	1,11	2,68	0,57	2,64	0,63	2,78	0,44	F= 44,25 p=0,000
G2	0,96	0,90	2,48	0,87	2,26	0,87	2,41	0,87	F= 23,71 p=0,000
G3	1,04	0,89	2,32	0,78	2,47	0,61	2,54	0,52	F= 41,23 p=0,000
G4	1,37	0,97	2,35	0,83	2,35	0,67	2,44	0,61	F= 22,84 p=0,000
G5	1,25	0,90	2,04	0,77	2,30	0,75	2,45	0,52	F= 12,46 p=0,006
G6	1,23	0,99	2,46	0,72	2,33	0,86	2,52	0,84	F= 26,76 p=0,000
G7	1,42	1,26	1,79	1,18	1,67	1,23	1,85	1,28	F= 1,53 p=0,240
ANOVA	F=0,65 p=0,686		F=2,71 p=0,016		F=2,06 p=0,064		F=1,53 p=0,178		

Detallando el análisis, se ve cómo en la medida postest existen diferencias significativas tal y como indica el ANOVA ($F=2,71$; $p<0,016$). Los grupos relacionados con intervención informativa, G1 a través de una charla informativa ($\bar{X}=2,68$; $DT=0,57$) y G2 mediante la participación en un grupo de discusión sobre actitudes ($\bar{X}=2,48$; $DT=0,87$), son los que presentan mayores puntuaciones en el postest, seguidos del G6 sobre la lectura de una página Web relacionada con el VIH-Sida ($\bar{X}=2,46$; $DT=0,72$). Por el contrario, el Grupo control es el que presenta una

promedio más bajo ($\bar{X}=1,79$; $DT=1,18$) seguido del G5 ($\bar{X}=2,04$; $DT=0,77$) basado en el visionado de imágenes aversivas.

Sin embargo, en la evaluación pretest no existen distancias significativas entre los grupos ($F=0,65$; $p\leq 0,686$) lo que indica que los resultados no son debidos a oscilaciones relevantes a nivel estadístico entre los grupos.

Si se analiza el comportamiento de los distintos grupos a través de los momentos de evaluación, se observa cómo todos varían de una manera significativa exceptuando el Grupo control. Destaca pues cómo todos los grupos que participan en una intervención presentan mejores resultados a medida que avanza el tiempo aunque el que menos mejora es el G5, basado exclusivamente en una estrategia de miedo que no aporta comportamientos alternativos. El principal cambio en todos ellos se observa en el postest, tendiendo a mantenerse o aumentar en los seguimientos.

La siguiente Tabla, se refiere a la “intención de realizarse la prueba de detección de anticuerpos próximamente” y refleja el porcentaje de sujetos que manifiesta o no dicha intención.

Tabla 46. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “la intención de realizarse la prueba”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
G1	21,4	78,6	25	75	23,1	76,9	33,3	66,7	0,00 ($p\leq 1,000$)
G2	38,9	55,6	34,8	65,2	30	70	29,4	70,6	-
G3	14,3	85,7	27,3	72,7	26,3	73,7	41,7	58,3	4,71 ($p\leq 0,194$)
G4	11,1	88,9	35,3	64,7	21,1	78,9	17,6	82,4	4,38 ($p\leq 0,223$)
G5	27,8	72,2	28,6	71,4	27,3	72,7	33,3	66,7	3,00 ($p\leq 0,392$)
G6	5,9	94,1	19	81	11,1	88,9	5,9	94,1	3,00 ($p\leq 0,392$)
G7	21,4	78,6	29,4	70,6	26,7	73,3	15,4	84,6	1,20 ($p\leq 0,753$)
Chi ²	Chi ² =14,94 p=0,244		Chi ² =1,90 p=0,929		Chi ² =2,33 p=0,887		Chi ² =7,26 p=0,298		

Globalmente, no se observan diferencias significativas intergrupales en ninguno de los cuatro momentos según el análisis de Chi². Sin embargo, considerando los porcentajes cabe mencionar algunos contrastes entre los distintos grupos. Por ejemplo, se percibe una mejora importante en el aumento de las intenciones manifestadas por parte del grupo que trabajó las habilidades sociales y destrezas del manejo del preservativo en juegos de roles (G3). En este sentido, el 14,3% de las

personas que estaban dispuestas a realizarse la prueba de detección en el pretest aumenta a un 27,3% en el postest y llega al 41,7% en el segundo seguimiento.

Aparte del G3, los otros grupos que incrementan de modo importante en el postest la intención de hacerse las pruebas son el G4, que pasa del 11,1% en el pretest al 35,3% en el postest; y el G6 que pasa del 5,9% al 19%. En ambos, no obstante y a diferencia del G3, el porcentaje alcanza su máximo en el postest y vuelve a disminuir con el tiempo hasta acercarse o igualarse al pretest. De modo que si comparamos el efecto a largo plazo, los grupos que más mejoran la intención de hacerse las pruebas son el G1 y el G3. Por el contrario, en el Grupo control (G7) se observa cómo el porcentaje de personas favorables a realizarse una prueba de detección desciende del 21,4% en el pretest al 15,4% en el segundo seguimiento. Sin embargo, este descenso no resulta ser significativo tal y como indica la Q de Cochran ($Q=1,20$; $p\leq 0,753$), al igual que ocurre con las diferencias entre los porcentajes arrojados por los distintos grupos en los diferentes momentos de evaluación.

En la Tabla 47 se muestran los resultados de la variable “preguntar a la pareja sobre la prueba de detección”, es decir, se quiere averiguar en que medida los sujetos realizan dicha conducta preventiva.

Tabla 47. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “preguntar a la pareja sobre la prueba”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
G1	20	80	10	90	21,4	78,6	22,2	77,8	1,28 ($p\leq 0,733$)
G2	12,5	87,5	20,8	79,2	10,5	89,5	11,8	88,2	3,00 ($p\leq 0,392$)
G3	12,5	87,5	16,7	83,3	11,1	88,9	33,3	66,7	4,71 ($p\leq 0,194$)
G4	8,7	91,3	10	90	9,5	90,5	11,1	88,9	0,00 ($p\leq 1,000$)
G5	16,7	83,3	18,2	81,8	21,4	78,6	27,3	72,7	1,28 ($p\leq 0,733$)
G6	15	85	15	85	14,3	85,7	11,8	88,2	-
G7	27,8	72,2	11,1	88,9	7,1	92,9	7,7	84,6	3,00 ($p\leq 0,392$)
Chi ²	Chi ² =3,49 p=0,745		Chi ² =1,86 p=0,932		Chi ² =2,53 p=0,865		Chi ² =5,02 p=0,540		

En líneas generales parecen no existir diferencias significativas entre los distintos grupos, tal y como muestran las Chi², aunque el estudio de los porcentajes arroja algunos contrastes interesantes.

En el postest, destaca la puntuación que muestra el G2 vinculado a la discusión grupal sobre actitudes (20,8%), seguido del G5 basado en el visionado de imágenes

aversivas (18,2%) y del G3 relacionado con la mejora de las habilidades sociales y destrezas del uso del preservativo (16,7%). Mientras el G2 desciende en los seguimientos, el G5 aumenta tanto en el primero (21,4%) como en el segundo (27,7%). Si bien el G3 relaja su comportamiento en el primer seguimiento (11,1%) en el segundo la aumenta destacando ante los demás (33,3%). Seguido del G5 y del G1 (22,2%) basado en una charla informativa. El único grupo que desciende de una forma más notable es el Grupo control que pasa de un 27,8% en el pretest a un 7,7 en el segundo seguimiento.

En resumen, las variables relacionadas con las pruebas de detección de anticuerpos del VIH sólo muestran diferencias significativas en lo relativo al nivel de información. En este caso, todos los grupos menos el control obtienen cambios significativos a nivel estadístico que también se observan entre los distintos grupos de intervención en la evaluación postest. En esta variable, destaca el G1 relacionado con la charla informativa y el G3 basado en los juegos de roles.

En la variable relacionada con la intención de realizarse las pruebas también el G3 es uno de los grupos que más destaca, sobre todo en el segundo seguimiento, seguido del G5 (basado en el visionado de imágenes aversivas) y del G1. En este caso el G2, con la discusión grupal sobre actitudes, destaca en el postest junto al G4 (con la participación del paciente infectado por VIH-Sida) y también lo hace en el primer seguimiento.

En la variable relacionada con la conducta de preguntar a la pareja si se ha realizado la prueba, el G5 es el que más destaca a nivel general aunque el G3 vuelve a tener la máxima puntuación en el segundo seguimiento. Quizá el trabajo de las habilidades sociales (asertividad) relativo a las situaciones de riesgo extiende su efecto a otras situaciones relacionadas con esta conducta de preguntar a la pareja sobre la realización de las pruebas de detección. En este caso, el Grupo control es el que peores resultados obtiene.

7.2.1.6. *Solidaridad*

En otro orden de cosas, también quisimos saber el efecto de las intervenciones sobre los sentimientos de solidaridad y empatía con las personas afectadas. Teniendo en cuenta además que se propone como una variable facilitadora del trabajo de prevención del VIH-Sida.

Una de las variables relacionadas con la solidaridad, reflejada en las Tablas 48 y 49, tiene que ver con “la creencia de que la sociedad debería ser más comprensiva con los pacientes de VIH/Sida”. En una escala de 0 a 100, las personas puntúan más a medida que están de acuerdo con dicha afirmación.

Tabla 48. Análisis de medidas repetidas en “Percepción sobre solidaridad social” según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	0,04	0,848
Tipo de intervención	0,95	0,463
Interacción momento*tipo intervención	0,72	0,633

Tabla 49. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Percepción sobre solidaridad social”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	93,26	12,21	92,50	9,35	93,50	9,84	93,33	8,66	F=1,33 p=0,281
G2	92,65	18,44	97,20	6,14	95,00	7,60	96,47	7,02	F= 7,77 p=0,395
G3	94,96	10,97	95,95	7,62	92,50	12,08	97,08	5,41	F= 1,42 p=0,258
G4	87,71	18,29	91,96	14,04	91,67	11,10	87,10	15,75	F= 0,01 p=0,912
G5	87,25	15,64	86,09	17,77	89,93	18,36	90,90	10,44	F= 0,06 p=0,816
G6	95,35	8,46	96,25	5,76	96,36	7,89	94,73	10,20	F= 0,01 p=0,931
G7	95,26	7,54	93,95	9,06	92,19	9,12	92,14	11,22	F= 3,53 p=0,083
ANOVA	F= 1,49 p=0,183		F=2,92 p=0,010		F=0,70 p=0,647		F=1,72 p=0,125		

En un primer término, parece que ni el efecto momento ($F=0,04$; $p \leq 0,848$), el efecto tipo de intervención en la que se ha participado ($F=0,95$; $p \leq 0,463$) o el efecto interacción entre el momento y el tipo de intervención ($F=0,72$; $p \leq 0,633$) muestran significación estadística, tal y como lo indican los resultados del MANOVA (Tabla 49).

Si se estudian los distintos momentos de evaluación, se observa cómo en el posttest el cálculo del ANOVA muestra diferencias significativas ($F=2,92$; $p \leq 0,010$). Mientras el G2 ($\bar{X}=97,20$; $DT=6,14$) relativo al grupo de discusión actitudinal y el G6 ($\bar{X}=96,25$; $DT=5,76$) en el que los participantes leyeron una página Web sobre VIH-Sida aumentan, la media inferior ($\bar{X}=86,09$; $DT=17,77$) corresponde al G5, cuya intervención consistió en una estrategia aversiva. Aún así, si se considera el promedio de los grupos en el pretest, el que más aumenta tras la intervención es el G2 y lo mismo cabe decir del segundo seguimiento.

También cabe matizar que en el pretest no existen diferencias significativas entre los distintos grupos ($F=1,49$; $p \leq 0,183$). Por lo tanto, las puntuaciones reflejadas en la Tabla no estarían moduladas por desigualdades previas entre los mismos.

En este mismo sentido, la evolución de los grupos en los distintos momentos de evaluación no presenta diferencias significativas a nivel estadístico, tal y como muestran los cálculos del ANOVA. Quizá influya el hecho de que la puntuaciones son

bastante elevadas, con un rango que oscila desde el promedio de 86,09 ($G5_{\text{postest}}$) al promedio de 97,20 ($G2_{\text{postest}}$).

Continuando con el análisis de la solidaridad en las Tablas 50 y 51, se introduce la variable “solidaridad con amigos portadores de VIH”. A través de ésta, se quiere estudiar en qué medida la muestra se comportaría de una manera solidaria si descubriera que un amigo suyo fuera portador, mediante una escala que oscila de 0 (nada) a 4 (mucho).

Tabla 50. Análisis de medidas repetidas en “Solidaridad hacia un amigo portador” según las distintas estrategias de intervención.

MANOVA	F	p
Momento	3,66	0,059
Tipo de intervención	0,49	0,817
Interacción momento*tipo intervención	0,92	0,487

Tabla 51. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Solidaridad hacia un amigo portador”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
G1	2,36	1,09	2,62	0,97	2,28	0,99	2,55	0,88	F= 0,56 p=0,477
G2	2,41	1,08	2,72	0,94	2,90	0,79	2,53	1,12	F= 1,81 p=0,198
G3	2,64	0,86	2,71	0,81	2,75	0,79	2,58	1,00	F= 0,00 p=1,000
G4	2,58	0,97	2,61	1,03	2,43	0,97	2,58	0,84	F= 0,06 p=0,816
G5	2,48	0,96	2,78	0,73	2,71	0,73	2,82	0,60	F= 0,07 p=0,796
G6	2,73	0,78	2,75	0,67	2,73	0,88	2,68	0,75	F= 0,93 p=0,348
G7	2,89	0,81	2,58	0,84	2,50	0,90	2,28	0,99	F= 4,08 p=0,064
ANOVA	F= 0,86 p= 0,523		F= 0,20 p= 0,982		F= 1,10 p= 0,373		F= 0,42 p= 0,859		

A partir de los resultados se observa cómo ni el efecto momento ($F=3,66$; $p \leq 0,059$), el efecto tipo de intervención ($F=0,49$; $p \leq 0,817$), ni el efecto de interacción entre el momento de evaluación y el tipo de intervención ($F=0,92$; $p \leq 0,487$) muestran diferencias significativas aunque el primero se acerca más.

En la misma línea, según el cálculo de los ANOVAs en cada uno de los momentos de evaluación, se ve cómo las diferencias que existen entre los distintos grupos de intervención no presentan significatividad a nivel estadístico. Es lógico considerando que el rango de promedios mostrado por los sujetos oscila muy poco ya que las puntuaciones varían entre 2,28 (DT=0,99) del G1 en el primer seguimiento y el G7 en el segundo a 2,90 (DT=0,79) del G2 en el primer seguimiento. Aún así hay que destacar que los grupos cuyas medias más se incrementan en el postest son el G2 y el G5. Asimismo, se aprecia cómo las ligeras diferencias que arrojan los distintos

grupos en los diferentes momentos de evaluación tampoco resultan ser significativas, tal y como indican los cálculos del ANOVA para cada uno de ellos.

La última variable relativa a la solidaridad es la “solidaridad ante una persona desconocida y afectada por el VIH”. Para construir dicha variable se ha expuesto una situación en la que el sujeto encontraba a una persona desconocida con VIH y, a continuación, un listado de situaciones solidarias y no solidarias. A partir de las respuestas, se presenta la Tabla 52.

En un primer término, al igual que ocurría con las demás variables asociadas a la solidaridad, se observa que las puntuaciones generales de los sujetos son muy elevadas. De hecho, cuatro de los grupos (G1, G3, G6 y G7) presentan la puntuación máxima (100%) ya en el pretest. Quizá esto influye en que las leves oscilaciones entre los grupos en los diferentes momentos de evaluación no sean significativas, tal y como arroja el χ^2 . Algo similar ocurre con los ligeros cambios que algunos grupos presentan en los distintos momentos de evaluación, ya que según el estadístico Q de Cochran, tampoco suponen diferencias significativas a nivel estadístico.

Tabla 52. Efecto diferencial de las distintas estrategias sobre “Solidaridad con persona desconocida portadora”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
G1	100	0	100	0	92,9	7,1	100	0	–
G2	96,3	3,7	92	8	95	5	94,1	5,9	3,00 ($p \leq 0,392$)
G3	100	0	100	0	100	0	100	0	–
G4	95,8	4,2	100	0	100	0	100	0	3,00 ($p \leq 0,392$)
G5	96	4	95,7	4,3	100	0	100	0	3,00 ($p \leq 0,392$)
G6	100	0	100	0	95,5	4,5	100	0	3,00 ($p \leq 0,392$)
G7	100	0	100	0	93,7	6,3	92,9	7,1	3,00 ($p \leq 0,392$)
Chi ²	Chi ² =3,71 p=0,715		Chi ² =8,00 p=0,238		Chi ² =3,39 p=0,759		Chi ² =4,67 p=0,587		

Cabe destacar, sin embargo, el comportamiento del G3 basado en la mejora de habilidades sociales y destrezas del uso del preservativos con los juegos de roles porque es el único que mantiene el 100% en todos los momentos de evaluación. Asimismo, el G4 en el que participa una persona infectada por VIH, alcanza la máxima puntuación en el postest y la mantiene en los dos seguimientos. Otros grupos (G1, G5 y G6) presentan algunas oscilaciones aunque recuperan su puntuación entre el primer

seguimiento y el segundo. Por el contrario, el G2 vinculado a la discusión actitudinal en grupo desciende en su puntuación y, sobre todo, lo hace el Grupo control.

En resumen, las variables relacionadas con la solidaridad no presentan diferencias significativas destacables a nivel estadístico en función del tipo de intervención. Sólo en la percepción sobre la necesidad de que exista más solidaridad social se observan diferencias estadísticas significativas en el postest. En dicho momento, en algunos grupos como el G2 (discusión de grupo sobre actitudes), el G3 (juegos de roles para la mejora de habilidades sociales y destrezas en el manejo del preservativo) y el G6 (lectura de una Web) se percibe un pequeño aumento de puntuación. Por el contrario, el G1 (charla informativa), el G5 (imágenes aversivas) y el G7 (Grupo control) presentan un pequeño descenso que, exceptuando al Grupo control, se recupera rápidamente.

En líneas generales, el G2 mediante el trabajo actitudinal parece ser el que más cambios genera en la muestra respecto a las variables de solidaridad pero no tanto el grupo en el que participa un paciente infectado por VIH aunque este grupo presenta mejores resultados en la solidaridad ante un desconocido.

A continuación se muestra un cuadro resumen (ver Cuadro resumen nº 4) en el que, visualmente, se expone la eficacia diferencial de las distintas estrategias preventivas de intervención en función de las variables criterio que han sido empleadas para el análisis de los resultados. En este sentido se recalcan, en cada una de las estrategias, aquellas variables que han sido transformadas positivamente de una manera significativa a nivel estadístico, ordenándose de mejor (1) a peor (6) los resultados obtenidos.

Asimismo, se destacan las variables sobre las que se ha mostrado un efecto interacción tipo de estrategia y momento de evaluación. En concreto, se ha observado en la variable información real sobre vías sexuales de transmisión del VIH-Sida y en la variable sobre la información de las pruebas de detección, siendo en ambas la estrategia basada en la charla informativa la que ha obtenido mejores resultados.

Por otra parte, se observa cómo el grupo que cuenta con la intervención de un paciente (G4), el grupo relativo al juego de roles para la mejora de habilidades (G3) y el grupo basado en una discusión actitudinal (G2) son los que transforman más cantidad de variables con significatividad estadística. Seguidos del grupo que trabajo en la charla informativa (G1) y del que participó en la lectura de la página Web (G2) y, por último, del grupo que visionó imágenes aversivas (G5).

Cuadro resumen 4. Eficacia diferencial de las estrategias de intervención.

VARIABLE		G1	G2	G3	G4	G5	G6
Información percibida			*(2)	*(4)	*(3)		*(1)
Información real vías transmisión			*(3)		*(4)	*(1)	*(2)
Información real vías sexuales de transmisión	**	*(1)	*(2)	*(3)			
Relevancia de salud							
Probabilidad percibida infección							
Temor al VIH							
Gravedad percibida							
Confianza uso preservativo		*(1)					
Dificultad uso preservativo	**				*(1)		
Ventajas uso preservativo				*(1)			
Creencias normativas							
Autoeficacia							
Uso preservativo coito vaginal							
Uso preservativo sexo oral							
Uso preservativo coito anal							
Uso preservativo pareja estable							
Uso preservativo pareja esporádica							
Uso preservativo tras consumo drogas							
Uso preservativo tras infidelidad							
Intención uso preservativo tras infidelidad							
Intención uso preservativo coito vaginal							
Intención uso preservativo sexo oral							
Intención uso preservativo coito anal							
Intención uso preservativo pareja estable.							
Intención uso preservativo pareja esporádica.							
Intención uso preservativo tras consumo drogas.		*(6)	*(2)	*(4)	*(5)	*(3)	*(1)
Información sobre pruebas detección.	**	*(1)	*(4)	*(2)	*(5)	*(6)	*(3)
Intención realizar pruebas detección.							
Preguntar a la pareja sobre la prueba.							
Percepción sobre solidaridad social.							
Conducta de ayudar a conocido portador.							
Conducta de ayudar a desconocido portador.							
<p>Nota 1: G1 (charla informativa), G2 (discusión de actitudes), G3 (juego de roles sobre habilidades), G4 (intervención paciente), G5 (visionado imágenes aversivas), G6 (lectura página Web).</p> <p>Nota 2: ** (MANOVA: efecto interacción) * (ANOVA intragrupo)</p>							

1.2.2. Análisis de la valoración subjetiva de las estrategias según la muestra.

En las Tablas 53 y 54, se muestran los resultados obtenidos de la valoración que los distintos grupos han realizado sobre la estrategia de intervención en la que han participado. En un primer término, se aprecia cómo en todos los criterios de evaluación se muestran diferencias significativas entre las opiniones que despiertan las distintas estrategias en una escala que oscilaba de 0 (nada) a 10 (mucho).

Tabla 53. Valoración por parte de la muestra de las distintas estrategias preventivas (I)

Grupo	Agradable		Utilidad		Capacidad informativa		Capacidad sobre actitudes	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
G1	8,33	1,01	8,50	1,06	8,87	1,26	8,33	1,71
G2	8,89	1,19	8,71	1,21	9,03	1,26	8,61	1,31
G3	8,89	0,93	8,81	1,07	8,37	1,60	8,22	1,31
G4	9,73	0,53	9,61	0,70	9,30	1,22	9,58	0,81
G5	5,37	2,50	7,89	1,99	8,04	1,53	7,89	2,04
G6	8,04	1,48	8,37	1,44	8,40	1,67	8,18	1,52
ANOVA	F=29,96 p= 0,000		F= 5,01 p= 0,000		F= 2,82 p= 0,018		F= 4,08 p= 0,002	

Tabla 54. Valoración por parte de la muestra de las distintas estrategias preventivas (II)

Grupo	Capacidad sobre habilidades		Capacidad sobre conducta		Capacidad sobre solidaridad		Aconsejarías esta actividad	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT
G1	8,33	1,52	8,62	0,92	8,12	1,60	9,21	0,83
G2	8,11	1,74	8,39	1,45	8,32	1,74	9,75	0,70
G3	8,11	1,34	8,37	1,30	8,18	1,36	9,30	1,03
G4	9,27	0,83	9,46	0,76	9,77	0,43	9,88	0,43
G5	7,55	2,10	8,11	2,02	7,81	2,04	8,51	1,55
G6	8,14	1,59	8,26	1,48	8,37	1,57	8,80	1,26
ANOVA	F= 3,34 p= 0,007		F= 3,14 p= 0,010		F= 5,11 p= 0,000		F= 6,95 p= 0,000	

Por una parte se puede observar cómo la estrategia en la que interviene un paciente (G4) es la mejor valorada en cuanto a ser agradable ($\bar{X}=9,73$; DT=0,53), parecer útil ($\bar{X}=9,61$; DT=0,70), tener capacidad informativa ($\bar{X}=9,30$; DT=1,22), capacidad de cambiar las actitudes ($\bar{X}=9,58$; DT=0,81), de mejorar las habilidades ($\bar{X}=9,27$; DT=0,83), de modificar la conducta ($\bar{X}=9,46$; DT=0,76) y de fomentar la solidaridad ($\bar{X}=9,77$; DT=0,43). Asimismo, esta estrategia es la que en mayor medida se aconsejaría a otras personas ($\bar{X}=9,88$; DT=0,43). Seguidamente, parece que es la estrategia relativa al grupo de discusión sobre actitudes (G2) una de las mejor valoradas en ser agradable ($\bar{X}=8,89$; DT=1,19) junto a la estrategia sobre la mejora de habilidades y destrezas a través de juegos de roles ($\bar{X}=8,89$; DT=0,93).

Además, la estrategia sobre la discusión grupal sobre actitudes también es bien valorada en cuanto a su capacidad informativa ($\bar{X}=9,03$; $DT=1,26$), su capacidad de cambiar actitudes ($\bar{X}=8,61$; $DT=1,31$) y en ser también una de las más aconsejables ($\bar{X}=9,75$; $DT=0,70$). La tercera estrategia, sobre los juegos de roles, es valorada en segundo lugar en cuanto su utilidad ($\bar{X}=8,71$; $DT=1,21$), ubicándose en tercer lugar en la valoración relativa a la capacidad del cambio de habilidades ($\bar{X}=8,11$; $DT=1,34$), en cuarto lugar dentro de las valoraciones relativas a la capacidad de cambio de actitudes ($\bar{X}=8,22$; $DT=1,31$) y cambio de conducta ($\bar{X}=8,37$; $DT=1,30$).

La estrategia sobre transmisión de información a través de una charla, resulta ser el segundo más valorado en la capacidad de promover un cambio de habilidades ($\bar{X}=8,33$; $DT=1,52$) y un cambio de conducta ($\bar{X}=8,62$; $DT=0,92$). Por su parte el G6, sobre la lectura de la página Web, es el segundo más valorado en cuanto a su capacidad para fomentar solidaridad ($\bar{X}=8,37$; $DT=1,57$) tras el grupo que ha trabajado con un paciente infectado por el VIH. Por el contrario, el G5 vinculado al visionado de las imágenes aversivas es el peor evaluado en los criterios de valoración, el más bajo de todos es el relativo al nivel de agrado que despierta ($\bar{X}=5,37$; $DT=2,50$). Además, una de las cuestiones que llama la atención es que el efecto percibido sobre los distintos aspectos del comportamiento preventivo no coincide con lo que sería esperable a partir del contenido de la estrategia. Así, el grupo que percibe en mayor medida la capacidad de información de su estrategia no es el G1 (estrategia de charla informativa), sino el G4 (en el que interviene un paciente que cuenta su experiencia). Lo mismo pasa con el efecto sobre las actitudes, donde la mayor puntuación la tiene de nuevo el G4 y no el G2 cuyo objetivo principal era trabajar las actitudes.

En resumen, se observa cómo la estrategia mejor valorada por la muestra es la relacionada con la participación del paciente presentando la mayor puntuaciones en todas las variables criterio, sobre todo en lo relativo a aconsejar a otras personas a realizar la actividad y a la capacidad de fomentar la solidaridad. Después, la estrategia relativa a la discusión de grupo sobre actitudes en cuanto a la recomendación para otras personas, su capacidad informativa y la capacidad para modificar actitudes. Seguida de la estrategia basada en la transmisión de contenidos a través de una charla informativa, que es bien valorada en su capacidad informativa y de cambio de conducta, además de su recomendación a

otras personas. También aquella basada en la mejora de habilidades y destrezas a través de juegos de roles es valorada en cuanto a su utilidad y su recomendación a otras personas.

El G6, con el uso de las Nuevas Tecnologías como fuente de información sobre VIH-Sida, se posiciona dentro de las primeras estrategias valoradas en la capacidad de fomentar la solidaridad ante los afectados por el VIH-Sida.

Por el contrario, el G5 relacionado con las imágenes aversivas resulta ser el peor valorado en todos los criterios.

Probablemente, el hecho de que se prefijaran algunos contenidos básicos relativos al VIH-Sida en todas las intervenciones ha facilitado que, por ejemplo, dentro del criterio valorativo sobre información la estrategia basada en el juego de roles supere a la relativa a la transmisión de información. En este sentido, quizá el diseño de los contenidos ha facilitado que las dos estrategias dirigidas a informar puntúen algo más alto en el criterio sobre la mejora de habilidades y destrezas que el G3, basado en juegos de roles para mejorar habilidades.

7.2.3. Análisis diferenciales de la eficacia de las intervenciones en función del tipo de facilitador

En este subapartado, se presentan los resultados arrojados por la muestra una vez han sido distribuidos en dos grupos. Por un lado, aquel grupo que ha participado en las intervenciones llevadas a cabo por el facilitador experto. Es decir, por una persona que ya tenía experiencia previa en la materia y conocía los contenidos de una manera reconocida. Por otro lado, el grupo facilitado que ha participado en las estrategias desarrolladas por el par. Esto es, aquel facilitador que si bien se asemejaba a la muestra en variables sociodemográficas como la edad, no tenía mucha experiencia en el trabajo de prevención de VIH-Sida.

Para agilizar su lectura se ha optado por presentar los resultados de una manera similar a los ya ofrecidos en función del tipo de intervención. En este marco, la exposición aborda por orden las variables relacionadas con los conocimientos, las actitudes, la conducta, la intención de conducta y la solidaridad.

7.2.3.1. Información

Dentro del conjunto de variables sobre información del VIH-Sida, en las Tablas 55 y 56, se analiza lo relativo a la información percibida que la propia persona piensa que posee respecto al tema en una escala que oscila entre 0 (muy mala) y 3 (muy buena).

Tabla 55. Análisis de medidas repetidas en "Información percibida" según el facilitador

MANOVA	F	p
Momento	45,40	0,000
Tipo facilitador	0,14	0,709
Interacción momento*tipo de facilitador	2,05	0,156

Tabla 56. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "Información percibida"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	1,71	0,58	2,01	0,52	2,11	0,54	2,09	0,42	F= 16,51 p=0,000 F= 29,08 p=0,000
Par	1,58	0,60	2,04	0,46	2,05	0,29	2,21	0,41	
Prueba t	t= 1,30 p= 0,195		t= -0,34 p= 0,733		t= 0,79 p= 0,432		t= -1,32 p= 0,189		

A través del cálculo del MANOVA se observa, a nivel global, que el efecto momento resulta ser significativo a nivel estadístico ($F=45,40$; $p\leq 0,000$). Es decir, a medida que pasa el tiempo los resultados arrojados por los dos grupos, uno facilitado por un experto y el otro por un par, varían de una manera sustancial. Sin embargo, ni el efecto tipo de facilitador ($F=0,14$; $p\leq 0,709$) ni el de la interacción entre ambos ($F=2,05$; $p\leq 0,156$) resultan ser significativos estadísticamente.

Por otro lado, en la Tabla 56, se observa cómo las diferencias intragrupales en los distintos momentos de evaluación resultan ser significativas sobre todo en el caso del par ($F=29,08$; $p\leq 0,000$) pero también en el caso del experto ($F=16,51$; $p\leq 0,000$). Además, dichos resultados no son debidos a diferencias previas entre ambos grupos, tal y como se observa a través de la Prueba t en el pretest ($t=1,30$; $p\leq 0,195$).

En general, la evolución de ambos grupos es positiva en la medida que incrementa su puntuación, sobre todo, en lo relacionado al grupo facilitado por el par que aumenta en mayor medida y de forma más consistente. En el caso del experto, pasa de un promedio de 1,71 ($DT=0,58$) en el pretest a un promedio de 2,09 ($DT=0,42$) en el segundo seguimiento. En el caso del par, desde un promedio pretest de 1,58 ($DT=0,60$) alcanza un promedio de 2,21 ($DT=0,41$) en el segundo seguimiento aunque no existen diferencias significativas a nivel estadístico entre ambos.

Recordemos que la variable “información real sobre vías de transmisión” corresponde a un sumatorio de 13 ítems que, a través de respuesta cerrada (Si, No, No lo sé) extrae información sobre los conocimientos de las personas referentes a las vías de transmisión general del VIH.

Tabla 57. Análisis de medidas repetidas en “Información Real” según el facilitador

MANOVA	F	p
Momento	23,61	0,000
Tipo facilitador	0,28	0,598
Interacción momento*tipo facilitador	0,86	0,357

Tabla 58. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Información Real”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	9,31	2,40	10,41	2,38	10,44	2,24	10,91	1,89	F= 12,00 p=0,002 F= 5,57 p=0,036
Par	9,14	2,35	10,66	2,41	10,41	1,81	11,21	2,31	
Prueba t	t= 0,45 p= 0,656		t= -0,61 p= 0,545		t= 0,07 p= 0,944		t= -0,67 p= 0,504		

Al igual que ocurría en la variable anterior, la Tabla 57 muestra cómo el efecto momento presenta significación estadística ($F=23,61$; $p\leq 0,000$). Es decir, las diferencias encontradas en las distintas tomas de medida resultan ser estadísticamente significativas. Por el contrario, no resulta ser significativo el efecto facilitador ($F=0,28$; $p\leq 0,598$) ni el efecto interacción entre el momento y el tipo de facilitador ($F=0,86$; $p\leq 0,357$).

Según se observa en la Tabla 58, si bien los grupos no presentan diferencias entre ellos en los distintos momentos de evaluación, sí las presentan en la evolución intragrupal. Dicho resultado se observa tanto en el grupo facilitado por el experto ($F=12,00$; $p\leq 0,002$) como en el del par ($F=5,57$; $p\leq 0,036$). Estos resultados, al igual que los anteriores, no son debidos a diferencias previas que existieran entre ambos grupos tal y como se observa en la Prueba t del pretest ($t=0,45$; $p\leq 0,656$).

Si atendemos a la progresión de las medias, la mejora se observa sobretudo en el grupo facilitado por el par que pasa de una media pretest de 9,14 (DT=2,35) a un promedio de 11,21 (DT=2,31) en el segundo seguimiento. En el caso del experto, el promedio pretest de 9,31 (DT=2,40) asciende a 10,91 (DT=1,89) en el segundo seguimiento. Sin embargo, las desviaciones típicas hacen que la F sea mayor en los grupos facilitados por el experto.

La segunda variable analizada sobre información real y, como ya se ha comentado, la que podría considerarse como central es la “información real sobre vías”

de transmisión sexual". Dicha variable, calculada a través de un sumatorio con cuatro ítems, explora los conocimientos sobre el riesgo que entrañan diferentes prácticas sexuales. A medida que un sujeto tiene más conocimiento puntúa más alto en la escala de 0 a 4.

Tabla 59. Análisis de medidas repetidas en "Información sobre vías de transmisión sexual" según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	10,26	0,002
Tipo facilitador	1,95	0,167
Interacción momento*tipo facilitador	0,60	0,439

Tabla 60. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "Información sobre vías de transmisión sexual"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	2,89	1,09	3,54	0,83	3,23	0,96	3,27	0,99	F= 3,03 p=0,089
Par	2,96	0,96	3,57	0,89	3,57	0,89	3,53	0,91	F= 7,72 p=0,008
Prueba t	t= -0,38 p= 0,704		t= -0,20 p= 0,845		t= -1,96 p= 0,053		t= -1,28 p= 0,204		

También en este caso, el cálculo del MANOVA (ver Tabla 59) presenta un efecto momento significativo estadísticamente ($F=10,26$; $p\leq 0,002$). Es decir, las puntuaciones cambian significativamente en los distintos momentos de evaluación. Por el contrario, no aparecen diferencias significativas en función del tipo de facilitador ($F=1,95$; $p\leq 0,167$) o la interacción entre ambos ($F=0,60$; $p\leq 0,439$).

Al igual que ocurre en las demás medidas, el grupo facilitado por el par arroja resultados ligeramente superiores al grupo facilitado por el experto. Mientras las diferencias internas el grupo del par resultan ser significativas entre los distintos momentos de evaluación ($F=7,72$; $p\leq 0,008$), las variaciones manifestadas por el grupo del experto no lo son ($F=3,03$; $p\leq 0,089$). Además, el hecho de que las diferencias no sean significativas en el momento previo a la intervención ($t=0,38$; $p\leq 0,704$) supone que las variaciones que presentan las Tablas no son debidas a diferencias previas.

También es cierto que no existen diferencias estadísticamente significativas en los otros momentos de evaluación aunque en el primer seguimiento casi lo son ($t=-1,96$; $p\leq 0,053$). En este momento, el grupo del par ($\bar{X}=3,57$; $DT=0,89$) supera el promedio del grupo facilitado por el experto ($\bar{X}=3,23$; $DT=0,96$).

En resumen, por lo que respecta a las dos primeras variables relacionadas con la información observamos un cambio significativo tras la intervención tanto cuando ésta es realizada por un experto como cuando lo es por un par, si bien el efecto de las intervenciones de este último parecen ligeramente mayores. Sin embargo, en la última variable sobre información real sólo el grupo facilitado por el par presenta dichas diferencias significativas. En los tres casos se observa la significación estadística del efecto momento.

7.2.3.2. Actitudes y creencias.

A partir del análisis de la “relevancia de salud” se introducen aquellas variables relacionadas con las actitudes y las creencias de la muestra. En este caso se incluye la percepción que la muestra tiene sobre la importancia de su propia salud.

Tabla 61. Análisis de medidas repetidas en “Relevancia de Salud” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	2,63	0,109
Tipo facilitador	0,02	0,896
Interacción momento*tipo facilitador	1,95	0,166

Tabla 62. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Relevancia de Salud”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Experto	9,40	0,93	9,23	1,51	9,60	0,80	9,64	0,65	F= 5,48 p=0,024	F= 0,02 p=0,885
Par	9,56	0,70	9,27	1,72	9,47	0,73	9,55	0,76		
Prueba t	t= -1,22 p= 0,222		t= -0,12 p= 0,907		t= 0,84 p= 0,403		t= 0,51 p= 0,608			

A partir del cálculo del MANOVA (Tabla 61), se observa que ni el efecto momento ($F=2,63$; $p\leq 0,109$), el efecto tipo de facilitador ($F=0,02$; $p\leq 0,896$) ni el efecto interacción entre momento y tipo de facilitador ($F=1,95$; $p\leq 0,166$) muestran significación estadística.

Según el análisis ANOVA del grupo del experto (ver Tabla 62) las diferencias intragrupalas entre los distintos momentos de evaluación resultan ser significativas ($F=5,48$; $p\leq 0,024$). Lo contrario ocurre en el caso del grupo del par ($F=0,02$; $p\leq 0,885$) donde no se observa significatividad estadística. Sin embargo, en ambos casos los promedios presentan ligeras variaciones que oscilan en función del momento de evaluación y que si bien descienden en el postest, se recuperan en los seguimientos posteriores. Sobre todo, en el caso del grupo facilitado por el experto.

Como ha ocurrido en las variables anteriores, dichas variaciones no son resultado de diferencias previas entre ambos grupos dado que la Prueba t del pretest no arroja diferencias significativas ($t=-1,22$; $p\leq 0,222$).

En general, cabe destacar que las puntuaciones obtenidas por ambos grupos son bastante elevadas si consideramos que este ítem responde a una escala likert que puntúa de 0 (nada) a 10 (mucho) y se observa cómo el rango oscila entre el 9,23(DT=1,51) del grupo experto en la medida posttest y el promedio 9,64 (DT=0,65) del mismo grupo en el segundo seguimiento.

Las Tablas 63 y 64 están relacionadas con la variable "probabilidad percibida de infectarse por VIH", es decir, por los resultados obtenidos a partir de la percepción que la muestra asume de infectarse por el VIH en una escala que oscila entre 0 (ninguna) y 100 (mucho).

Tabla 63. Análisis de medidas repetidas en "Probabilidad percibida de infectarse por VIH" según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	0,81	0,372
Tipo facilitador	0,17	0,683
Interacción momento*tipo facilitador	0,03	0,873

Tabla 64. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "Probabilidad percibida de infectarse por VIH"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Experto	20,43	24,06	24,13	27,76	22,21	23,14	24,41	29,22	F= 0,24	p=0,628
Par	22,20	30,59	24,68	25,12	23,88	24,92	24,30	25,11	F= 0,65	p=0,425
Prueba t	t= -0,39 p= 0,694		t=-0,12 p= 0,904		t= -0,36 p= 0,718		t= -0,32 p= 0,747			

A nivel global, el cálculo del MANOVA no presenta significación estadística en el efecto momento ($F=0,81$; $p\leq 0,372$), el efecto tipo de facilitador ($F=0,17$; $p\leq 0,683$) y el efecto de interacción entre ambos ($F=0,03$; $p\leq 0,873$). Es decir, no se observan cambios significativos en las distintas medidas de evaluación obtenidas en los diferentes momentos y tipos de facilitador.

Asimismo, el cálculo de la Prueba t (Tabla 64) tampoco presenta diferencias intergrupales significativas estadísticamente en los distintos momentos de evaluación y según el cálculo de los ANOVAs, no las hay intragrupalas en la evolución longitudinal de las evaluaciones de cada grupo.

Finalmente, cabe destacar cómo aún sin alcanzar significaciones estadísticas se observa un aumento de las puntuaciones medias posttest, sobre todo en el grupo del experto ($\bar{X}=24,13$; $DT=27,76$) pero también en el grupo del par ($\bar{X}=24,68$;

DT=25,12). Si bien es cierto que ambas puntuaciones disminuyen un poco en el primer seguimiento, vuelven a recuperarse en el segundo.

Otro aspecto que se ha querido indagar en el componente actitudinal, es el “temor al VIH” que la muestra manifiesta, es decir, en qué medida sienten miedo de infectarse por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en una escala que oscila entre el 0 (ninguna) y el 100 (mucho).

Tabla 65. Análisis de medidas repetidas en “temor al VIH” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	2,17	0,144
Tipo facilitador	0,95	0,333
Interacción momento*tipo facilitador	0,32	0,571

Tabla 66. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “temor al VIH”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	67,12	37,99	70,53	37,08	75,48	37,87	73,50	39,35	F= 1,95 p=0,170
Par	72,86	34,58	74,43	32,24	77,37	31,99	78,67	31,55	F= 0,44 p=0,510
Prueba t	t= -0,97 p= 0,335		t=-0,66 p= 0,507		t= -0,28 p= 0,776		t= -0,68 p= 0,501		

Según la Tabla 65, ni el efecto momento (F=2,17; p≤0,144), el efecto tipo de facilitador (F=0,95; p≤0,333), ni la interacción entre ambas (F=0,32; p≤0,571) resultan ser significativos.

Si bien es cierto que no se observan diferencias significativas entre los grupos facilitados por el par y por el experto, tal y como muestran las Pruebas t (ver Tabla 66) sí se observa un comportamiento diferenciado entre ambos grupos a favor del grupo del par que en todas las medidas de evaluación mejora.

También es cierto que analizando los promedios se observa una mejora de las puntuaciones de ambos grupos en las medidas posteriores a la intervención. El grupo facilitado por el par asciende de un promedio de 72,86 (DT=34,58) a un promedio de 78,67 (DT=31,55) en el segundo seguimiento. También el grupo facilitado por el experto aumenta el promedio desde la pre-intervención con 67,12 (DT=37,99) a 75,48 (DT=37,87) en el primer seguimiento, aunque luego descienda a 73,59 (DT=39,35) en el segundo seguimiento. Con independencia de lo anterior, parece que los cambios analizados longitudinalmente no son significativos ni en el caso del experto (F=1,95; p≤0,170), ni en el del par (F=0,44; p≤0,510).

Los datos que se presentan en las Tablas 67 y 68 se relacionan con la variable “gravedad percibida”, es decir, la valoración del peligro que las personas creen que entraña el VIH-Sida en una escala de 0 (nada) a 4 (mucho).

Tabla 67. Análisis de medidas repetidas en “Gravedad percibida” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	7,18	0,009
Tipo facilitador	8,81	0,004
Interacción momento*tipo facilitador	0,20	0,656

Tabla 68. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Gravedad percibida”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	3,53	0,50	3,44	0,58	3,42	0,54	3,45	0,50	F= 2,44 p=0,126
Par	3,34	0,58	3,28	0,57	3,19	0,47	3,19	0,50	F= 4,99 p=0,031
Prueba t	t= 2,14		t= 1,56		t= 2,47		t= 2,49		
	p= 0,034		p= 0,121		p= 0,015		p= 0,015		

Por un lado, se observa cómo los cálculos del MANOVA (Tabla 67) muestran significación estadística en función del efecto momento ($F=7,18$; $p\leq 0,009$) y del tipo de facilitador ($F=8,81$; $p\leq 0,004$). Es decir, se observan diferencias significativas estadísticamente según las distintas medidas de evaluación y también en función del tipo de facilitador. Por el contrario, el efecto interacción entre ambos elementos no presenta significación estadística ($F=0,20$; $p\leq 0,656$).

Sin embargo, si se continúa el análisis en función de los momentos de evaluación, se observa que la Prueba t (Tabla 68) muestra la existencia de diferencias significativas previas a la intervención ($t=2,14$; $p\leq 0,034$), lo cual podría haber influido en la existencia también de diferencias significativas en el primer seguimiento ($t=2,47$; $p\leq 0,015$) y el segundo seguimiento ($t=2,49$; $p\leq 0,015$). En todos los momentos de evaluación la gravedad percibida del Sida es menor en los grupos facilitados por el par que en los facilitados por el experto.

En todo caso, según el cálculo de ANOVAs intragrupo se observa una discrepancia entre ambos grupos en el análisis longitudinal diferenciado. Mientras las diferencias mostradas por el grupo facilitado por el par en los distintos promedios resultan ser significativas ($F=4,99$; $p\leq 0,031$) las variaciones presentadas por el grupo del experto no lo son ($F=2,44$; $p\leq 0,126$). Dichas variaciones podrían resultar contraproducentes, sobre todo, en el caso del grupo del par ya que tras la intervención desciende en promedio la percepción de gravedad de la enfermedad. En el caso del grupo del experto también ocurre ligeramente pero de manera oscilante y como hemos dicho se llegan a encontrar diferencias significativas entre ambos tanto en el primer seguimiento ($F=2,47$; $p\leq 0,015$) como en el segundo ($F=2,49$; $p\leq 0,015$).

En resumen, en cuanto al comportamiento del sexo en las variables relativas a las valoraciones sobre la importancia de la salud, la probabilidad de infectarse por el VIH, el temor que despierta y la gravedad de la propia enfermedad, en principio, se observa una mejora del grupo facilitado por el experto en cuando a la relevancia que los sujetos le otorgan a su salud aunque la diferencia respecto al par no muestra significación estadística. En las otras variables, si bien tampoco existen diferencias significativas en lo relativo al temor que sienten los sujetos se ve un comportamiento algo mejor en el grupo del par, mientras que en lo relativo a la gravedad percibida parece algo mejor el grupo del experto aunque ambos grupos descienden en sus puntuaciones.

Considerado el preservativo como una de las herramientas más fiable para la prevención del VIH-Sida y la relevancia que su valoración obtiene en algunos modelos teóricos, como el Modelo de Creencias de Salud, se incluyó en el estudio la percepción que la muestra tenía sobre el mismo. En este caso se aborda “la confianza en el uso del preservativo” como método preventivo en una escala de 0 (ninguna) a 3 (mucho).

Tabla 69. Análisis de medidas repetidas en “Confianza en el uso del preservativo” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	8,35	0,005
Tipo facilitador	0,15	0,703
Interacción momento*tipo facilitador	0,35	0,557

Tabla 70. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Confianza en el uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	2,52	0,62	2,58	0,55	2,63	0,52	2,59	0,58	F= 4,01 p=0,052 F= 4,46 p=0,041
Par	2,37	0,68	2,58	0,67	2,63	0,52	2,56	0,55	
Prueba t	t= 1,39 p= 0,167		t= -0,08 p= 0,936		t= 0,07 p= 0,940		t= 0,27 p= 0,788		

En líneas generales, tras realizar el cálculo de MANOVAs (ver Tabla 69) se observa que aparece un efecto momento significativo estadísticamente (F=8,35; p≤0,005). Sin embargo, no son significativos ni el efecto tipo de facilitador (F=0,15; p≤0,703) ni el efecto de la interacción entre ambos (F=0,35; p≤0,557).

En otro nivel, si se analiza la evolución de cada grupo a lo largo del tiempo, se observa en la Tabla 70 cómo el grupo facilitado por el par presenta diferencias significativas (F=4,46; p≤0,041) y casi lo son en el caso del facilitador experto (F=4,01;

$p \leq 0,052$). Esto supone que en la condición par mejora significativamente la confianza en el preservativo tras la intervención y en mayor medida que en la condición experto. Si bien es cierto que el grupo del facilitador experto presenta una puntuación ligeramente más elevada en el pretest ($\bar{X} = 2,52$; $DT = 0,62$) que el grupo del par ($\bar{X} = 2,37$; $DT = 0,68$) tras la intervención, el grupo del par asemeja sus puntuaciones al del experto en el posttest y el primer seguimiento. Cabe tener en cuenta que el cálculo de la Prueba t muestra cómo las variaciones en los resultados no son debidas a diferencias significativas previas ($t = 1,39$; $p \leq 0,167$).

Además la variabilidad presentada por los grupos no es muy elevada, quizá porque la puntuación promedio de partida es alta en una escala de 0 a 3. Este hecho podría influir en la no significatividad de las desigualdades entre los grupos tras la intervención.

Continuando con el análisis de la percepción que la muestra tiene sobre el preservativo, la variable “dificultades del uso del preservativo” aborda aquellos aspectos negativos que las personas asocian a su empleo como medida preventiva en sus relaciones sexuales. La variable se basa en un sumatorio de diversos ítems cuyo rango oscila entre 0 y 12; cuantos más inconvenientes encuentra la persona más elevada es su puntuación.

Tabla 71. Análisis de medidas repetidas en “Dificultades del uso del preservativo” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	0,42	0,518
Tipo facilitador	0,34	0,558
Interacción momento*tipo facilitador	0,01	0,923

Tabla 72. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Dificultades del uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Experto	1,80	1,30	1,65	1,36	1,71	1,40	1,61	1,26	F= 0,28	p=0,596
Par	1,79	1,29	1,85	1,35	1,81	1,52	1,79	1,50	F= 0,15	p=0,702
Prueba t	t= 0,05 p= 0,960		t= -0,90 p= 0,369		t= -0,36 p= 0,716		t= -0,59 p= 0,553			

En un primer término, tal y como indica la Tabla 71, se observa cómo no aparece significación estadística en el efecto momento ($F = 0,42$; $p \leq 0,518$), el efecto tipo de facilitador ($F = 0,34$; $p \leq 0,558$) ni el efecto de la interacción entre ambos ($F = 0,01$; $p \leq 0,923$).

Por otro lado, según la Tabla 72, puede observarse que las medias de ambos grupos en el pretest son casi idénticas ($t=0,05$; $p\leq 0,960$). Si bien es cierto que según los ANOVAs tampoco se ven diferencias significativas en la evolución del grupo del experto ($F=0,28$; $p\leq 0,596$) ni del facilitador par ($F=0,15$; $p\leq 0,702$), cabe mencionar una oposición. Mientras en el grupo del experto el índice promedio de dificultad asociada al uso del preservativo desciende desde el 1,80 ($DT=1,30$) a 1,65 del postest ($DT=1,36$) y sigue disminuyendo en el segundo seguimiento ($\bar{X}=1,61$; $DT=1,26$), en el grupo del par, las dificultades percibidas se incrementan en el postest muy ligeramente ($\bar{X}=1,85$; $DT=1,35$) y desciende en el primer seguimiento y en el segundo donde la media es idéntica al pretest ($\bar{X}=1,79$; $DT=1,50$).

También es cierto que, considerado el rango de las puntuaciones las variaciones en las medias no son tan relevantes y que los resultados generales pueden considerarse de un orden menor, en la medida en que la muestra no alcanza a puntuar un 2 sobre 12.

Con la intención de complementar la anterior variable se presenta un ítem relacionado con las “ventajas del uso del preservativo” que se refiere a la cantidad de valoraciones positivas que las personas realizan sobre el mismo. En este caso anterior, las puntuaciones se ubican en un rango que va del 0 al 9; cuantas más ventajas encuentra la persona más elevada es su puntuación.

Tabla 73. Análisis de medidas repetidas en “Ventajas del uso del preservativo” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	0,80	0,374
Tipo facilitador	0,02	0,874
Interacción momento*tipo facilitador	0,00	0,958

Tabla 74. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Ventajas del uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Experto	3,22	1,43	3,35	1,34	3,48	1,35	3,45	1,34	F= 0,36	p=0,553
Par	3,34	1,40	3,34	1,20	3,37	1,13	3,46	1,08	F= 0,44	p=0,509
Prueba t	F= -0,53 p= 0,599		F= 0,04 p= 0,966		F= 0,46 p= 0,647		F= -0,04 p= 0,968			

A nivel general, según el análisis MANOVA (Tabla 73) se observa cómo el efecto momento ($F=0,80$; $p\leq 0,374$), el efecto facilitador ($F=0,02$; $p\leq 0,874$) y el efecto de la interacción entre ambos ($F=0,00$; $p\leq 0,958$) no muestran significación estadística.

Si se analiza el comportamiento de los grupos en los distintos momentos de evaluación se observa cómo las diferencias entre ambos no resultan ser significativas

en ningún momento, tal y como lo demuestran las distintas Pruebas t realizadas. Si bien es cierto que el grupo del experto aumenta un poco más la puntuación que el grupo facilitado por el par en el postest y en el primer seguimiento, la oscilación de promedios que manifiestan ambos grupos es pequeña (el más bajo $\bar{X}_{\text{experto-pre}}=3,22$ y el más alto $\bar{X}_{\text{experto-seg1}}=3,48$) en un rango posible entre 0 y 12.

En general, la muestra varía poco su percepción sobre las ventajas que conlleva el uso del preservativo como medida preventiva. Si bien las puntuaciones promedio parecen ascender tímidamente en cada uno de los grupos, dichos cambios no resultan ser significativos ni para el grupo facilitado por el experto ($F=0,36$; $p\leq 0,553$), ni para el grupo que ha dirigido el par ($F=0,44$; $p\leq 0,509$).

Otro elemento destacado por muchos estudios es aquel que relaciona las conductas de riesgo para la infección por el VIH con la creencia de la normativa social que cada persona tiene. A través de un ítem dicotómico, la variable “creencias normativas” explora la percepción que las personas mantienen sobre la aceptación del uso del preservativo en su entorno.

Tabla 75. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Creencias normativas”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran (p)
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	
Experto	96,1	3,9	97,2	2,8	98,1	1,9	97,7	2,3	0,00 ($p\leq 1,000$)
Par	100	0	100	0	100	0	100	0	–
Chi ²	Chi ² =3,61 p= 0,164		Chi ² =2,54 p=0,281		Chi ² =1,45 p=0,283		Chi ² =1,64 p=0,512		

A partir de los resultados obtenidos en la Tabla 75, puede observarse cómo las variaciones que presentan los grupos no parecen ser significativas estadísticamente en el momento previo a la intervención, tal y como manifiesta el Chi² (Chi²=3,61; $p\leq 0,164$). En este momento, el 96,1% de los sujetos participantes en los grupos de experto consideran que el preservativo está bien visto en su entorno, frente al 100% en los grupos de par.

Si se continua el análisis en los demás momentos temporales, también se ve que ni en el post-intervención (Chi²=2,54; $p\leq 0,281$), ni en el primer seguimiento (Chi²=1,45; $p\leq 0,283$) ni en el segundo (Chi²=1,64; $p\leq 0,512$) existen diferencias significativas.

Por un lado se aprecia que el grupo facilitado por el experto va mejorando sus puntuaciones en el postest y el primer seguimiento, descendiendo un poco en el segundo. Por otro lado, cabe observar cómo el grupo facilitado por el par mantiene la puntuación máxima (100%) en todas las evaluaciones. Se observa además, según la Q de Cochran que las diferencias alcanzadas por el grupo del experto no resultan ser significativas ($Q=0,00$, $p \leq 1,000$). Dados los porcentajes obtenidos por el grupo del par se supone que tampoco en este caso.

En definitiva, poco podemos decir de la influencia del facilitador en esta variable dado que en general las puntuaciones son casi máximas en todos los casos y con escasa variabilidad.

Resumiendo, en el conjunto de variables relacionadas con las actitudes y las creencias, tan sólo obtenemos significaciones estadísticas en el efecto momento y tipo de facilitador en la variable gravedad percibida y en el efecto momento de la variable “confianza en el uso del preservativo”. Un análisis más detallado de las medias, las Pruebas t y los ANOVAs, nos indica que la influencia del tipo de facilitador en el efecto de las intervenciones no es muy importante. En todo caso, el experto consigue aumentar más la preocupación general por la salud y el par mejora algo más la confianza en el preservativo y de manera contraproducente, disminuye en mayor medida la gravedad asociada al Sida.

Continuando con el análisis de las creencias individuales de la muestra, la variable “Autoeficacia” quiere medir la valoración que las personas hacen sobre su propia capacidad para afrontar una situación de riesgo. La variable está construida con el sumatorio de diversos ítems relacionados y presenta un rango de 0 (ninguna) a 42 (mucho).

Tabla 76. Análisis de medidas repetidas en “Autoeficacia General” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	2,99	0,087
Tipo facilitador	1,13	0,291
Interacción momento*tipo facilitador	0,87	0,353

Tabla 77. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Autoeficacia General”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	34,96	4,33	34,60	4,47	34,92	4,71	35,19	5,01	F= 0,29 p=0,594
Par	33,93	4,87	33,37	4,94	34,86	8,95	34,49	5,63	F= 3,95 p=0,053
Prueba t	t= 1,37 p= 0,173		t= 1,56 p= 0,122		t= 0,04 p= 0,966		t= 0,61 p= 0,546		

En líneas generales y según los cálculos del MANOVA (Tabla 76), se observa cómo el efecto momento no presenta significación estadística ($F=2,99$; $p\leq 0,087$), al igual que ocurre con el efecto tipo de facilitador ($F=1,13$; $p\leq 0,291$) y con el efecto de la interacción entre el momento y el facilitador ($F=0,87$; $p\leq 0,353$).

Además, tal y como muestran las Pruebas t realizadas entre las dos condiciones experimentales (ver Tabla 77), no parecen presentarse diferencias entre los grupos en los distintos momentos de evaluación. En todos ellos, el grupo facilitado por el experto presenta una puntuación ligeramente más elevada.

Si bien es cierto que ninguno de los dos grupos presenta diferencias significativas estadísticamente si se estudia su evolución longitudinal en las distintas evaluaciones, el grupo facilitado por el par ($F=3,95$; $p\leq 0,053$) se acerca considerablemente a dicha significación frente al grupo del experto ($F=0,29$; $p\leq 0,594$). Es cierto sin embargo que, en ambos casos, los promedios varían muy tímidamente y de manera poco consistente.

7.2.3.3. *Realización de conducta preventiva.*

Con el análisis de la “frecuencia del uso del preservativo en el coito vaginal” se inicia el abordaje de una serie de variables relacionadas con la realización de la propia conducta preventiva: el empleo del preservativo. En las variables comportamentales asociadas a la prevención del Sida que se refieren a otras prácticas sexuales, debido a la falta de datos presentados por la muestra, hemos optado por sustituir la t de Student por la U de Mann Whitney en los distintos momentos de evaluación y el ANOVA por la prueba Wilcoxon.

En esta ocasión, la variable alude a la frecuencia que la muestra ha utilizado en sus conductas de coito vaginal sobre un rango de 0 (nunca) a 3 (siempre).

En general, se observa cómo las puntuaciones intergrupales no presentan diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación tal y como muestra el cálculo de la U de Mann Whitney (Tabla 78). Sin embargo, sí se puede apreciar una trayectoria ligeramente distinta entre ambos. Mientras el grupo del experto parece descender levemente el grupo facilitado por el par, aún con algunas oscilaciones, parece aumentar un poco su promedio.

Con independencia de lo anterior, tal y como muestra el estadístico de Wilcoxon en cada caso, las diferencias no resultan ser significativas ni en el caso del grupo del experto ni en el caso del grupo del par.

Tabla 78. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Frecuencia uso preservativo en coito vaginal”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	1ºSeg	2ºSeg
Experto	2,50	0,68	2,43	1,09	2,43	1,00	2,40	1,00	-0,21 (0,837)	-0,18 (0,856)	-1,15 (0,248)
Par	2,25	0,89	2,33	0,86	2,20	1,05	2,37	1,05	-0,40 (0,688)	-1,00 (0,319)	-0,14 (0,890)
U Mann Whitney	Z=-1,50 p= 0,131		Z=-1,31 p= 0,191		Z=-1,04 p= 0,295		Z=-0,84 p= 0,933				

En la presente variable “frecuencia del uso del preservativo en la práctica de sexo oral” la experiencia preventiva se asocia a la conducta de sexo oral sobre la misma escala likert que oscila de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Tabla 79. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo en sexo oral”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	1ºSeg	2ºSeg
Experto	0,43	0,84	0,50	0,95	0,77	1,23	0,54	0,96	-0,71 (0,480)	-1,29 (0,200)	-1,42 (0,157)
Par	0,24	0,51	0,29	0,78	0,20	0,53	0,28	0,56	-0,56 (0,577)	0,71 (0,480)	-1,41 (0,157)
U Mann Whitney	Z=-0,89 p= 0,376		Z=-1,00 p= 0,316		Z=-1,78 p= 0,075		Z=-0,73 p= 0,468				

Al igual que ocurría en la variable anterior, la U de Mann Whitney no muestra significación estadística entre los promedios de ambos grupos, en los distintos momentos de evaluación.

En todos los momentos, incluyendo el pretest, el grupo del experto presenta un promedio más elevado que el grupo facilitado por el par. Quizá el más destacable es el primer seguimiento donde la Z tiende a la significación (Z=-1,78; p≤0,075) y el experto puntúa un promedio de 0,77 (DT=1,23) frente al promedio del par de 0,20 (DT=0,53).

Analizando la evolución individual, se ve cómo ambos grupos aumentan en la medida posttest. Sin embargo, mientras el grupo del experto mejora notablemente su promedio en el primer seguimiento para relajarlo en el segundo, el grupo facilitado por el par desciende en el primer seguimiento aumentando, ligeramente, en el segundo. No obstante, tal y como indica la Z de Wilcoxon ninguno de esos cambios muestra significación estadística. Además, teniendo en cuenta el rango de puntuación de la variable pueden considerarse “bajas” las medias obtenidas por ambos grupos.

La “frecuencia del uso del preservativo en el coito anal”, alude a la asiduidad con que las personas han realizado dicha conducta preventiva en sus relaciones de coito anal en una escala de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Tabla 80. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo en coito anal”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre- post	1ºSeg	2ºSeg
Experto	1,00	1,10	1,90	1,37	1,40	1,51	2,50	0,71	-1,14 (0,157)	-1,00 (0,317)	-1,14 (0,157)
Par	0,45	1,00	1,14	1,34	0,86	1,46	0,86	1,21	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z=-1,87 p= 0,061		Z=-0,98 p= 0,325		Z=-0,83 p= 0,405		Z=-1,54 p= 0,123				

En la Tabla 80, se aprecian distintos elementos que es necesario destacar. Si bien es cierto que no existen diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación, según la U de Mann Whitney, sí parece apreciarse una evolución en los promedios. En el grupo del experto parece notarse un aumento más considerable que el observado en el grupo del par. Siendo cierto que ambos mejoran en el promedio postest ($\bar{X}_{exp}=1,90$ $DT_{exp}=1,37$; $\bar{X}_{par}=1,14$ $DT_{par}=1,34$) y disminuyen en el primer seguimiento ($\bar{X}_{exp}=1,40$ $DT_{exp}=1,51$; $\bar{X}_{par}=0,86$ $DT_{par}=1,46$), sin embargo, en el segundo seguimiento, mientras el experto mejora ($\bar{X}=2,50$ $DT=0,71$) no ocurre lo mismo con el par ($\bar{X}=0,86$ $DT=1,21$).

Como pasaba en la variable anterior, el cálculo de la Z de Wilcoxon indica que las diferencias intragrupalas que se muestran tanto en el grupo del experto como del par, no resultan ser significativas.

La Tabla 81 muestra los resultados vinculados al “uso del preservativo en relaciones de pareja estable”, es decir, la frecuencia con que la población ha realizado dicha conducta preventiva en una experiencia sexual de pareja estable. Como en los casos anteriores, las puntuaciones varían entre 0 (nunca) y 3 (siempre).

Si bien es cierto que ambos grupos presentan un ligero descenso en los distintos promedios de los momentos de evaluación, dicha evolución no resulta ser significativa según el cálculo de la Z de Wilcoxon.

Tabla 81. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo en pareja estable”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	1ºSeg	2ºSeg
Experto	2,41	0,65	2,30	1,13	2,29	1,08	2,13	1,17	-0,17 (0,862)	-0,14 (0,890)	-1,11 (0,265)
Par	2,14	1,00	2,13	0,99	1,89	1,14	2,33	1,05	0,56 (0,576)	1,27 (0,203)	-0,56 (0,577)
U Mann Whitney	Z=-1,00 p= 0,315		Z=-1,30 p= 0,194		Z=-1,49 p= 0,137		Z=-0,60 p= 0,551				

En general, se observa una tendencia en la que el grupo del experto disminuye sus promedios de forma continuada a partir de la intervención. Sin embargo, el grupo del par que desciende en el postest y en el primer seguimiento, mejora en el caso del segundo seguimiento ($\bar{X}=2,33$; DT=1,05) superando la puntuación del grupo del experto en el segundo seguimiento ($\bar{X}=2,13$; DT=1,17) que en el resto de evaluaciones le supera. No obstante, tampoco existen diferencias significativas entre ambos grupos en los distintos momentos de evaluación tal y como muestra la U de Mann Whitney.

Continuando el análisis de la experiencia preventiva en función de la relación, en este caso, la variable “uso del preservativo en la pareja esporádica” explora la ejecución de dicha conducta en las prácticas sexuales realizadas con la pareja que considera esporádica.

Tabla 82. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “frecuencia uso preservativo pareja esporádica”.

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	1ºSeg	2ºSeg
Experto	2,44	1,02	1,87	1,55	2,00	1,41	2,67	0,71	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)
Par	1,83	1,34	2,14	1,46	2,00	1,22	2,25	1,50	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)
U Mann Whitney	Z=-1,96 p= 0,049		Z=-0,35 p= 0,724		Z=-0,34 p= 0,736		Z=-0,31 p= 0,754				

En la Tabla 82 se observa, en un primer término, la existencia de ciertas diferencias significativas previas a la intervención entre los grupos ($Z=-1,96$; $p\leq 0,049$). Si bien es cierto que en este momento el grupo facilitado por el experto tiene mayor puntuación ($\bar{X}=2,44$; DT=1,02) respecto al grupo del par ($\bar{X}=1,83$; DT=1,34), en la medida postest es el grupo facilitado por el par es el que obtiene mayor puntuación de

los dos ($\bar{X}=2,14$; $DT=1,46$) y no el experto ($\bar{X}=1,87$; $DT=1,55$). A partir de este momento ambos grupos aumentan sus puntuaciones hasta alcanzar las mayores en el seguimiento 2, tanto en el caso del experto ($\bar{X}=2,67$; $DT=0,71$) como del par ($\bar{X}=2,25$; $DT=1,50$).

Sin embargo, a través de la Z de Wilcoxon se observa cómo dichas diferencias entre las medias no resultan ser significativas estadísticamente.

Otro elemento considerado dentro de la prevención de riesgo ante el VIH-Sida es la realización de la propia conducta preventiva en un contexto que combine la relación sexual con el consumo previo de sustancias. En este sentido, la variable "uso del preservativo bajo los efectos de drogas o alcohol" explora la frecuencia de ejecución de dicha conducta sobre una escala likert de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Tabla 83. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "frecuencia uso preservativo con alcohol/drogas".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-1ºSeg	Pre-2ºSeg
Experto	2,32	0,91	1,74	1,33	1,61	1,26	2,13	1,12	-1,37 (0,170)	-0,54 (0,590)	-0,14 (0,885)
Par	2,05	1,10	2,09	1,04	1,87	1,12	2,25	1,21	-0,86 (0,392)	-1,66 (0,098)	-0,55 (0,581)
U Mann Whitney	Z=-1,01 p= 0,314		Z=-0,75 p= 0,452		Z=-0,53 p= 0,595		Z=-0,47 p= 0,640				

Si bien es cierto que el cálculo de la U de Mann Whitney en los distintos momentos de evaluación, no arrojan diferencias significativas entre los dos grupos si cabe observar algunas desigualdades (ver Tabla 83). Por ejemplo, cómo el grupo del par mejora ligeramente en la puntuación posttest ($\bar{X}=2,09$; $DT=1,04$) mientras el grupo del experto ($\bar{X}=1,74$; $DT=1,33$) disminuye su puntuación respecto a la medida pretest. A partir de ahí, el comportamiento se asemeja ya que ambos descienden en el primer seguimiento y mejoran la puntuación en el segundo seguimiento. Sin embargo, las diferencias observadas entre los distintos promedios de evaluación dentro de cada grupo longitudinalmente, tal y como muestra la Z de Wilcoxon, no resultan ser significativas estadísticamente.

En resumen, valorando las variables asociadas al uso del preservativo en distintas prácticas sexuales, ante distintos tipos de pareja y en situación de

consumo de alcohol u otras drogas, la variable tipo de facilitador no se revela como una variable moduladora importante del efecto de las intervenciones.

Desde el abordaje de la prevención del riesgo de contraer el VIH-Sida se introduce la variable “infidelidad”, explorando en qué medida la población ha realizado la conducta preventiva de emplear el preservativo con su pareja estable una vez mantenida una conducta sexual externa a dicha pareja.

Tabla 84. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Conducta preventiva tras infidelidad”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran (p)
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	
Experto	50	50	33,3	66,7	100	0	100	0	–
Par	33,3	66,7	0	100	0	100	0	100	–
Chi ²	Chi ² = 0,39 p= 0,533		Chi ² = 0,83 p= 0,361		Chi²= 5,00 p= 0,025		–		

Por una parte, en la Tabla 84, se observa cómo las desigualdades entre los grupos no se deben a diferencias previas significativas tal y como lo indica el Chi² (Chi²=0,39; p≤0,533). Si bien es cierto que en el postest (Chi²=0,83; p≤0,361), tampoco se reflejan diferencias significativas, ocurre lo contrario en el primer seguimiento (Chi²=5,00; p≤0,025). En este momento, mientras el grupo facilitado por el experto alcanza la máxima puntuación (100%), el grupo del par arroja la mínima posible (0%).

En general se observa una evolución creciente del grupo del experto que se mantiene a partir del primer seguimiento, frente a una evolución decreciente del grupo del par que a partir del postest arroja la mínima puntuación. Esto indicaría que en el primer grupo la totalidad de las personas habrían empleado el preservativo con su pareja estable mientras que en el segundo grupo, no lo habría hecho ninguna.

Sin embargo, el reducido número de la muestra no permite calcular la Q de Cochran para verificar en qué medida dichos cambios serían significativos estadísticamente.

7.2.3.4. Intención de conducta preventiva.

Esta segunda variable vinculada con la infidelidad, inicia el análisis de la intención de conducta reconocida la importancia que modelos, como el de la Teoría de la Acción Razonada, otorgan a dicho elemento para la realización de la propia

conducta preventiva en una situación de riesgo. Recordamos que en esta variable, se preguntaba a los sujetos si harían una conducta preventiva o una de riesgo en el caso de que hubieran mantenido una relación esporádica sin preservativo mientras tenían una pareja estable.

En un primer término, a partir del χ^2 (Tabla 85) se observa cómo existen diferencias significativas previas a la intervención ($\chi^2=6,70$; $p\leq 0,035$) lo cual podría influir en el comportamiento de los resultados posteriores. En ese momento, el 90,4% de los sujetos de los grupos facilitados por un experto, frente al 98,6% de los facilitados por un par, afirmaban que en caso de infidelidad realizarían una conducta preventiva con su pareja, es decir, usarían el preservativo.

Tabla 85. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "intención de conducta tras una infidelidad"

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran (p)
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	
Experto	90,9	9,1	91,5	8,5	90,4	9,6	93,2	6,8	1,09
Par	98,6	1,4	95,7	4,3	96,6	3,4	95,3	4,7	0,86
									($p\leq 0,779$)
									($p\leq 0,836$)
χ^2	$\chi^2= 6,70$ $p= 0,035$		$\chi^2= 1,50$ $p= 0,472$		$\chi^2= 3,04$ $p= 0,218$		$\chi^2= 0,22$ $p= 0,894$		

Cabe mencionar que las puntuaciones arrojadas por la muestra son bastante elevadas ya que el rango oscila entre el 90,9% (grupo del experto en el primer seguimiento) y el 98,6% (grupo del par en el pretest). El hecho de que en el postest y seguimiento las diferencias entre grupos ya no sean significativas, se explica porque tras la intervención, en el grupo de experto aumenta la intención de usar el preservativo, mientras que en el par, disminuye esta intención, acercándose así las puntuaciones de ambos grupos.

Si se analiza por separado la evolución de ambos grupos, se observan cambios poco constantes tanto en orden ascendente como descendente, tal y como muestra la Q de Cochran, sin ser significativos en el grupo del experto ($Q=1,09$; $p\leq 0,779$) ni en el del par ($Q=0,86$; $p\leq 0,836$).

Continuando el abordaje de variables relacionadas con la intención de realizar la conducta preventiva, a través de la "intención del uso del preservativo en el coito vaginal" se explora en qué medida las personas tienen el propósito de hacerlo en próximas relaciones.

Tabla 86. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "intención uso preservativo en coito vaginal".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	1ºSeg	2ºSeg
Experto	2,79	0,66	2,79	0,60	2,81	0,39	2,93	0,25	0,00 (1,000)	-0,38 (0,705)	-1,13 (0,257)
Par	2,70	0,73	2,76	0,66	2,81	0,51	2,93	0,25	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)
U Mann Whitney	Z=-0,65 p= 0,516		Z=-0,10 p= 0,920		Z=-0,26 p= 0,791		Z=0,00 p=1,000				

Dentro de los resultados obtenidos (ver Tabla 86) se observan tenues variaciones entre el grupo facilitado por el par y el del experto. En ambos casos, los promedios aumentan ligeramente hasta alcanzar la mayor puntuación en el segundo seguimiento con un promedio de 2,93 (DT=0,25) en los dos grupos. Tal y como muestran los cálculos de la Z de Wilcoxon, dichas variaciones no resultan ser significativas.

Si bien es cierto que la mejora es leve cuantitativamente, hay que ser consciente de que la puntuación de partida ya era elevada teniendo en cuenta que la escala oscila de 0 (nunca) a 3 (siempre). Quizá por ello las diferencias reflejadas en las distintas U de Mann Whitney en cada momento de evaluación no resultan significativas estadísticamente.

En esta ocasión, la Tabla 87 aborda la intención de conducta en una situación de sexo oral con la variable "intención del uso del preservativo en prácticas del sexo oral" que también se basa en una escala likert de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Tabla 87. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "intención uso preservativo en sexo oral".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	1ºSeg	2ºSeg
Experto	1,57	1,30	1,64	1,05	1,62	1,16	1,80	1,08	-1,35 (0,177)	-0,96 (0,336)	-0,18 (0,854)
Par	1,64	1,17	1,68	1,18	1,74	1,10	1,53	1,01	-2,07 (0,038)	-1,63 (0,102)	-1,34 (0,180)
U Mann Whitney	Z=-0,21 p= 0,830		Z=-0,14 p= 0,885		Z=-0,32 p= 0,746		Z=-0,77 p=0,441				

Dentro de la evolución aislada de los grupos se observa que si bien ambos mejoran en su puntuación postest sólo en el caso del grupo del par dicho aumento resulta ser significativo, tal y como indica el resultado de la Z de Wilcoxon (Z=-2,07; p≤0,038).

El resultado mejora ligeramente en su primer seguimiento aunque en el segundo desciende algo. Por el contrario, en el caso del grupo facilitado por el experto, los resultados descienden algo en el primer seguimiento y se recuperan en el segundo. Si bien es cierto que las puntuaciones superan la mitad de la escala, se observa cómo los datos obtenidos son cuantitativamente menores que en el caso del coito vaginal. Asimismo, cómo en ninguno de los momentos de evaluación se ven diferencias significativas a nivel estadístico según los análisis de la U de Mann Whitney. Dichos resultados en el pretest, indicarían que los datos obtenidos no son debidos a desigualdades previas entre los grupos.

En la Tabla 88, se muestran los datos relativos a la “intención de uso del preservativo en el coito anal”, otra de las variables exploradas dentro de esta sección.

Tabla 88. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “intención uso preservativo en coito anal”.

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-1ºSeg	Pre-2ºSeg
Experto	2,61	0,72	2,69	0,66	2,55	0,78	2,28	1,20	-0,71 (0,480)	-0,38 (0,705)	-1,29 (0,197)
Par	2,75	0,79	2,64	0,79	2,65	0,86	2,88	0,33	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z=-1,17 p= 0,243		Z=-0,13 p= 0,990		Z=-0,61 p= 0,544		Z=-1,38 p=0,167				

En primer término, se observa cómo las diferencias entre los dos grupos no son significativas en ninguno de los momentos de evaluación tal y como indican las U de Mann Whitney.

En segundo término, cabe destacar que si bien en el posttest el grupo facilitado por el experto mejora ligeramente ($\bar{X}=2,69$; $DT=0,66$) y el grupo facilitado por el par desciende en sus resultados ($\bar{X}=2,64$; $DT=0,79$), un comportamiento contrario se ve en los seguimientos uno y dos. En estos casos, mientras el grupo del par aumenta su puntuación ligeramente, en el caso del experto ocurre lo contrario ya que los promedios descienden un poco. En el segundo seguimiento frente al promedio del grupo del par de 2,88 ($DT=0,33$) el grupo del experto obtiene 2,28 ($DT=1,20$).

Asimismo también es cierto que según los cálculos de la Z de Wilcoxon, en ninguna de las comparativas las diferencias resultan ser significativas (Tabla 85).

Dentro del análisis de la intención de conducta se ha incluido también el tipo relación de pareja. En esta ocasión con la “intención de uso del preservativo en pareja estable” se explora el propósito de llevar a cabo la conducta preventiva con la persona que se considera como una pareja estable.

Tabla 89. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "intención uso preservativo en pareja estable".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	1ºSeg	Pre-2ºSeg
Experto	2,24	0,92	2,48	0,75	2,50	0,67	2,31	0,87	-2,12 (0,034)	-2,12 (0,034)	-1,63 (0,102)
Par	2,37	0,95	2,38	0,90	2,60	0,60	2,59	0,62	-0,378 (0,705)	0,00 (1,000)	-1,41 (0,157)
U Mann Whitney	Z=-0,55 p= 0,582		Z=-0,22 p= 0,826		Z=-0,46 p= 0,648		Z=-0,83 p=0,409				

Al igual que ocurre en muchas variables, se observa cómo los resultados de la U de Mann Whitney indican que los datos obtenidos no son debidos a diferencias significativas previas entre los dos grupos ($Z=-0,55$; $p\leq 0,582$). Como también ocurría en el caso anterior, si bien el grupo del experto presenta un mejor resultado en la medida posttest ($\bar{X}=2,48$; $DT=0,75$) que el grupo del par ($\bar{X}=2,38$; $DT=0,90$), en el primer seguimiento y el segundo se ve una tendencia diferente. En este sentido, el grupo facilitado por el par presenta unas puntuaciones más elevadas que el del experto aún considerando que las diferencias entre ambos son pequeñas y no resultan ser significativas en ninguno de los casos.

Cabe destacar, sin embargo, que en el estudio aislado de cada grupo se observa cómo el grupo del experto presenta diferencias significativas pero no ocurre lo mismo en el caso del grupo facilitado por el par. Según la Z de Wilcoxon, el primer grupo muestra dicha significación tanto en la comparativa del pretest-posttest ($Z=-2,12$; $p\leq 0,034$) como en la del pretest-seguimiento 1 ($Z=-2,12$; $p\leq 0,034$). En ambos casos aumenta su promedio.

Continuando con el análisis de la intención de conducta en función del tipo de pareja con el que se mantiene la relación sexual, en la Tabla 90, se aborda la "intención del uso del preservativo con parejas esporádicas". Si bien es cierto no existen diferencias estadísticas significativas entre los distintos momentos de evaluación, según la U de Mann Whitney, sí se aprecian algunos matices que diferencian a ambos grupos.

Mientras el grupo del experto disminuye ligeramente su puntuación en el posttest ($\bar{X}=2,93$; $DT=0,35$), el grupo facilitado por el par mejora mínimamente ($\bar{X}=2,88$; $DT=0,58$) e incrementa dicho resultado en el primer seguimiento hasta llegar al máximo resultado ($\bar{X}=3,00$; $DT=0,00$).

Tabla 90. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "intención uso preservativo pareja esporádica".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre- post	Pre- 1ºSeg	Pre- 2ºSeg
Experto	3,00	0,00	2,93	0,35	2,90	0,30	3,00	0,00	0,00 (1,000)	- 1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
Par	2,87	0,61	2,88	0,58	3,00	0,00	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z=-1,00 p= 0,317		Z=-0,17 p= 0,863		Z=-1,40 p= 0,162		Z=0,00 p=1,000				

También cabe mencionar que la puntuación del grupo del experto es la máxima en el pretest ($\bar{X}=3,00$; $DT=0,00$) y tras un ligero descenso la vuelve a recuperar en el segundo seguimiento ($\bar{X}=3,00$; $DT=0,00$). En ningún caso la Z de Wilcoxon muestra significación estadística en las diferencias entre promedios de cada grupo.

En cualquier caso, el hecho de que las puntuaciones sean muy altas en todos los momentos dificulta esa significación estadística.

La Tabla 91, presenta los resultados relacionados con la "intención del uso del preservativo bajo el efecto del alcohol u otras drogas", variable que explora el propósito de las personas de realizar la conducta preventiva una vez hayan consumido sustancias y realicen prácticas sexuales.

Tabla 91. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "intención uso preservativo con alcohol/drogas".

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Z (p)	Z (p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre- post	Pre- 1ºSeg	Pre- 2ºSeg
Experto	2,83	0,39	2,63	0,76	2,65	0,49	2,67	0,49	0,00 (1,000)	-0,58 (0,564)	-0,58 (0,564)
Par	2,86	0,65	2,54	0,86	2,71	0,78	2,82	0,53	1,63 (0,102)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z=-1,22 p= 0,224		Z=-0,37 p= 0,713		Z=-1,27 p= 0,204		Z=1,31 p=0,189				

A nivel general puede observarse cómo las diferencias que presentan las medidas en los distintos momentos de evaluación, no resultan ser significativas estadísticamente tal y como indican las Pruebas t y las Z de Wilcoxon.

Continuando el análisis con el postest, se observa que tanto el grupo del experto ($\bar{X}=2,63$; $DT=0,76$) como el grupo del par ($\bar{X}=2,54$; $DT=0,86$) disminuyen sus puntuaciones pretest. Asimismo se observa cómo en los dos seguimientos posteriores mejoran ambos grupos, sobre todo, en el caso del grupo facilitado por el par que alcanza el promedio de 2,82 ($DT=0,53$) en el segundo seguimiento frente al 2,67 ($DT=0,49$) del grupo del experto.

De todas formas, considerada la escala de 0 (nunca) a 3 (siempre), se puede considerar muy elevado el rango en el que oscilan los resultados y quizá por ello, las diferencias difícilmente pueden alcanzar significación estadística.

En resumen, si valoramos todas las variables referidas a la intención de uso del preservativo, tan sólo obtenemos diferencias significativas en la variable “intención de uso en sexo oral” entre el pre-post del grupo par y en la variable “intención de uso en pareja estable” entre el pre-post y el pre-primer seguimiento del grupo del experto. En las restantes variables, el tipo de facilitador no se revela como un factor modulador relevante del efecto de la intervención. Como ocurre en el caso de la frecuencia de conducta, las puntuaciones más bajas se observan en el caso del sexo oral. Sin embargo, en este caso las más elevadas son relativas a la intención de conducta en pareja esporádica.

7.2.3.5. Pruebas de detección de anticuerpos.

Otro aspecto que se ha introducido en el análisis de las conductas preventivas es el relacionado con las pruebas de detección de anticuerpos. En las Tablas 92 y 93, se hace referencia a la información que las personas poseen sobre la misma en función de tres aspectos: significado de un resultado positivo, lugar de realización y existencia del periodo ventana. De esta forma, la posibilidad de respuesta oscila entre 0 y 3 puntos, en función de las respuestas correctas que se den.

Tabla 92. Cálculo de medidas repetidas en “Información sobre prueba detección anticuerpos” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	148,17	0,000
Tipo facilitador	3,68	0,059
Interacción momento*tipo facilitador	0,84	0,363

Tabla 93. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Información sobre prueba detección anticuerpos”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	1,33	0,96	2,48	0,70	2,50	0,68	2,58	0,54	F= 74,46 p=0,000 F= 75,05 p=0,000
Par	1,00	0,93	2,28	0,84	2,29	0,77	2,43	0,80	
Prueba t	t=2,13 p= 0,035		t= 1,49 p= 0,137		t= 1,44 p= 0,152		t= 1,03 p= 0,306		

En un primer término cabe destacar, según el cálculo del MANOVA, cómo el efecto momento resulta ser estadísticamente significativo (F=148,17; p≤0,000). Es decir, se observan diferencias significativas a nivel estadístico entre los distintos

momentos de evaluación. Por el contrario, ni el efecto interacción entre el momento y el tipo de facilitador ($F=0,84$; $p\leq 0,363$) ni el efecto tipo de facilitador ($F=3,68$; $p\leq 0,059$) resultan ser significativos. No obstante, es cierto que este último casi alcanza la significatividad y, por tanto, se acerca en su potencial influencia respecto a los resultados. Cabe matizar, sin embargo, que éstas y otras significaciones estadísticas de los resultados podrían ser moduladas por posibles desigualdades previas entre ambos grupos, tal y como arroja el cálculo de la Prueba t en el pretest ($t=2,13$; $p\leq 0,035$).

Igualmente es necesario comentar cómo se ven mejoras graduales longitudinales tanto en el grupo facilitado por el experto ($F=74,46$; $p\leq 0,000$) como en el grupo facilitado por el par ($F=75,05$; $p\leq 0,000$). En esta línea, se aprecia cómo ambos grupos mejoran notablemente su promedio en el postest y aunque en menor medida van superando dicha media tanto en el primer seguimiento como en el segundo. El grupo del experto presenta en todos ellos un promedio superior al del grupo del par. En todo caso, las mejoras son notables en ambos grupos.

Otro elemento relacionado con la prueba de detección es la “intención de realizarse la prueba de detección de anticuerpos próximamente”, es decir, en qué medida las personas están dispuestas a efectuársela en un breve periodo de tiempo.

Tabla 94. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “la intención de realizarse la prueba”.

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran (p)
	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
	%	%	%	%	%	%	%	%	
Experto	20	80	36,5	63,5	34,7	65,3	35	65	2,48 ($p\leq 0,479$)
Par	19,1	80,9	19,7	80,3	11,8	88,2	14,6	85,4	3,00 ($p\leq 0,392$)
Chi ²	Chi ² = 0,33 p=0,988		Chi ² =4,33 p=0,115		Chi²= 7,41 p=0,025		Chi ² = 5,23 p=0,073		

En primer lugar, según el Chi² (Tabla 94), se ve que la diferencia de las puntuaciones de ambos grupos a partir del postest en los resultados no es debida a diferencias significativas estadísticamente en el pretest (Chi²=0,33; $p\leq 0,988$).

Por el contrario, se observa cómo en los demás momentos de medida existen diferencias notables entre ambos grupos y, en todos ellos, el porcentaje arrojado por el grupo del experto resulta mayor. En el primer seguimiento, por ejemplo, mientras el 34,7% de la muestra del grupo facilitado por el experto está dispuesto a realizarse las pruebas de detección de los anticuerpos, lo está un 11,8% en el grupo facilitado por el

par. En esta medida, el χ^2 presenta diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=7,41$; $p\leq 0,025$).

En el análisis de la evolución de cada grupo por separado, según la Q de Cochran, las oscilaciones entre los distintos momentos de evaluación no resultan ser significativas ni en el caso del grupo del experto ($Q=2,48$; $p\leq 0,479$) ni en el del par ($Q=3,00$; $p\leq 0,392$).

Para terminar el abordaje sobre la prueba de detección de anticuerpos, se analizó también en qué medida el joven “pregunta a su pareja si se ha realizado o no la prueba de detección de anticuerpos del VIH”, considerando dicha conducta dentro del ámbito de la prevención primaria.

Tabla 95. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “preguntar a la pareja sobre la prueba”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		Q de Cochran (p)
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
Experto	14,7	85,3	21,2	78,8	16	84	22	78	3,60 ($p\leq 0,308$)
Par	13,4	86,6	9,4	90,6	12,3	87,7	14	86	1,20 ($p\leq 0,753$)
χ^2	$\chi^2= 3,55$ $p=0,470$		$\chi^2=5,13$ $p=0,274$		$\chi^2= 0,83$ $p=0,660$		$\chi^2= 8,15$ $p=0,086$		

En la Tabla 95 se ve cómo no existen diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación tal y como indica el análisis de la χ^2 . De igual forma, cabe matizar ciertos aspectos.

Mientras el grupo del experto en el postest mejora en su puntuación con un 21,2% que afirma preguntar sobre las pruebas, el grupo facilitado por el par disminuye respecto a su porcentaje previo (13,4%) puntuando un 9,4%. A partir de este momento, se aprecia una mejora de las puntuaciones en ambos grupos aún considerando un descenso del porcentaje en el grupo del experto en el primer (16%) y reconociendo que los avances del grupo del par son más pequeños. En cualquier caso la Q de Cochran no presenta significación estadística ni ante las variaciones del grupo del experto ($Z=-3,60$; $p\leq 0,308$) ni del par ($Z=1,20$; $p\leq 0,753$).

En resumen, por lo que respecta a las variables asociadas a la realización de las pruebas de detección de anticuerpos, el tipo de facilitador se revela como importante sobre todo en la intención de realizarse las pruebas, siendo el experto

el que consigue un mayor cambio positivo tras la intervención. Respecto a la información sobre las pruebas y preguntar a la pareja, parece que también el experto obtiene mejores resultados pero no se confirma la significatividad estadística.

7.2.3.6. Solidaridad

Además de las pruebas de detección de anticuerpos también se incluyeron otros aspectos vinculados al estudio de la prevención del VIH, como la solidaridad ante las personas afectadas. En las Tablas 96 y 97, se analizan los resultados relacionados con la variable sobre “la creencia de que la sociedad debería ser más comprensiva con las personas afectadas por el VIH-Sida” basada en una escala de 0 (nada de acuerdo) a 100 (muy de acuerdo).

Tabla 96. Análisis de medidas repetidas en “Percepción sobre solidaridad social” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	0,56	0,456
Tipo facilitador	4,68	0,033
Interacción momento*tipo facilitador	0,53	0,467

Tabla 97. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Percepción sobre solidaridad social”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	90,55	16,65	93,50	11,28	92,09	14,14	90,90	12,95	F= 0,71 p=0,403
Par	93,39	12,00	93,34	11,56	94,47	7,68	95,34	7,97	F= 0,00 p=0,985
Prueba t	t=-1,18 p= 0,239		t= 0,08 p= 0,932		t=-1,12 p= 0,266		t= -1,92 p= 0,058		

En primer término aparece un efecto tipo de facilitador significativo a nivel estadístico según el cálculo del MANOVA de la Tabla 96 ($F=4,68$; $p \leq 0,033$). Es decir, existen diferencias entre las puntuaciones promedio que arroja el grupo facilitado por el experto y las del grupo facilitado por el par. Por el contrario, ni el efecto momento ($F=0,56$; $p \leq 0,456$) ni el efecto de la interacción entre el momento y el tipo de facilitador ($F=0,53$; $p \leq 0,467$) presentan significatividad.

Si bien es cierto que no se observan diferencias significativas estadísticamente en los distintos momentos de evaluación, también lo es que el resultado de la Prueba t en el segundo seguimiento casi alcanza la significatividad ($t=-1,92$; $p \leq 0,058$). Dichos resultados, no son debidos a diferencias previas importantes entre los dos grupos, tal y como indica el resultado de la Prueba t pretest ($t=-1,18$; $p \leq 0,239$).

Exceptuando los resultados que se observan en el postest, las puntuaciones del grupo facilitado por el par son superiores a las del grupo del experto. Es decir, en

éste grupo existe un mayor porcentaje que considera que la sociedad debería ser más solidaria con las personas afectadas por el VIH-Sida aunque la pequeña diferencia puede que se arrastrase desde el pretest, momento en que ésta ya está presente.

Además, tal y como indica el cálculo de los ANOVAs (Tabla 97), ninguna de las evoluciones de las puntuaciones de los grupos por separado, presenta diferencias significativas. Quizá el hecho de que los promedios de partida sean muy elevados, puede influir en este resultado.

Siguiendo con la exploración de la solidaridad en la muestra, se añade la variable “intención de apoyo a amigos portadores de VIH”. Construida a partir de un sumatorio con cuatro ítems relacionados con conductas de apoyo y evitación, se obtiene un rango de respuestas de 0 (nada de apoyo) a 4 (mucho apoyo).

Tabla 98. Análisis de medidas repetidas en “Solidaridad hacia un amigo portador” según facilitador

MANOVA	F	p
Momento	0,01	0,906
Tipo facilitador	0,39	0,532
Interacción momento*tipo facilitador	1,07	0,303

Tabla 99. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre “Solidaridad hacia un amigo portador”

Grupo	Pre		Post		1º Seguim		2º Seguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Experto	2,41	1,02	2,66	0,87	2,54	0,92	2,64	0,86	F= 0,62 p=0,434
Par	2,67	0,87	2,74	0,84	2,74	0,80	2,60	0,88	F= 0,46 p=0,503
Prueba t	t=-1,61 p= 0,109		t=-0,59 p= 0,555		t=-1,27 p= 0,206		t= 0,17 p= 0,866		

A nivel global, según la Tabla 98, se observa cómo los efectos no resultan ser significativos: ni el efecto momento ($F=0,01$; $p\leq 0,906$), ni el efecto tipo de facilitador ($F=0,39$; $p\leq 0,532$), ni el efecto interacción entre ambos ($F=1,07$; $p\leq 0,303$).

Asimismo, tal y como muestran los cálculos de las Pruebas t (ver Tabla 99) tampoco resultan significativas las desigualdades presentadas tras la intervención que, excepto en el segundo seguimiento, muestran un promedio superior en el caso del grupo facilitado por el par. Cabe destacar también que ambos grupos mejoran en el postest respecto a la puntuación previa.

Con independencia de lo anterior y según el cálculo de los ANOVAs, desde una perspectiva longitudinal para cada grupo, parece que las diferencias de los promedios en los distintos momentos de evaluación no son significativas estadísticamente ni en el caso del experto ($F=0,62$; $p\leq 0,434$) ni en el del par ($F=0,46$; $p\leq 0,503$).

La última variable relacionada con la solidaridad se refiere a la solidaridad que los sujetos tendrían ante una persona afectada. La variable se construye mediante un ítem en el que se presentan alternativas de acción solidarias y no solidarias que los sujetos deben elegir. En la medida en que muestren una mayor solidaridad, su puntuación será mayor.

Tal y como ocurría con la variable anterior, las χ^2 no indican que existan diferencias significativas entre los dos grupos en los diferentes momentos de evaluación. Es cierto, sin embargo, que mientras el grupo del experto alcanza la puntuación máxima (100%) en el primer seguimiento y la mantiene en el segundo; el grupo facilitado por el par desciende ligeramente su puntuación pretest (98,6%) tras la intervención. Dicha puntuación es superior a la que muestra el grupo del experto (97,4%).

Tabla 100. Efecto diferencial de los distintos facilitadores sobre "Solidaridad con un desconocido portador"

Grupo	Pre		Post		Seguim 1		Seguim 2		Q de Cochran (p)
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
Experto	97,4	2,6	98,6	1,4	100	0	100	0	4,71 ($p \leq 0,194$)
Par	98,6	1,4	97,1	2,9	94,9	5,1	97,7	2,3	2,00 ($p \leq 0,572$)
χ^2	$\chi^2 = 0,70$ $p = 0,705$		$\chi^2 = 0,81$ $p = 0,666$		$\chi^2 = 2,92$ $p = 0,232$		$\chi^2 = 2,84$ $p = 0,242$		

De igual forma, las oscilaciones que presentan los porcentajes de cada uno de los grupos en las evaluaciones tampoco resultan ser significativas a nivel longitudinal, tal y como indica la Q de Cochran.

En resumen, la variable tipo de facilitador sólo parece manifestar cierta influencia en la percepción que la muestra tiene sobre el grado de solidaridad de la sociedad en general. En las otras dos variables relacionadas con la solidaridad hacia los afectados, no se revela como una variable relevante para el cambio tras la intervención.

Seguidamente, se expone un cuadro que sintetiza los resultados obtenidos en función del tipo de facilitador (ver Cuadro resumen nº 5). En este sentido, destaca las variables que han mostrado una transformación positiva significativa a nivel estadístico tanto en el grupo facilitado por el par como en el grupo facilitado por el experto. En

cada caso, se muestra el orden numérico que presentan los resultados ya se ocupe el primer lugar (1) o el segundo (2).

De esta forma, se observa cómo la intervención facilitada por el par consigue modificar de forma positiva una cantidad mayor de variables criterio. En total, siete variables respecto a las cinco modificadas por el facilitador experto desde el punto de vista estadístico. También cabe mencionar cómo, en esta ocasión, no se muestra efecto interacción tipo de facilitador por momento de evaluación en ninguna de las variables analizadas.

Cuadro resumen 5. Eficacia diferencial según tipo de facilitador.

VARIABLE	Experto	Par
Información percibida	*(2)	*(1)
Información real vías transmisión	*(1)	*(2)
Información real vías sexuales de transmisión		*(1)
Relevancia de salud	*(1)	
Probabilidad percibida infección		
Temor al VIH		
Gravedad percibida		*(1)
Confianza uso preservativo		*(1)
Dificultad uso preservativo		
Ventajas uso preservativo		
Creencias normativas		
Autoeficacia		
Uso preservativo coito vaginal		
Uso preservativo sexo oral		
Uso preservativo coito anal		
Uso preservativo pareja estable		
Uso preservativo pareja esporádica		
Uso preservativo tras consumo drogas		
Uso preservativo tras infidelidad		
Intención uso preservativo tras infidelidad		
Intención uso preservativo coito vaginal		
Intención uso preservativo sexo oral		*(1)
Intención uso preservativo coito anal		
Intención uso preservativo pareja estable.	*(1)	
Intención uso preservativo pareja esporádica.		
Intención uso preservativo tras consumo drogas.		
Información sobre pruebas detección.	*(2)	*(1)
Intención realizar pruebas detección.		
Preguntar a la pareja sobre la prueba.		
Percepción sobre solidaridad social.		
Conducta de ayudar a conocido portador.		
Conducta de ayudar a desconocido portador.		
Nota 1: ** (MANOVA: efecto interacción) * (ANOVA intragrupo)		

7.2.4. Análisis diferenciales de la eficacia de las intervenciones en función del sexo

A continuación se presenta el análisis de las variables en función del sexo, del mismo modo que se realizó en función del tipo de facilitador o el tipo de intervención en la que las personas participaron.

7.2.4.1. Información

En un primer término se abordan las variables incluidas en el componente de información. En este caso, se trabaja sobre la “información percibida”, es decir, el nivel de información adecuada que la muestra piensa que posee sobre el VIH-Sida.

Tabla 101. Análisis de medidas repetidas en “Información percibida” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	28,15	0,000
Tipo sexo	8,22	0,005
Interacción momento*tipo sexo	0,74	0,393

Tabla 102. Efecto diferencial según sexo sobre “Información percibida”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Hombre	1,85	0,58	2,18	0,46	2,18	0,39	2,33	0,42	F= 6,81 p=0,017	F= 38,43 p=0,000
Mujer	1,58	0,58	1,97	0,47	2,05	0,44	2,09	0,41		
Prueba t	t= 2,50		t= 2,31		t= 1,34		t= 2,37			
	p= 0,013		p= 0,022		p= 0,166		p= 0,020			

En un primer término, según los cálculos del MANOVA (Tabla 101) se observa cómo tanto el efecto momento ($F=28,15$; $p\leq 0,000$) como el efecto tipo de sexo ($F=8,22$; $p\leq 0,005$) presentan significación estadística. Esto es, existen diferencias significativas entre las puntuaciones que arrojan hombres y mujeres, además de entre las puntuaciones obtenidas en los distintos momentos temporales. Por el contrario, el efecto de interacción entre ambos no presenta diferencias significativas ($F=0,74$; $p\leq 0,393$). Cabe mencionar, sin embargo, que según la Prueba t del pretest ($t=2,50$; $p\leq 0,013$) los grupos presentan ciertas desigualdades anteriores a la intervención, lo que podría repercutir en los resultados obtenidos (ver Tabla 102). En este momento de evaluación, el promedio que presenta el grupo de los hombres ($\bar{X}=1,85$; $DT=0,58$) es algo superior al de las mujeres ($\bar{X}=1,58$; $DT=0,58$).

Igualmente cabe apreciar cómo tanto el grupo de hombres ($\bar{X}=2,18$; $DT=0,46$) como el de las mujeres ($\bar{X}=1,97$; $DT=0,47$) mejoran en el postest respecto a las

puntuaciones previas. Presentando además diferencias estadísticamente significativas ($t=2,31$; $p\leq 0,022$).

Dichas mejoras aumentan ligeramente a medida que transcurren los momentos de medida. De hecho, si se analiza la evolución de ambos grupos por separado, el cálculo del ANOVA arroja diferencias significativas en el grupo de hombres ($F=6,81$; $p\leq 0,017$) y sobre todo en el de mujeres ($F=38,43$; $p\leq 0,000$).

Las diferencias intergrupales aparecen de nuevo en el seguimiento 2 ($t=2,37$; $p\leq 0,020$) donde el grupo de hombres ($\bar{X}=2,33$; $DT=0,42$) sigue superando el promedio del grupo de mujeres ($\bar{X}=2,09$; $DT=0,41$).

Continuando con

el análisis de la información, se incluye la variable “información real sobre vías de transmisión” relacionada con los conocimientos reales que la muestra tiene. Dicha variable corresponde a un rango de 0 a 13, obtenido a partir de un sumatorio. A medida que las personas tienen más conocimiento, adquieren una mayor puntuación.

Tabla 103. Análisis de medidas repetidas en “Información sobre vías de transmisión” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	15,10	0,000
Tipo sexo	0,72	0,399
Interacción momento*tipo sexo	0,04	0,838

Tabla 104. Efecto diferencial según sexo sobre “Información sobre vías de transmisión”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Hombre	9,57	2,34	10,54	2,83	9,81	1,92	11,23	1,64	F= 12,00	p=0,002
Mujer	9,10	2,38	10,53	2,24	10,63	2,05	11,00	2,23	F= 11,92	p=0,002
Prueba t	t= 1,08 p= 0,284		t= 0,02 p= 0,986		t=-1,82 p= 0,072		t= 0,45 p= 0,654			

En la Tabla 103, se observa una significación estadística del efecto momento según el MANOVA ($F=15,10$; $p\leq 0,000$) y, por tanto, diferencias significativas entre las puntuaciones resultantes en los distintos momentos de evaluación. Por el contrario, ni el efecto del tipo de sexo ($F=0,72$; $p\leq 0,399$) ni la interacción entre ambos ($F=0,04$; $p\leq 0,838$) presentan diferencias significativas estadísticamente.

Al contrario de lo que ocurría con la variable anterior, según la Prueba t en el pretest ($t=1,08$; $p\leq 0,284$) no hay diferencias significativas previas entre los grupos antes de la intervención.

Además, es necesario apreciar una evolución diferenciada de cada grupo. De hecho, el cálculo de los ANOVAs arroja diferencias significativas estadísticamente tanto en el caso de los hombres ($F=12,00$; $p\leq 0,002$) como en el de las mujeres

($F=11,92$; $p\leq 0,002$). Ambos grupos mejoran en el posttest, sobre todo el de las mujeres que se acerca a la puntuación de los hombres, presentando éstos un promedio de 10,54 ($DT=2,83$) y las mujeres de 10,53 ($DT=2,24$). Además, si bien los hombres obtienen unas puntuaciones algo más elevadas, las mujeres presentan una evolución que aumenta más tímidamente pero de forma más constante. Aún así, comparando los grupos en los distintos momentos, en ningún caso las diferencias entre éstos son significativas.

Las Tablas 105 y 106, muestran el nivel de información que los sujetos poseen sobre el riesgo que existe para la transmisión del VIH en una serie de ítems sobre conductas sexuales que constituyen un rango de 0 (nada) a 4 (mucho).

Al igual que ocurre en las otras variables sobre información, la Tabla 105 relativa a la “información real sobre vías de transmisión sexual” muestra una significación estadística del efecto tiempo ($F=8,45$; $p\leq 0,005$). Esto quiere decir que existen diferencias significativas estadísticamente en función del momento en que se evalúa.

Tabla 105. Análisis de medidas repetidas en “Información real sobre vías transmisión sexual” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	8,45	0,005
Tipo sexo	1,65	0,203
Interacción momento*tipo sexo	0,08	0,775

Tabla 106. Efecto diferencial según sexo sobre “Información real sobre vías transmisión sexual”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	3,17	1,06	3,63	0,75	3,64	0,73	3,62	0,74	F= 3,03 p=0,089 F= 7,72 p=0,008
Mujer	2,83	1,00	3,53	0,90	3,34	0,99	3,33	1,01	
Prueba t	t= 1,80 p= 0,073		t= 0,62 p= 0,533		t= 1,50 p= 0,137		t= 1,19 p= 0,236		

Además, como también ocurría con la información sobre vías generales de transmisión, el cálculo del MANOVA no presenta significación estadística en el efecto tipo de sexo ($F=1,65$; $p\leq 0,203$) ni en el efecto interacción entre el momento y el tipo de sexo ($F=0,08$; $p\leq 0,775$).

Por otro lado, en la Tabla 106 se aprecian distintos resultados. Si bien es cierto que ambos grupos mejoran las puntuaciones tras la intervención sólo el grupo de mujeres presenta diferencias significativas estadísticamente ($F=7,72$; $p\leq 0,008$). Aunque el grupo de los hombres no está lejano a la significatividad según el cálculo del ANOVA ($F=3,03$; $p\leq 0,089$). Además, según los datos que se observan en el pretest se deduce que

dichas diferencias no son debidas a desigualdades previas entre los grupos, tal y como indica la Prueba t ($t=1,80$; $p\leq 0,073$).

De hecho, ambos grupos mejoran en el postest, en el caso de los hombres con un promedio de 3,63 (DT=0,75) y en de las mujeres con un promedio de 3,53 (DT=0,90). Aún presentando ciertas diferencias en las puntuaciones, no resultan ser significativas según el cálculo de las Pruebas t en los distintos momentos de evaluación. En general, teniendo en cuenta el rango del ítem, los resultados arrojados por la muestra pueden considerarse elevados.

En resumen, si consideramos conjuntamente las tres variables relacionadas con la información respecto al VIH, hemos de decir que el sexo (ser hombre o mujer) podría mostrarse como un factor modulador relevante del efecto de la intervención. Aunque tanto hombres como mujeres modifican significativamente casi las tres variables, en información percibida las mujeres mejoran en mayor medida tras la intervención y en información real sobre vías de transmisión sexual sólo las mujeres mejoran significativamente desde el punto de vista estadístico.

7.2.4.2. Actitudes y creencias.

Además de abordar la información que la muestra posee, al igual que en los análisis anteriores, se ha trabajado un componente relacionado con las actitudes y creencias que la población mantiene sobre distintos aspectos del VIH-Sida. En un primer término, se ha considerado necesario incluir una variable sobre la importancia otorgada al estado de la propia salud. Dicha variable “relevancia de salud”, se basa en una escala likert que oscila de 0 (nada) a 10 (mucho).

Tabla 107. Análisis de medidas repetidas en “Relevancia de Salud” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	1,27	0,263
Tipo sexo	0,02	0,895
Interacción momento*tipo sexo	0,25	0,615

Tabla 108. Efecto diferencial según sexo sobre “Relevancia de Salud”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	9,16	1,08	9,15	1,08	9,50	0,84	9,52	0,87	F= 0,18 p=0,673 F= 2,52 p=0,117
Mujer	9,60	0,69	9,29	1,77	9,54	0,74	9,62	0,65	
Prueba t	t=-2,95 p= 0,004		t=-0,43 p= 0,664		t=-0,25 p= 0,801		t=-0,54 p= 0,585		

En un primer término, en la Tabla 107, se observa cómo los efectos no muestran significación estadística en ninguno de los casos: ni el efecto momento ($F=1,27$; $p\leq 0,263$), ni el efecto tipo de sexo ($F=0,02$; $p\leq 0,895$), ni el efecto de la interacción entre el momento y el tipo de sexo ($F=0,25$; $p\leq 0,615$).

También cabe mencionar cómo en el pretest se observan diferencias significativas entre el grupo de mujeres y hombres ($t=-2,95$; $p\leq 0,004$), es decir, existen desigualdades previas antes de la intervención. En dicho momento, el promedio de las mujeres ($\bar{X}=9,60$; $DT=0,69$) es ligeramente superior al de los hombres ($\bar{X}=9,16$; $DT=1,08$), es decir, parece que ellas asuman la salud como algo más relevante. Teniendo en cuenta que el rango de valoración oscila de 0 a 10, se puede considerar una puntuación elevada en ambos casos. Sin embargo, en los restantes momentos no se dan diferencias significativas entre los grupos.

Dentro del análisis de la evolución de los promedios, en los distintos momentos de evaluación, se observa cómo las medias de los hombres tienden a aumentar con un rango entre el 9,16 del pretest ($DT=1,08$) y el 9,52 ($DT=0,87$) del segundo seguimiento; sin embargo, las de las mujeres descienden o se mantiene. En cuanto caso, ni el grupo de los hombres ($F=0,18$; $p\leq 0,673$) ni el de las mujeres ($F=2,52$; $p\leq 0,117$) presentan diferencias significativas estadísticamente en las evaluaciones.

La variable “probabilidad percibida de infectarse por VIH” aborda la posibilidad que la muestra asume sobre la posibilidad de infectarse con el Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Tabla 109. Análisis de medidas repetidas en “Probabilidad percibida de infectarse por VIH” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	0,00	0,944
Tipo sexo	1,18	0,280
Interacción momento*tipo sexo	2,61	0,110

Tabla 110. Efecto diferencial según sexo sobre “Probabilidad percibida de infectarse por VIH”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	26,92	27,74	26,08	26,88	20,03	20,27	26,76	25,78	F= 0,74 p=0,401 F= 2,73 p=0,104
Mujer	19,29	27,17	23,77	26,27	24,13	25,17	22,25	27,74	
Prueba t	t= 1,50 p= 0,136		t= 0,46 p= 0,648		F=-0,78 p= 0,438		t= 0,66 p= 0,511		

En esta ocasión, parece que ni el efecto momento ($F=0,00$; $p\leq 0,944$), el efecto tipo de facilitador ($F=1,18$; $p\leq 0,280$), ni el efecto de la interacción entre ambos ($F=2,61$; $p\leq 0,110$) muestran significación estadística (Tabla 109).

Comenzando por el pretest, si bien las medias de partida son diferentes en hombres ($\bar{X} = 26,92$; $DT = 27,74$) y mujeres ($\bar{X} = 19,29$; $DT = 27,17$), las diferencias no son significativas ($t = 1,50$; $p \leq 0,136$) y tampoco lo son en los demás momentos de evaluación.

Hay que destacar el incremento en la probabilidad percibida de infectarse tras la intervención en el caso de las mujeres ($\bar{X} = 23,77$; $DT = 26,27$), mientras que en los hombres, la media prácticamente no varía ($\bar{X} = 26,08$; $DT = 26,88$), aunque los ANOVAs no indican cambios estadísticamente significativos en ninguno de los sexos.

Continuando en análisis del componente actitudinal, se incluye en el estudio la variable “temor al VIH” relacionada con la medida en qué la muestra siente miedo del propio VIH-Sida, en un rango que oscila entre el 0 (nada) y el 100 (mucho).

Tabla 111. Análisis de medidas repetidas en “Temor al VIH” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	1,00	0,321
Tipo sexo	0,01	0,924
Interacción momento*tipo sexo	0,27	0,606

Tabla 112. Efecto diferencial según sexo sobre “Temor al VIH”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Hombre	61,02	37,87	70,13	35,42	69,50	37,50	74,09	36,70	F= 0,48	p=0,498
Mujer	73,14	35,42	73,33	34,56	78,84	33,64	76,68	35,51	F= 2,72	p=0,104
Prueba t	t=-1,82		t=-0,48		t=-1,23		t=-0,29			
	p= 0,071		p= 0,629		p= 0,220		p= 0,774			

En líneas generales, se observa a través del cálculo del MANOVA (ver Tabla 111) que ni el efecto momento ($F = 1,00$; $p \leq 0,321$), el efecto tipo de sexo ($F = 0,01$; $p \leq 0,924$), ni la interacción entre ambos ($F = 0,27$; $p \leq 0,606$) muestran significación estadística.

Tal y como se observa en la Tabla 112, los promedios presentados por los grupos presentan muchas oscilaciones que no parecen resultar significativas ni en el caso del grupo de los hombres ($F = 0,48$; $p \leq 0,498$) ni en el del grupo de las mujeres ($F = 2,72$; $p \leq 0,104$), una vez realizados los ANOVAs.

Sin embargo, sí cabe destacar una mejora de los hombres en la puntuación del postest ($\bar{X} = 70,13$; $DT = 35,42$) y no tanto en el de las mujeres ($\bar{X} = 73,33$; $DT = 34,56$) que prácticamente se mantiene idéntica. Dicho resultado mejora en el caso de las mujeres tanto en el seguimiento 1 ($\bar{X} = 78,84$; $DT = 33,64$) como en el seguimiento 2

(\bar{X} =76,68; DT=35,51). En el caso de los hombres, si bien desciende ligeramente en el primer seguimiento (\bar{X} =69,50; DT=37,50), aumenta en el segundo (\bar{X} =74,09; DT=36,70).

En las Tablas 113 y 114 se aborda la “gravedad percibida”, una variable relacionada con la percepción del peligro que las personas asumen ante la infección del VIH. Dicha valoración se realiza en una escala likert de 0 (nada grave) a 4 (muy grave).

Tabla 113. Análisis de medidas repetidas en “Gravedad percibida” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	5,26	0,024
Tipo sexo	0,11	0,739
Interacción momento*tipo sexo	0,00	0,985

Tabla 114. Efecto diferencial según sexo sobre “Gravedad percibida”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	3,42	0,63	3,31	0,70	3,25	0,52	3,28	0,56	F= 1,57 p=0,224 F= 5,57 p=0,021
Mujer	3,44	0,52	3,38	0,53	3,31	0,52	3,33	0,51	
Prueba t	t=-0,20 p= 0,841		t=-0,57 p= 0,568		t=-0,56 p= 0,577		t=-0,37 p= 0,715		

Al contrario de lo que ocurría en las últimas variables, según el cálculo del MANOVA, el efecto momento (F=5,26; p≤0,024) muestra significación estadística. Esto es, existen diferencias significativas estadísticamente en las puntuaciones obtenidas en los distintos momentos de evaluación. Por el contrario, ni el efecto tipo de sexo (F=0,11; p≤0,739) ni el efecto interacción entre ambos elementos (F=0,00; p≤0,985) muestran significación estadística.

Por otro lado, es necesario destacar cómo los resultados no se ven determinados por diferencias previas que pudieran existir entre ambos grupos, tal y como muestra la Prueba t del pretest (t=-0,20; p≤0,841). En general, esta línea se mantiene durante los otros momentos de medida ya que los promedios arrojados por ambos grupos son muy similares y en ningún caso presentan diferencias significativas.

Si bien es cierto que el rango de los resultados es pequeño a lo largo de las medidas, cabe destacar cómo la evolución intragrupal de la muestra femenina presenta diferencias significativas según el cálculo del ANOVA (F=5,57; p≤0,021) frente al grupo de los hombres (F=1,57; p≤0,224). No obstante, esta progresión va en el sentido negativo, es decir, que tras la intervención en las mujeres se reduce significativamente la gravedad percibida del Sida.

En resumen, en las variables actitudinales relacionadas con la relevancia general que se le da a la salud, la probabilidad percibida de infectarse, el temor al Sida y la gravedad percibida de esta enfermedad, la variable sexo no se revela como importante en la modulación del efecto de las intervenciones. Sólo encontramos una pequeña excepción a esto, en el comentario relativo al mayor descenso de la gravedad percibida en las mujeres tras la intervención.

Tal y como ya se ha comentado, en la investigación se ha considerado fundamental la inclusión del análisis de la percepción que la muestra tiene sobre el preservativo. La “confianza en el uso del preservativo” es una variable basada en una escala likert que oscila entre el 0 (nada) al 3 (mucho).

Tabla 115. Análisis de medidas repetidas en “Confianza en uso del preservativo” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	3,99	0,049
Tipo sexo	3,12	0,081
Interacción momento*tipo sexo	0,84	0,360

Tabla 116. Efecto diferencial según sexo sobre “Confianza en uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	2,55	0,55	2,71	0,46	2,71	0,46	2,71	0,46	F= 0,50 p=0,487
Mujer	2,41	0,69	2,53	0,65	2,60	0,54	2,53	0,59	F= 8,22 p=0,006
Prueba t	t= 1,16 p= 0,249		t= 1,53 p= 0,129		t= 0,98 p= 0,328		t= 1,31 p= 0,194		

En la Tabla 115 se muestra la significación estadística del efecto momento (F=3,99; p≤0,049) y, por tanto, las diferencias significativas que existen en las puntuaciones de los distintos momentos de evaluación. Por el contrario, el efecto tipo de sexo (F=3,12; p≤0,081) y el efecto interacción entre ambos elementos (F=0,84; p≤0,360) no resultan significativos.

Aunque no siempre de manera significativa, hombres y mujeres mejoran sus resultados previos. El grupo de los hombres alcanza el promedio de 2,71 (DT=0,46) en el postest y lo mantiene. El grupo de las mujeres alcanza su máxima puntuación en el primer seguimiento (\bar{X} =2,60; DT=0,54) y desciende un poco en el segundo (\bar{X} =2,53; DT=0,59). Según el cálculo de los ANOVAs, se observa cómo dichas diferencias resultan ser significativas en el caso de las mujeres (F=8,22; p≤0,006) pero no de los hombres (F=0,50; p≤0,487).

Por otro lado, en la Tabla 116 se pueden apreciar diversas cuestiones. Por ejemplo, a partir de la Prueba t del pretest ($t=1,16$; $p\leq 0,249$) el hecho de que las diferencias existentes entre ambos grupos no sean responsables de dichos resultados.

Dentro del estudio de la percepción sobre el preservativo se incluye el análisis de los inconvenientes percibidos a partir de la variable “dificultades del uso del preservativo”, que mantiene un rango entre 0 y 12 en función del número de inconvenientes que las personas encuentren.

Tabla 117. Análisis de medidas repetidas en “Dificultades del uso del preservativo” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	1,90	0,171
Tipo sexo	0,88	0,352
Interacción momento*tipo sexo	2,52	0,116

Tabla 118. Efecto diferencial según sexo sobre “Dificultades del uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	2,12	1,26	2,16	1,53	2,07	1,44	1,67	1,39	F= 2,37 p=0,139
Mujer	1,68	1,29	1,59	1,26	1,67	1,47	1,71	1,39	F= 0,05 p=0,828
Prueba t	t= 1,88 p= 0,063		t= 2,20 p= 0,030		t= 1,28 p= 0,203		t=-0,13 p= 0,896		

Por una parte, a través de los cálculos del MANOVA (Tabla 117) se ve cómo no muestran significación estadística ni el efecto momento ($F=1,90$; $p\leq 0,171$), el efecto tipo de sexo ($F=0,88$; $p\leq 0,352$), ni el efecto de la interacción entre ambos ($F=2,52$; $p\leq 0,116$).

Por otra parte, en la Tabla 118, se puede ver cómo en el pretest la media de los hombres es superior a la de las mujeres sin llegar a alcanzar la significatividad estadística ($t=1,88$; $p\leq 0,063$). Esto quiere decir que las diferencias significativas observadas en el posttest ($t=2,20$; $p\leq 0,030$) no son debidas a desigualdades previas. Mientras el grupo de las mujeres desciende su puntuación en el posttest ($\bar{X}=1,59$; $DT=1,26$) y, por tanto, desciende el número de inconvenientes encontrados al preservativo; el grupo de los hombres los aumenta en promedio ($\bar{X}=2,16$; $DT=1,53$) aunque desciende un poco tanto en el primer seguimiento como en el segundo.

Igualmente, según se observa a partir del cálculo de los ANOVAS de cada grupo, ni la evolución intragrupal de los hombres ($F=2,37$; $p\leq 0,139$) ni la evolución de las mujeres ($F=0,05$; $p\leq 0,828$) presenta diferencias significativas.

En las Tablas 119 y 120, se explora otra variable relacionada con la percepción del preservativo: “ventajas del uso del preservativo”. Una variable construida a partir de un sumatorio que indaga sobre la cantidad de valoraciones positivas que las personas tienen sobre el uso del preservativo. Al igual que la anterior, se trabaja sobre un rango aunque este oscila entre el 0 y el 9 e indica el número de ventajas que una persona encuentra en el uso del preservativo como método preventivo.

Tabla 119. Análisis de medidas repetidas en “Ventajas del uso del preservativo” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	0,09	0,764
Tipo sexo	0,82	0,368
Interacción momento*tipo sexo	4,40	0,039

Tabla 120. Efecto diferencial según sexo sobre “Ventajas del uso del preservativo”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	3,42	1,73	3,58	1,41	3,39	1,41	3,38	1,16	F= 1,12 p=0,303 F= 4,25 p=0,043
Mujer	3,23	1,27	3,26	1,21	3,26	1,21	3,48	1,23	
Prueba t	t= 0,76 p= 0,449		t= 1,32 p= 0,190		t=-0,15 p= 0,880		t=-0,34 p= 0,734		

A la vista de los resultados es necesario apreciar distintos aspectos. En principio, cómo el efecto de la interacción entre el momento y el tipo de sexo muestran significación estadística (F=4,40; p≤0,039). Es decir, la vinculación entre la intervención y el que la persona sea hombre o mujer, influyen en el comportamiento de los datos. Por el contrario, el efecto momento (F=0,09; p≤0,764) y el efecto tipo de sexo (F=0,82; p≤0,368) no resultan ser estadísticamente significativos.

Asimismo, cabe destacar cómo dichos resultados no son consecuencia de desigualdades previas entre el grupo de hombres y mujeres, tal y como arroja la puntuación de la Prueba t en el pretest (t=0,76; p≤0,449). Al igual que ocurre en el posttest y el primer seguimiento, el promedio del grupo de hombres ($\bar{X}=3,42$; DT=1,73) supera ligeramente al de las mujeres ($\bar{X}=3,23$; DT=1,27).

En el análisis de la evolución aislada de cada grupo se observa cómo el grupo de las mujeres obtiene una tímida pero constante mejora mientras los hombres presentan más oscilaciones. De hecho, la evolución de las mujeres es la única que presenta diferencias significativas según el cálculo del ANOVA (F=4,25; p≤0,043).

Continuando el análisis de las creencias y actitudes relacionadas con el VIH, se incluye una referida a la percepción del entorno. A partir de un ítem dicotómico, la variable “creencias normativas” se explora si las personas perciben o no un apoyo del uso del preservativo en su contexto de referencia.

Tabla 121. Efecto diferencial según sexo sobre "Creencias normativas"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Q de Cochran (p)
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	
Hombre	97,4	2,6	97,4	2,6	100	0	100	0	0,00 (p≤1,000)
Mujer	98,2	1,8	99	1	98,8	1,2	98,8	1,2	
Chi ²	Chi ² =0,11 p= 0,737		Chi ² =0,63 p=0,427		Chi ² =0,32 p=0,568		Chi ² =0,30 p=0,583		

En un primer término, puede observarse cómo no existen diferencias estadísticamente significativas en los distintos momentos de evaluación según el Chi² (Tabla 121). Asimismo cabe mencionar que, en general, las puntuaciones son bastante elevadas considerando un rango de respuesta de 0 (nada) a 100 (mucho).

Si bien en el postest el grupo de las mujeres mejora (99%), el de los hombres permanece con la misma puntuación (97,4%). Sin embargo, en el grupo de los hombres, dicho porcentaje alcanza la máxima puntuación en el primer seguimiento (100%), cifra que se mantiene en el segundo. En el caso de las mujeres, la mejora del pretest prácticamente se mantiene en el primer seguimiento (98,8%) y en el segundo (98,8%).

En suma, los resultados indican que la intervención produce un mayor incremento de las ventajas percibidas del uso del preservativo en las mujeres que en los hombres, lo que coincide con el mayor incremento de la confianza en el preservativo que encontrábamos anteriormente. En cuanto al número de dificultades, los resultados no son tan evidentes por lo que se refiere a la evolución longitudinal de cada grupo pero sí se muestran diferencias significativas a nivel estadístico en el postest, donde se observa una mejoría de las mujeres y no de los hombres.

La variable "Autoeficacia" ha sido una de las más estudiadas en la prevención del VIH-Sida. Los resultados de dicha variable, en la Tablas 122 y 123, muestran la medida en que las personas se sienten capaces de afrontar situaciones de riesgo. Puntúa en función de un rango que oscila entre el 0 (como mínima) y el 42 (como máxima).

Tabla 122. Análisis de medidas repetidas en "Autoeficacia" según sexo

MANOVA	F	p
Momento	2,69	0,105
Tipo sexo	0,39	0,535
Interacción momento*tipo sexo	0,10	0,754

Tabla 123. Efecto diferencial según sexo sobre "Autoeficacia".

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Hombre	33,57	5,19	33,63	4,61	33,36	5,86	34,57	5,25	F= 2,04	p=0,169
Mujer	34,78	4,37	34,13	4,79	35,41	7,62	34,92	5,37	F= 1,61	p=0,209
Prueba t	t=-1,42 p= 0,158		t=-0,55 p= 0,584		t=-1,30 p= 0,196		t=-0,26 p= 0,094			

Por un lado, a partir de los cálculos del MANOVA (Tabla 120), se puede apreciar cómo no muestran significación estadística los distintos efectos: el efecto momento ($F=2,69$; $p\leq 0,105$), el efecto tipo de sexo ($F=0,39$; $p\leq 0,535$) y el efecto de la interacción entre ambos ($F=0,10$; $p\leq 0,754$).

Por otro lado, se observa que en todos los momentos de evaluación los promedios presentados por las mujeres son ligeramente más elevados que los promedios del grupo de hombres, sin embargo dichas diferencias no resultan estadísticamente significativas tal y como muestran los cálculos de la Prueba t.

En ambos casos se observan oscilaciones menores en los resultados lo que influye en que el cálculo de los ANOVAs no presente significatividad, ni en el caso de los hombres ($F=2,04$; $p\leq 0,169$) ni en el de las mujeres ($F=1,61$; $p\leq 0,209$).

7.2.4.3. Realización de conducta preventiva

Otro de los elementos explorados en la investigación sobre prevención de VIH-Sida es la experiencia previa en la conducta preventiva. A continuación, se explora dicha experiencia en distintas situaciones sexuales. Con la "frecuencia del uso del preservativo en el coito vaginal" se quiere analizar en qué medida la población de la muestra emplea dicho método preventivo a partir de una escala likert de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Tabla 124. Efecto diferencial según sexo sobre "Frecuencia uso preservativo en coito vaginal"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	2,16	0,90	2,21	0,89	2,33	0,90	2,58	0,79	-0,53 (0,593)	-0,39 (0,705)	-0,82 (0,414)
Mujer	2,47	0,74	2,42	0,99	2,29	1,07	2,32	1,08	-0,01 (0,988)	-1,14 (0,256)	-1,39 (0,163)
U Mann Whitney	Z= -1,62 p= 0,105		Z=-1,39 p= 0,165		Z=-0,01 p= 0,575		Z=-0,56 p= 0,575				

En un primer término, se observa cómo no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en los distintos momentos de evaluación, tal y como muestra el cálculo de las U de Mann Whitney (Tabla 124).

En un segundo término, si bien es cierto que la Z de Wilcoxon no arroja diferencias significativas en sus comparativas, se aprecian algunos matices en cuanto a la evolución de los grupos. Por una parte, el grupo de los hombres aumenta su puntuación previa en el postest ($\bar{X}=2,21$; DT=0,89) y la mejora de forma continuada en los dos seguimientos. Por el contrario, el grupo de las mujeres desciende ligeramente su puntuación en el postest ($\bar{X}=2,42$; DT=0,99) y lo continúa haciendo en ambos seguimientos. Cabe mencionar que, en ambos casos y teniendo en cuenta el rango de puntuación, los promedios arrojados pueden considerarse elevados.

La Tabla 125 presenta los resultados sobre la "frecuencia del uso del preservativo en la práctica de sexo oral", otra de las variables relacionadas con la experiencia preventiva. Al igual que la anterior se mide sobre una escala likert de 0 (nunca) a 3 (siempre).

Tabla 125. Efecto diferencial según sexo sobre "Frecuencia uso preservativo en sexo oral"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		z (p)	z(p)	z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	0,47	0,88	0,21	0,80	0,33	0,81	0,58	1,16	-0,56 (0,557)	-0,82 (0,414)	-1,34 (0,180)
Mujer	0,27	0,58	0,44	0,88	0,46	0,95	0,35	0,61	-0,70 (0,480)	-1,21 (0,227)	-1,34 (0,180)
U Mann Whitney	Z= -0,88 p= 0,391		Z=-1,30 p= 0,194		Z=-0,05 p= 0,960		Z=-0,40 p= 0,688				

Como ocurría en la variable anterior, no existen diferencias significativas a nivel estadístico entre el grupo de mujeres y el de hombres en los distintos momentos de evaluación según el cálculo de las U Mann Whitney.

Con independencia de lo anterior, se aprecian algunas diferencias entre ambos grupos. Por ejemplo en el postest, mientras el grupo de las mujeres mejora su resultado ($\bar{X}=0,44$; DT=0,88) el de los hombres lo disminuye ligeramente ($\bar{X}=0,21$; DT=0,80).

Las mujeres mejoran en el primer seguimiento y bajan en el segundo, mientras los hombres mejoran tanto en el primer seguimiento como en el segundo, donde las medias de ambos grupos son bastante superiores a las del pretest. En cualquier caso las puntuaciones son muy bajas teniendo en cuenta que el sexo oral constituye una práctica de riesgo de transmisión del VIH.

Quizá estas oscilaciones que se observan entre los distintos momentos de evaluación, en cada grupo, contribuyen a que la Z de Wilcoxon no presente diferencias significativas estadísticamente en las comparativas que realiza.

Continuando con el análisis de la conducta, se explora la “frecuencia del uso del preservativo en el coito anal”, también basada en una escala likert de 0 (nunca) a 3 (siempre) que explora en qué medida la muestra usa el preservativo en esta práctica.

Tabla 126. Efecto diferencial según sexo sobre “Frecuencia uso preservativo en coito anal”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Z(p)	Z(p)	Z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	1,15	1,21	2,00	1,55	2,00	1,41	2,00	1,41	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	-1,41 (0,157)
Mujer	0,50	0,95	1,36	1,29	0,43	1,13	0,60	0,89	-0,81 (0,414)	1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z= -1,96 p= 0,050		Z=-0,91 p= 0,365		Z=-2,42 p= 0,015		Z=-2,04 p= 0,042				

A través de la Tabla 126 se ven algunas oscilaciones en los resultados obtenidos por hombres y mujeres. En este caso se observa que dichas diferencias son significativas a nivel estadístico tanto en el primer seguimiento ($Z=-2,42$; $p\leq 0,015$) como en el segundo ($Z=-2,04$; $p\leq 0,042$). Las puntuaciones de los hombres ($\bar{X}_{1^{\circ}\text{seg}}=2,00$; $\bar{X}_{2^{\circ}\text{seg}}=2,00$) son más elevadas que las de las mujeres ($\bar{X}_{1^{\circ}\text{seg}}=0,43$; $\bar{X}_{2^{\circ}\text{seg}}=0,60$) al igual que ocurre en los demás momentos de evaluación, incluido el pretest. Asimismo cabe mencionar cómo en el pretest se observa una tendencia a la significatividad estadística entre las diferencias de los grupos ($Z=2,14$; $p\leq 0,058$) que no necesariamente influirá en el comportamiento de los resultados.

También cabe destacar cómo ambos grupos mejoran la puntuación previa en el posttest, alcanzando un promedio de 2 (DT=1,55) en el caso de los hombres y de 1,36 (DT=1,29) en el caso de las mujeres. A partir de este momento, mientras las puntuaciones de los hombres se mantienen las de las mujeres son más bajas en los dos seguimientos posteriores.

Quizá el hecho de que la práctica del sexo anal sea más frecuente entre hombres, puede influir en los resultados ya que entre los hombres un porcentaje de los que la practican son de orientación homosexual y bisexual, algo que no ocurre en el caso de las mujeres.

La Tabla 127 muestra los resultados referidos al “uso del preservativo en relaciones de pareja estable”. Con el apoyo de la misma escala likert empleada en las

otras variables, se quiere averiguar en qué medida las personas tienen experiencias preventivas de uso del preservativo con sus parejas estables.

Tabla 127. Efecto diferencial según sexo sobre "Frecuencia uso preservativo en pareja estable"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	2,09	0,91	2,14	0,95	1,87	1,12	2,36	1,21	-0,54 (0,590)	-0,14 (0,888)	-1,07 (0,285)
Mujer	2,36	0,81	2,23	1,08	2,11	1,13	2,20	1,08	-0,73 (0,465)	-0,99 (0,320)	-1,39 (0,163)
U Mann Whitney	Z= -1,21 p= 0,225		Z=-1,13 p= 0,259		Z=-0,45 p= 0,651		Z=-0,83 p= 0,408				

En primer lugar puede observarse cómo no existen diferencias significativas entre los grupos en los distintos momentos de evaluación, tal y como muestran los cálculos de las U de Mann Whitney.

Además, es importante reconocer algunas diferencias entre los grupos en cuanto a su comportamiento. En líneas generales, tanto hombres como mujeres presentan oscilaciones en sus resultados pero el promedio de estas últimas es más elevado. Claro que mientras los hombres mejoran su puntuación previa en el posttest ($\bar{X}=2,14$; DT=0,95) las mujeres la disminuyen ligeramente ($\bar{X}=2,23$; DT=1,08).

Dicha superioridad se mantiene en el primer seguimiento pero se transforma en el segundo, en el que los hombres superan ligeramente la puntuación de las mujeres. Sin embargo, tal y como se ha mencionado, en ninguno de los casos las diferencias resultan ser significativas.

En este mismo sentido, los cálculos de la Z de Wilcoxon no arrojan diferencias significativas estadísticamente en los cambios de puntuación intragrupal a lo largo de los distintos momentos de evaluación.

El "uso del preservativo en la pareja esporádica" indaga sobre la ejecución de dicha conducta sobre otro tipo de relación interpersonal. En una escala likert de 0 (nunca) a 3 (siempre) se mide la frecuencia con que las personas la han realizado en un contexto de pareja esporádica.

A través de los cálculos de las U de Mann Whitney en los diferentes momentos de evaluación, se observa cómo las desigualdades existentes entre el grupo de los hombres y el de las mujeres no muestran significación estadística.

Tabla 128. Efecto diferencial según sexo sobre "Frecuencia uso preservativo pareja esporádica"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	2,16	1,21	2,25	1,50	2,50	0,55	2,40	0,89	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)	-1,41 (0,157)
Mujer	2,16	1,21	1,91	1,51	1,67	1,58	2,62	1,06	-1,00 (0,317)	-0,45 (0,655)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z= -0,31 p= 0,753		Z=0,00 p= 1,000		Z=-0,81 p= 0,416		Z=-0,47 p= 0,637				

Al igual que ocurría en la variable anterior, mientras los hombres aumentan su puntuación previa en el posttest ($\bar{X}=2,25$; $DT=1,50$) las mujeres la disminuyen ($\bar{X}=1,91$; $DT=1,51$). Independientemente, en ningún caso las diferencias resultan ser significativas, tal y como indica el cálculo de la Z de Wilcoxon.

Por otro lado, se observa un comportamiento oscilante tanto en el primer seguimiento como en el segundo. En el caso de los hombres, muestran su puntuación promedio máxima en el primero ($\bar{X}=2,50$; $DT=0,55$) descendiendo ligeramente en el segundo. En el caso de las mujeres, la puntuación máxima la presentan en el segundo ($\bar{X}=2,62$; $DT=1,06$) superando incluso la puntuación de los hombres ($\bar{X}=2,40$; $DT=0,89$).

Esta última variable relacionada con la frecuencia de realización de conducta está referida al empleo de sustancias como la droga o el alcohol que se ha comprobado pueden influir en la realización de una conducta de riesgo. El "uso del preservativo bajo los efectos de drogas o alcohol" puntúa sobre una escala likert que oscila entre 0 (nunca) y 3 (siempre).

Tabla 129. Efecto diferencial según sexo sobre "Frecuencia uso preservativo con drogas"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Z (p)	Z (p)	Z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	1,81	1,11	1,80	1,23	2,00	1,00	2,37	1,19	-0,21 (0,832)	-1,34 (0,180)	0,00 (1,000)
Mujer	2,39	0,90	1,97	1,19	1,67	1,24	2,10	1,15	-1,81 (0,070)	-1,00 (0,317)	-1,63 (0,102)
U Mann Whitney	Z= -1,83 p= 0,067		Z=-0,74 p= 0,459		Z=-0,78 p= 0,433		Z=-1,06 p= 0,287				

A partir de la Tabla 129 se constata la existencia de diferencias significativas previas entre ambos grupos ($Z=-1,83$; $p\leq 0,067$). En este caso, las mujeres presentan un mayor promedio ($\bar{X}=2,39$; $DT=0,90$) que los hombres ($\bar{X}=1,81$; $DT=1,11$). Esto

quiere decir que en las condiciones descritas, es decir, cuando se ha consumido alcohol u otras drogas, las mujeres emplean con mayor frecuencia el preservativo.

Como ha ocurrido en otras variables, se aprecian diferencias en el comportamiento del grupo de los hombres respecto al de las mujeres. Si bien es cierto que ambos disminuyen ligeramente en la medida postest, el grupo de hombres recupera su puntuación a partir del primer seguimiento ($\bar{X}=2,00$; $DT=1,00$) mientras las mujeres casi lo hacen ya en el segundo seguimiento ($\bar{X}=2,10$; $DT=1,15$). También hay que destacar que los hombres incrementan el uso del preservativo en estas circunstancias de manera notable, como se aprecia en el segundo seguimiento. Con independencia de estos cambios, la Z de Wilcoxon no arroja diferencias significativas entre dichas variaciones ni para los hombres ni para las mujeres.

En resumen, tras el análisis de las variables relacionadas con el comportamiento de uso del preservativo en distintas prácticas sexuales, con otro tipo de parejas y en la situación de haber consumido alcohol y otras drogas, se puede observar que, en general, el sexo no constituye una variable relevante en la modulación de los efectos de la intervención. No obstante, sin alcanzar en ningún caso la significación estadística, se aprecia una tendencia a que los hombres mejoren en mayor medida que las mujeres tras la intervención el uso del preservativo en el coito vaginal, anal (donde hay significación estadística en el primer y segundo seguimiento), las relaciones tanto estables como esporádicas y las situaciones en que han consumido alcohol u otras drogas. También cabe decir que excepto en el sexo anal y oral, en las restantes variables, los hombres parten de puntuaciones menores o iguales a las mujeres en el pretest.

Dentro de la investigación también se han querido incorporar otras experiencias preventivas, esta vez, relacionadas con la “infidelidad”. A partir de esta variable se analiza si las personas han usado o no el preservativo con la pareja que consideran estable tras mantener una conducta sexual con una persona ajena a la misma. En la Tabla 130 se observan los resultados que la muestra ha manifestado al respecto.

Aunque es evidente que la cantidad de datos obtenidos de la muestra no son suficientes para poder realizar todos los cálculos, se ha considerado interesante mostrar el análisis que ha sido factible con los datos obtenidos sobre todo respecto a la muestra de las mujeres.

Tabla 130. Efecto diferencial según sexo sobre "Conducta preventiva tras infidelidad"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Q de Cochran (p)
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	
Hombre	60	40	–	–	–	–	–	–	–
Mujer	33,3	66,7	20	80	40	60	50	50	–
Chi ²	Chi ² =0,11 p= 0,737		Chi ² =0,63 p=0,427		Chi ² =0,32 p=0,568		Chi ² =0,28 p=0,599		

Si bien se observa que el porcentaje de mujeres que ha usado el preservativo desciende en el postest (20%), la puntuación se recupera en el primer seguimiento (40%) y aumenta un poco más en el segundo (59%).

También se observa según el cálculo de las Chi² que no existen diferencias significativas previas entre los hombres y las mujeres aunque, por ejemplo en el pretest, ellos muestren un porcentaje más elevado (60%).

7.2.4.4. Intención de conducta preventiva.

Otra variable relacionada con infidelidad se refiere a la intención de realizar la conducta preventiva. Es decir, si la población tiene el propósito futuro de emplear el preservativo con su pareja estable una vez realice conductas sexuales fuera de la misma. Como en el caso anterior, el rango oscila entre 0 (nada) y 100 (mucho).

Tabla 131. Efecto diferencial según sexo sobre "Intención de conducta preventiva tras infidelidad"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Q de Cochran (p)
	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	Si (%)	No (%)	
Hombre	92,3	7,7	97,4	2,6	92,6	7,4	85	15	4,71 (p≤0,194)
Mujer	95,5	4,5	92,1	7,9	93,9	6,1	97	3	3,62 (p≤0,305)
Chi ²	Chi ² =0,02 p= 0,885		Chi ² =1,72 p=0,109		Chi ² =0,06 p=0,802		Chi ² =2,42 p=0,119		

En un primer término, se ve cómo las diferencias entre ambos sexos no presentan significación estadística según el cálculo de la Chi². Asimismo, se observa que los hombres (97,4%) superan el porcentaje de las mujeres (92,1%) sólo en el postest. En este momento, los hombres muestran su porcentaje más elevado mientras las mujeres lo hacen en el segundo seguimiento (97%) donde también superan a los hombres.

También cabe señalar que las puntuaciones afirmativas de partida son bastante elevadas, tanto en el caso de las mujeres (95,5%) como en el de los hombres (92,5%). Esto supone que una buena parte de la muestra, en ambos grupos, estaría dispuesta a mantener dicha conducta.

Con independencia de lo anterior, parece que ni la evolución interna del grupo de los hombres ($Q=4,71$; $p\leq 0,194$) ni la del grupo de las mujeres ($Q=3,62$; $p\leq 0,305$) presenta diferencias significativas en los distintos momentos de medida.

La Tabla 132 presenta los resultados relacionados con la “intención del uso del preservativo en el coito vaginal”, es decir, en qué medida las personas de la muestra piensan que en futuro llevarán a cabo esa conducta. Como ocurre en las siguientes variables, para su puntuación se maneja una escala likert que oscila de 0 (nada) a 3 (mucho).

Tabla 132. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo en coito vaginal”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		z(p)	z (p)	z(p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	2,72	0,47	2,80	0,41	2,73	0,47	2,86	0,38	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)
Mujer	2,76	0,75	2,76	0,71	2,84	0,45	2,96	0,20	0,00 (1,000)	-0,82 (0,414)	-1,13 (0,257)
U Mann Whitney	Z= -1,09 p= 0,276		Z=-0,79 p= 0,437		Z=-1,24 p= 0,215		Z=-0,90 p= 0,370				

A nivel global, tal y como se observa a través de los cálculos de las U de Mann Whitney en los diferentes momentos de evaluación, no existen diferencias significativas estadísticamente entre el grupo de mujeres y el de hombres.

Por otro lado, se aprecia cómo en las puntuaciones posttest los hombres mejoran con un promedio de 2,80 (DT=0,41), mientras el de las mujeres prácticamente se mantiene con 2,76 (DT=0,71). También es cierto que, excepto en el caso del posttest, las mujeres superan ligeramente la puntuación promedio arrojada por los hombres. De hecho, el grupo de las mujeres consolida y mejora sus resultados tanto en el primer seguimiento como en el segundo, mientras el de los hombres presenta una mayor oscilación.

Pese a estas modulaciones, la evolución interna de ambos grupos en los diferentes momentos de evaluación no resulta ser significativa tal y como muestra la Z de Wilcoxon.

Continuando el análisis de la intención de conducta, en la Tabla 133 se observan los resultados relacionados con el propósito de emplear el preservativo en una conducta de sexo oral, la variable “intención del uso del preservativo en prácticas del sexo oral”.

Tabla 133. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo en sexo oral”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		z (p) Pre- post	z (p) Pre- Seg1	z (p) Pre- Seg2
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT			
Hombre	1,18	1,17	1,45	1,05	1,82	1,17	1,75	0,71	-1,73 (0,084)	-1,60 (0,109)	-1,07 (0,285)
Mujer	1,80	1,22	1,78	1,12	1,62	1,11	1,62	1,13	-1,58 (0,112)	-0,82 (0,408)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z= -1,45 p= 0,147		Z=-0,72 p= 0,469		Z=-0,51 p= 0,612		Z=-0,10 p= 0,919				

Al igual que ocurría en el caso anterior, no se manifiestan diferencias con significación estadística entre hombres y mujeres en los diferentes momentos de evaluación, tal y como indican los cálculos de las U Mann Whitney.

No obstante, cabe matizar algunos aspectos dentro de los resultados. Por ejemplo, el hecho de que las puntuaciones promedio de las mujeres sean superiores en el pretest ($\bar{X}=1,80$; DT=1,22) y el posttest ($\bar{X}=1,78$; DT=1,12), mientras los promedios de los hombres superan a los de las mujeres en el primer seguimiento ($\bar{X}=1,82$; DT=1,17) y en el segundo seguimiento ($\bar{X}=1,75$; DT=0,71).

Sin embargo, si se presta atención a los cálculos de la Z de Wilcoxon se observa cómo dichos cambios en los promedios en cada uno de los grupos, a nivel interno, no resultan ser significativos.

Otra de las prácticas sexuales exploradas es la del coito anal. La variable “intención de uso del preservativo en el coito anal” pretende explorar en qué medida las personas tienen en el propósito de usar el preservativo en dicha conducta (ver Tabla 134).

Tabla 134. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo en coito anal”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Z(p) Pre- post	Z (p) Pre- Seg1	Z (p) Pre- Seg2
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT			
Hombre	2,91	0,30	2,76	0,44	2,89	0,33	3,00	0,00	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
Mujer	2,59	0,84	2,62	0,82	2,50	0,90	2,47	0,99	0,00 (1,000)	-0,81 (0,414)	-1,29 (0,197)
U Mann Whitney	Z= -1,08 p= 0,280		Z=-0,46 p= 0,648		Z=-1,24 p= 0,215		Z=-1,62 p= 0,105				

Tampoco en este caso, se observan diferencias significativas en los distintos momentos de evaluación entre el grupo de los hombres y el de las mujeres. Sin embargo, al contrario de lo que sucedía en la variable anterior, en el postest es el grupo de las mujeres el que mejora su promedio tímidamente ($\bar{X}=2,62$; $DT=0,82$) mientras el grupo de los hombres desciende algo en su puntuación ($\bar{X}=2,76$; $DT=0,44$).

A partir de este momento, también cabe destacar cómo los hombres mejoran su resultado tanto en el primer seguimiento ($\bar{X}=2,89$; $DT=0,33$) como en el segundo ($\bar{X}=3,00$; $DT=0,00$), momento en el que alcanzan la máxima puntuación. Sin embargo, las mujeres descienden ligeramente sus promedios en cada uno de los seguimientos.

De igual forma, tanto el grupo de hombres como el grupo de mujeres no presenta diferencias significativas estadísticamente en la evolución de sus promedios a nivel longitudinal, tal y como se observa con los cálculos de la Z de Wilcoxon.

La variable “intención de uso del preservativo en pareja estable” introduce el factor tipo de pareja en el análisis de la intención de realización de la conducta preventiva. Al igual que en las demás variables relacionadas con la intención de conducta, la escala de valor oscila entre 0 (ninguna) y 3 (mucho).

Tabla 135. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo en pareja estable”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		z (p)	z(p)	z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	2,09	0,94	2,35	0,74	2,45	0,52	2,25	0,70	-0,33 (0,739)	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)
Mujer	2,36	0,93	2,49	0,85	2,58	0,67	2,52	0,77	-1,63 (0,102)	-1,51 (0,131)	-1,13 (0,257)
U Mann Whitney	Z= -1,05 p= 0,295		Z=-0,62 p= 0,534		Z=-0,90 p= 0,369		Z=-1,47 p= 0,142				

Los resultados de esta variable, reflejados en la Tabla 135, continúan en la línea de los anteriores en cuanto que ambos grupos no presentan diferencias estadísticamente significativas en los distintos momentos de evaluación según el análisis de U Mann Whitney.

En este caso se ve cómo tanto el grupo de mujeres ($\bar{X}=2,49$; $DT=0,85$) como el de hombres ($\bar{X}=2,35$; $DT=0,74$), mejoran su puntuación en el postest. En este mismo sentido, ambos grupos se asemejan en la evolución de su cambio ya que aumentan ligeramente su promedio en el primer seguimiento, pero descienden algo en

el segundo. Sin embargo, el grupo de las mujeres presenta puntuaciones promedio más altas en todos los momentos de medida.

A pesar de las oscilaciones descritas, según los cálculos de la Z de Wilcoxon, la evolución de cada grupo de forma aislada tampoco presenta significación estadística.

En la Tabla 136 se explora el propósito de conducta preventiva en otro tipo de relación de pareja: “intención del uso del preservativo con parejas esporádicas”.

Tal y como ocurre en la situación de la pareja estable, no se muestran diferencias estadísticas significativas entre el grupo de hombres y el de mujeres, en los distintos momentos de evaluación en los que se ha obtenido el estadístico de la U de Mann Whitney.

En el pretest, el grupo de los hombres parte de la puntuación máxima ($\bar{X}=3,00$; DT=0,00) y supera al de mujeres ($\bar{X}=2,92$; DT=0,49). Sin embargo, en los restantes momentos de evaluación se observa que ambos se van aproximando y, en el segundo seguimiento, tanto el grupo de los hombres como el de las mujeres alcanza la puntuación máxima ($\bar{X}=3,00$; DT=0,00).

Tabla 136. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención uso preservativo pareja esporádica”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		z (p)	z (p)	z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre-post	Pre-Seg1	Pre-Seg2
Hombre	3,00	0,00	2,90	0,45	2,91	0,30	3,00	0,00	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
Mujer	2,92	0,49	2,92	0,49	2,97	0,18	3,00	0,00	0,00 (1,000)	-1,00 (0,317)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z= -0,52 p= 0,600		Z=-0,50 p= 0,618		Z=-0,85 p= 0,395		Z=0,00 p=1,000				

Probablemente, el hecho de que las puntuaciones de partida sean tan elevadas en ambos grupos facilita que no existan muchas oscilaciones en los promedios y que en el cálculo de la Z de Wilcoxon no se observen diferencias significativas dentro de cada grupo.

Para finalizar el análisis de la intención de conducta se aborda la variable “intención del uso del preservativo bajo el efecto del alcohol u otras drogas”. A partir de la cual se explora la intención de realizar la conducta preventiva previo consumo de alguna sustancia que pueda mediar en las capacidades y habilidades de la persona.

Tabla 137. Efecto diferencial según sexo sobre "Intención uso preservativo con drogas"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		z (p)	z(p)	z (p)
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	Pre- post	Pre- Seg1	Pre- Seg2
Hombre	2,91	0,29	2,30	0,92	2,63	0,50	2,50	0,75	-1,41 (0,157)	-1,00 (0,317)	-1,00 (0,317)
Mujer	2,81	0,59	2,75	0,69	2,70	0,70	2,83	0,38	-0,707 (0,480)	0,00 (1,000)	0,00 (1,000)
U Mann Whitney	Z= -0,35 p= 0,749		Z=-2,55 p= 0,011		Z=-0,83 p= 0,408		Z=1,90 p=0,058				

En primer lugar, destaca la significación estadística de las diferencias existentes entre el grupo de las mujeres y los hombres en el postest ($Z=-2,55$; $p\leq 0,011$). En este momento, el promedio de las mujeres ($\bar{X}=2,75$; $DT=0,69$) supera al de los hombres ($\bar{X}=2,30$; $DT=0,92$). Dicha superioridad se mantiene tanto en el primer seguimiento como en el segundo. De hecho, si bien las mujeres descienden ligeramente su puntuación en el postest la recuperan progresivamente en los restantes momentos de evaluación y alcanzan su puntuación máxima en el segundo seguimiento ($\bar{X}=2,83$; $DT=0,38$). Sin embargo, el comportamiento de los promedios del grupo de los hombres es menos constante y su puntuación máxima resulta ser la del pretest ($\bar{X}=2,91$; $DT=0,29$). Quizá este hecho contribuye a que las diferencias existentes entre ambos grupos, tiendan a la significación estadística en el segundo seguimiento ($Z=-1,90$; $p\leq 0,058$).

Ni en el caso de los hombres ni en el caso de las mujeres, las variaciones entre sus promedios resultan ser significativos estadísticamente, tal y como presenta el cálculo Z de Wilcoxon en cada grupo de manera aislada.

En resumen, el sexo no parece modular los efectos de la intervención de una manera significativa respecto a la intención de conducta en distintas prácticas, distintas parejas y tras el consumo de drogas. De hecho, sólo en el postest relacionado con la intención de usar el preservativo tras el consumo de alcohol y drogas ha mostrado una significación estadística a favor de las mujeres. En este sentido, es cierto que el grupo de las mujeres ha mostrado un mejor comportamiento en lo relacionado con la intención de conducta en parejas estables aunque, como se ha mencionado, no ha sido de manera estadísticamente significativa. Por el contrario los hombres, al igual que ocurría en la frecuencia de realización de conducta preventiva, han mostrado mejores promedios en la intención de uso de preservativo en el coito anal. También una tendencia de intención de conducta más positiva respecto al sexo oral, al

contrario que respecto al coito vaginal donde las mujeres presentan una evolución más positiva en los distintos momentos de evaluación.

En otro sentido, tanto hombres como mujeres presentan datos elevados en la intención de preservativo en parejas esporádicas. Parece que son más conscientes del riesgo que conlleva este tipo de relación pero no de otras prácticas como el sexo oral que, como ocurría en la frecuencia de conducta, obtiene los promedios más bajos.

7.2.4.5. Prueba de detección de anticuerpos.

Por otra parte, en el análisis de resultados se ha incluido un componente relacionado con las pruebas de detección de los anticuerpos del VIH. En este caso, se enseñan datos sobre la variable “información sobre las pruebas de detección”, construida a partir de un sumatorio que presenta un rango entre 0 (nada de información) y 3 (mucho información) relativo a conocimientos sobre qué son las pruebas de detección, dónde se realizan y qué es el periodo ventana.

Tabla 138. Análisis de medidas repetidas en “Información sobre prueba detección anticuerpos” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	92,51	0,000
Tipo sexo	0,96	0,329
Interacción momento*tipo sexo	0,86	0,357

Tabla 139. Efecto diferencial según sexo sobre “Información sobre prueba detección anticuerpos”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	1,20	0,94	2,29	0,73	2,15	0,73	2,40	0,60	F= 35,76 p=0,000 F=114,97 p=0,000
Mujer	1,16	0,96	2,42	0,79	2,46	0,73	2,54	0,71	
Prueba t	t= 0,25 p= 0,804		t = -0,92 p= 0,358		t = -1,87 p= 0,064		t = -0,79 p= 0,432		

En un primer término se destaca la significación estadística que muestra el efecto momento (F=92,51; p≤0,000). Esto supone que existen diferencias significativas entre los promedios arrojados en los distintos momentos de evaluación. Sin embargo, ni el efecto tipo de sexo (F=0,96; p≤0,329) ni el efecto de la interacción entre el momento y el tipo de sexo (F=0,86; p≤0,357) muestran dicha significación estadística.

Asimismo, en la Tabla 139 se observa que la evolución de las distintas evaluaciones tanto del grupo de las mujeres (F=114,97; p≤0,000) como de los hombres (F=35,76; p≤0,000) como del grupo presentan diferencias estadísticas significativas, mayores en el caso de las primeras.

Dichos resultados, no son debidos a la existencia de diferencias previas entre ambos grupos, tal y como muestra el cálculo de la Prueba t en el pretest ($t=0,25$; $p\leq 0,804$). Si bien en esta primera medida los hombres ($\bar{X}=1,20$; $DT=0,94$) superan ligeramente el promedio de las mujeres ($\bar{X}=1,16$; $DT=0,96$), en el resto de momentos de evaluación son las mujeres las que superan el promedio de los hombres.

Si se observan los resultados en el postest, se puede comprobar que tanto el grupo de los hombres ($\bar{X}=2,29$; $DT=0,73$) como el de las mujeres ($\bar{X}=2,42$; $DT=0,79$) mejoran sus promedios del pretest. Dicha mejora aumenta en el caso de las mujeres de manera sostenida tanto en el primer seguimiento como en el segundo. En el caso de los hombres, si bien desciende ligeramente en el primer seguimiento, presenta una recuperación de la puntuación en el segundo.

En ambos casos, las puntuaciones máximas se obtienen en el segundo seguimiento con un 2,54 ($DT=0,71$) las mujeres y un 2,40 ($DT=0,60$) los hombres.

La variable “intención de realizarse la prueba de detección de anticuerpos” se relaciona con el propósito de llevar a cabo dicha conducta preventiva en un breve periodo de tiempo.

Tabla 140. Efecto diferencial según sexo sobre “Intención realización prueba detección”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Q de Cochran (p)
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
Hombre	26,7	73,3	28,6	71,4	25	75	26,3	73,7	2,00 ($p\leq 0,572$)
Mujer	16,4	83,6	28,1	71,9	22,4	77,6	24,2	75,8	
Chi ²	Chi ² = -1,17 p=0,456		Chi ² = -0,11 p=0,743		Chi ² = 0,03 p=0,860		Chi ² = 0,01 p=0,932		($p\leq 0,217$)

Al contrario de lo que ocurría con la variable anterior, en esta ocasión, las diferencias entre el grupo de hombres y el de mujeres no presentan significación estadística tal y como muestran los cálculos de la Chi². Igualmente, cabe mencionar algunos aspectos.

Por un lado, como se observa en la Tabla 140, tanto el grupo de los hombres (28,6%) y sobre todo el de las mujeres (28,1%) mejoran sus puntuaciones en el postest. También en las otras medidas de evaluación, se aprecia que ambos grupos mantienen una evolución similar. Mientras descienden algo su puntuación en el primer seguimiento, aumentan el porcentaje en el segundo.

Si bien es cierto que ni en el grupo de los hombres ($Q=2,00$; $p\leq 0,572$) ni en el de las mujeres ($Q=4,45$; $p\leq 0,217$) muestra diferencias significativas en su evaluación longitudinal, en el caso de las mujeres destaca más la mejora de puntuaciones respecto al pretest. Es decir, el porcentaje de mujeres dispuestas a realizarse la prueba aumenta de una forma más notable que el de hombres aún recordando que no son significativas las diferencias en ninguno de los casos.

La última variable relacionada con las pruebas de detección está referida a la realización de una conducta de prevención primaria. La variable “preguntar a tu pareja si se ha realizado o no la prueba de detección de anticuerpos del VIH” explora la ejecución de la conducta preventiva dentro de la experiencia de cada persona.

Según la Tabla 141, existe cierta desigualdad previa entre el grupo de hombres y el de mujeres ($Chi^2=9,40$; $p\leq 0,000$). En este caso, las mujeres arrojan un porcentaje superior (18%) que los hombres (2,9%) lo que indica que en mayor medida han preguntado a sus parejas si se han realizado o no la prueba de detección de anticuerpos del VIH.

Tabla 141. Efecto diferencial según sexo sobre “preguntar a la pareja sobre la prueba”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Q de Cochran (p)
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
Hombre	2,9	97,1	8,3	91,7	3,6	96,4	10	90	1,20
Mujer	18	82	18,1	81,9	17,7	82,3	20,3	79,7	1,20
Chi ²	Chi²= 9,40		Chi ² = 2,52		Chi ² = 3,63		Chi ² = 1,71		(p≤0,753)
	p=0,000		p=0,284		p=0,057		p=0,426		(p≤0,753)

La superioridad del grupo de las mujeres se mantiene en los demás momentos de evaluación. Sin embargo, cabe destacar cómo tanto las mujeres (18,1%) como los hombres (8,3%) mejoran en el postest. Si bien los dos grupos descienden en el primer seguimiento, donde se ve una tendencia a la significación estadística entre sus diferencias ($Chi^2=3,63$; $p\leq 0,057$) en el segundo, aumentan su puntuación alcanzando su máximo porcentaje, tanto en el caso de las mujeres (20%) como en el de los hombres (10%).

Si se analiza la evolución aislada de cada grupo, se observa que las oscilaciones comentadas anteriormente no suponen significatividad estadística ni para el grupo de los hombres ($Q=1,20$; $p\leq 0,753$) ni para el de las mujeres ($Q=1,20$; $p\leq 0,753$).

En lo relativo a las pruebas de detección cabe concluir que no se ha observado una modulación estadísticamente significativa de la variable sexo. Sí es cierto que en cuanto a la información sobre las pruebas se observa una mejor tendencia en el grupo de las mujeres pero también los hombres obtienen diferencias significativas en cuanto a su evolución. Además, el análisis de las Pruebas t en esta variable no arrojan significación estadística. Es decir, no existe una diferencia relevante a nivel estadístico entre ambos grupos.

Por otro lado cabe destacar cómo en cuanto a la intención de conducta de realizarse la prueba, los hombres arrojan mejores resultados en el pretest y las mujeres lo hacen en cuanto a la conducta de preguntar a las parejas si se han realizado o no la prueba de detección. Ambos grupos mejoran tras la intervención en los diferentes momentos de medida aunque no lo hagan de manera significativa. Los hombres mejoran más en la frecuencia de la conducta de preguntar sobre las pruebas a sus parejas y las mujeres en la intención de conducta de realizarse las pruebas.

7.2.4.6. Solidaridad

Otro componente que se ha considerado relevante para la investigación en prevención ha sido la solidaridad que las personas muestran ante la población afectada. La primera variable relativa al tema es "percepción sobre el nivel de solidaridad que existe en la sociedad actual" en una escala que oscila entre el 0 (nada) y el 100 (mucho). En la medida en que las personas creen que la sociedad debería ser más solidaria, arrojan una puntuación mayor en la escala.

Tabla 142. Análisis de medidas repetidas en "Percepción sobre solidaridad social" según sexo

MANOVA	F	p
Momento	1,45	0,231
Tipo sexo	1,42	0,237
Interacción momento*tipo sexo	0,12	0,293

Tabla 143. Efecto diferencial según sexo sobre "Percepción sobre solidaridad social"

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA	
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT		
Hombre	89,33	19,79	93,26	12,73	92,86	14,62	95,71	6,76	F= 0,77	p=0,389
Mujer	92,86	12,20	93,48	10,90	93,53	9,88	92,27	11,90	F= 0,03	p=0,852
Prueba t	t= -1,30		t= -0,103		t= -0,274		t= 1,25			
	p= 0,196		p= 0,918		p= 0,785		p= 0,212			

Tal y como se observa en la Tabla 142, se observa que ninguno de los efectos estudiados muestra significación estadística. Ni el efecto momento (F=1,45; p<0,231).

ni el efecto sexo ($F=1,42$; $p\leq 0,237$), ni el efecto de la interacción entre el momento y el tipo de sexo ($F=0,12$; $p\leq 0,293$).

En la misma línea, el cálculo de las Pruebas t en los distintos momentos de evaluación indican que las diferencias existentes entre el grupo de hombres y el de mujeres no resultan ser significativas a nivel estadístico (ver Tabla 143). Cabe destacar, sin embargo, que tanto el grupo de mujeres ($\bar{X}=93,48$; $DT=10,90$) como el de hombres ($\bar{X}=93,26$; $DT=12,73$) mejoran en las puntuaciones del postest.

A partir de este momento, mientras el grupo de mujeres mejora ligeramente en el primer seguimiento y desciende un poco en el segundo, los hombres se comportan de manera contraria. En su caso, un pequeño descenso se aprecia en el primer seguimiento mientras que en el segundo mejoran su promedio. En ninguno de los casos, tal y como muestran los ANOVAs, dichas oscilaciones entre los distintos momentos de evaluación de cada grupo presentan significación estadística.

Cabe mencionar por último que ambos grupos arrojan resultados elevados en los distintos momentos de evaluación, es decir, tanto los hombres como las mujeres creen en buena medida que la sociedad debería ser más comprensiva.

Otra variable relacionada con la solidaridad se presenta en las Tablas 144 y 145. La “intención de apoyo a amigos portadores de VIH”, construida sobre un rango de 0 (nada de apoyo) a 4 (mucho apoyo), explora la medida en que las personas mostrarían su solidaridad a un amigo infectado.

Tabla 144. Análisis de medidas repetidas en “Solidaridad con un amigo portador” según sexo

MANOVA	F	p
Momento	0,12	0,730
Tipo sexo	1,07	0,302
Interacción momento*tipo sexo	0,21	0,650

Tabla 145. Efecto diferencial según sexo sobre “Solidaridad con un amigo portador”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		ANOVA
	X	DT	X	DT	X	DT	X	DT	
Hombre	2,42	0,96	2,58	0,92	2,68	0,82	2,52	1,03	F= 0,12 p=0,730
Mujer	2,58	0,91	2,74	0,83	2,64	0,88	2,65	0,81	F= 0,02 p=0,900
Prueba t	t=-1,30 p= 0,195		t=-0,75 p= 0,456		t=-0,33 p= 0,742		t= 0,78 p= 0,440		

Como sucedía en la variable anterior, ni el efecto momento ($F=0,12$; $p\leq 0,730$), ni el efecto tipo de sexo ($F=1,07$; $p\leq 0,302$) ni la interacción entre ambos ($F=0,21$; $p\leq 0,650$) muestran significación estadística.

En esta línea, las diferencias que se observan entre los grupos en los distintos momentos de evaluación no resultan ser tampoco significativas a nivel estadístico tal y

como indican los cálculos de las Pruebas t (Tabla 145). Igualmente, cabe destacar cómo en el postest ambos grupos mejoran su promedio, alcanzando las mujeres un 2,74 (DT=0,83) y los hombres un promedio de 2,58 (DT=0,92). La superioridad del grupo de las mujeres se manifiesta también en los demás momentos de evaluación, exceptuando el segundo seguimiento en el que los hombres alcanzan su puntuación máxima ($\bar{X}=2,68$; DT=0,82).

De hecho, se observa una evolución diferenciada entre ambos grupos. Mientras los hombres mejoran su puntuación presentando un pequeño descenso en el primer seguimiento, las mujeres descienden ligeramente pero de manera constante.

De igual forma, ni el grupo de los hombres ($F=0,12$; $p\leq 0,730$) ni el de las mujeres ($F=0,02$; $p\leq 0,900$) presenta significatividad estadística en su evolución de los distintos momentos de evaluación. Asimismo, teniendo en cuenta el rango de puntuación, pueden considerarse elevadas las puntuaciones de los dos grupos.

La variable “intención de apoyo a una persona desconocida portadora del VIH” es la última relacionada con el componente de solidaridad. En este caso, el ítem que representa a la variable expone una situación en la que el sujeto se encuentra ante una persona desconocida e infectada por VIH. Ante este panorama, se le exponen diversas alternativas de conducta, algunas son solidarias y otras no.

Tabla 146. Efecto diferencial según sexo sobre “Solidaridad con un desconocido portador”

Grupo	Pre		Post		1ºSeguim		2ºSeguim		Q de Cochran (p)
	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	Si %	No %	
Hombre	97,5	2,5	100	0	96,4	3,6	100	0	3,00 ($p\leq 0,392$)
Mujer	96,3	3,7	97,1	2,9	97,6	3,4	98,5	1,5	2,54 ($p\leq 0,468$)
Chi ²	Chi ² = 1,05 p=0,305		Chi ² = 1,05 p=0,305		Chi ² = 0,00 p=0,978		Chi ² = 0,64 p=0,425		

Tal y como ocurría en las demás variables de este tema, en la Tabla 146 no se observan diferencias significativas en función del sexo en los distintos momentos de evaluación. De igual forma, no se observa significación estadística si se atiende a la evolución de cada uno de los grupos en los diferentes resultados que arrojan en la evaluación. Ni en el caso de los hombres ($Q=3,00$; $p\leq 0,392$) ni en el de las mujeres ($Q=2,54$; $p\leq 0,468$). Sin embargo, si bien es cierto que los hombres presentan la puntuación máxima en el postest (100%) oscilan más en sus resultados que las mujeres. Éstas no llegan a la puntuación máxima pero mejoran ligeramente de manera

constante llegando al 98,5% en el segundo seguimiento. Como ocurría en las otras variables de solidaridad, las puntuaciones que arrojan los sujetos son muy elevadas.

En resumen, la variable sexo no parece influir en el impacto de la intervención en aquellas variables relacionadas con la solidaridad. De hecho, los resultados no muestran significación estadística en ninguno de los casos, es decir, diferencias significativas entre los promedios presentados por el grupo de los hombres y de las mujeres. Como ya se ha mencionado las puntuaciones de ambos grupos se presentan en un rango muy elevado en todas las variables. Si bien es cierto que en la percepción social sobre solidaridad y el comportamiento ante un amigo las mujeres presentan una puntuación ligeramente más elevada, los resultados de los hombres mejoran en el segundo seguimiento. En la solidaridad mostrada ante una persona desconocida, las puntuaciones de los hombres son más altas pero las mujeres aumentan de una manera más consistente.

A continuación se muestra el cuadro que expone información relativa a la eficacia diferencial según el sexo de la muestra (ver Cuadro resumen nº 6). Así, se resaltan aquellas variables criterio que han mostrado significación a nivel estadístico en la muestra de hombres y de mujeres, indicando cuál de ellos ha obtenido el primer lugar (1) o el segundo (2). En este sentido, se observa cómo las mujeres han mostrado cambios significativos estadísticamente en mayor cantidad de variables criterio, siete frente a los cuatro de los hombres. También se comprueba cómo solamente en la variable ventajas del uso del preservativo se ha mostrado un efecto interacción sexo por momento de evaluación significativo a nivel estadístico.

Cuadro resumen 6. Eficacia diferencial según tipo de sexo.

VARIABLE		Hombre	Mujer
Información percibida		*(2)	*(1)
Información real vías transmisión		*(1)	*(2)
Información real vías sexuales de transmisión			*(1)
Relevancia de salud			
Probabilidad percibida infección			
Temor al VIH			
Gravedad percibida			*(1)
Confianza uso preservativo			*(1)
Dificultad uso preservativo			
Ventajas uso preservativo	**		*(1)
Creencias normativas			
Autoeficacia			
Uso preservativo coito vaginal			
Uso preservativo sexo oral			
Uso preservativo coito anal			
Uso preservativo pareja estable			
Uso preservativo pareja esporádica			
Uso preservativo tras consumo drogas			
Uso preservativo tras infidelidad			
Intención uso preservativo tras infidelidad			
Intención uso preservativo coito vaginal			
Intención uso preservativo sexo oral			
Intención uso preservativo coito anal			
Intención uso preservativo pareja estable.			
Intención uso preservativo pareja esporádica.			
Intención uso preservativo tras consumo drogas.			
Información sobre pruebas detección.		*(2)	*(1)
Intención realizar pruebas detección.			
Preguntar a la pareja sobre la prueba.			
Percepción sobre solidaridad social.			
Conducta de ayudar a conocido portador.			
Conducta de ayudar a desconocido portador.			

Nota 1: ** (MANOVA: efecto interacción) * (ANOVA intragrupo)

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

8. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Una vez revisada la experiencia de intervención realizada en el marco de la prevención del VIH-Sida, así como la fundamentación teórica que ha permitido su elaboración y la reflexión sobre la misma, en este capítulo se incluyen las principales conclusiones que hemos obtenido.

Dichas conclusiones se encuadran dentro del interés que ha guiado todo nuestro trabajo efectuado en torno a la prevención del VIH-Sida. Por una parte, reconocido el impacto biopsicosocial que la epidemia tiene en la población afectada y la gran prevalencia que la población joven presenta dentro de este grupo, se plantea una acción dirigida a jóvenes universitarios entre 18 y 28 años. Grupo poblacional que además, en los últimos años, ha mostrado mantener en un alto grado conductas de riesgo para la transmisión del VIH-Sida (Ballester y Gil, 2002; Giménez et al, 2006). Por otra parte, la dificultad de acceder a los recursos (materiales y humanos) que facilitarían el trabajo de prevención y la urgencia de mejorar las intervenciones sobre prevención del VIH-Sida han creado la necesidad de evaluar la eficacia de distintos programas preventivos de manera global (Ballester et al, 2004). Mas todavía, una vez reconocido que dichos programas han resultado ser eficaces en alguna medida, se ha planteado la necesidad de profundizar en un análisis diferencial que permita comprobar qué aspectos son más eficaces para la prevención del VIH-Sida dentro de cada uno de ellos (Ballester, Gil, Bravo, Guirado y Edo, 2005). Esto, considerando además que el análisis diferencial de la eficacia de las distintas estrategias empleadas es uno de los motivos de mayor preocupación entre los investigadores de la materia (Kirby et al, 2007).

En una primera parte de este trabajo, se ha expuesto el análisis de algunas de las estrategias más empleadas en el abordaje de la prevención de riesgos, apoyadas en los fundamentos teóricos de los modelos más relevantes. Una primera estrategia se ha basado en la transmisión de información, intervenciones que si bien no han demostrado ser suficientes han conseguido algunos resultados positivos cuando han sido empleadas (Soto et al, 1997). Una segunda estrategia se ha dirigido al cambio de las actitudes a través de la discusión grupal, teniendo en cuenta que muchas propuestas defienden la variable actitudinal como una de las más relevantes (Ross, 1990; Peltzer et al, 2003) y que la participación activa en los programas de prevención se considera como un aspecto metodológico esencial (Albarracín et al, 2006). En esta línea, se ha incluido una tercera estrategia para la mejora de habilidades sociales y

también de las destrezas de manejo del preservativo, aspectos que han sido considerados clave para la realización de las conductas preventivas (Lindemann, 2004) y que han mostrado su transformación a partir de los juegos de roles (Robles et al, 2006), dinámica que ha sido empleada en esta intervención. La cuarta estrategia ha contado con la participación de un paciente infectado por VIH-Sida, considerando la relevancia que la exposición de casos reales tiene en la modificación de actitudes y emociones (Goodridge y Lamptey, 1999). Una quinta estrategia se ha dirigido al componente emocional aversivo, variable muy utilizada en las intervenciones desarrolladas hace unos años y que, aún con detractores, ha mostrado tener efectos positivos en algunas ocasiones (Allison y Albarracín, 2007). La sexta y última estrategia está fundamentada en la lectura de información sobre el VIH-Sida a través del manejo de las Nuevas Tecnologías (página Web), herramientas que según algunos estudios han empezado a dar buenos resultados (Evans et al, 2000).

En una segunda parte del trabajo se ha contemplado otro de los aspectos clave para la mejora de la eficacia de las intervenciones de prevención, reflejado en la literatura; ha sido la variable tipo de facilitador (Mitchell et al, 2001; Hugher-d'Aeth, 2002; Albarracín et al, 2006). En este sentido, se contempla la necesidad de investigar la variable tipo de facilitador considerando que un análisis diferencial de la misma también esclarecerá el ejercicio de la prevención ante el VIH-Sida, sobre todo, dadas las posturas tan contrarias que se encuentran respecto al tema.

En un tercer apartado, el desarrollo de la intervención ha permitido introducir el análisis de la variable sexo de la muestra, como otra variable moduladora que facilitará la mejora de las intervenciones. Por un lado, considerando que el sexo ha sido contemplado como una variable criterio en el abordaje de la prevención del VIH-Sida (Råssjö et al, 2006; Younge, 2006). Por otro lado, teniendo en cuenta que el conocimiento de la población beneficiaria y el ajuste de la intervención a la misma se ha demostrado como un aspecto necesario en la ejecución de la prevención del VIH-Sida (Kirby et al, 2007). Asimismo se incluye una síntesis de las conclusiones a partir de la exposición guiada de las hipótesis planteadas en el proyecto de investigación.

8.1. CONDUCTAS DE RIESGO DE LOS JÓVENES UNIVERSITARIOS.

Antes de iniciar el análisis de las estrategias, con el interés de conocer el estado de las principales variables de riesgo ante la transmisión del VIH-Sida de la muestra universitaria, para profundizar y adaptar al máximo las intervenciones

preventivas, se ha expuesto un análisis de las mismas. En líneas generales, dicho análisis ha corroborado estudios previos en los que se mostraba la situación de riesgo de la población joven universitaria (Ballester y Gil, 2002; Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunil, Aymerich y Soto, 2006).

Respecto al *grado de información* se observan dos fenómenos: por un lado la mayoría de la muestra piensa que posee una información buena o muy buena pero, por otro, también la mayoría comete alguna equivocación en lo relativo a las vías de transmisión del VIH-Sida. En concreto, el riesgo más desconocido es el que implica la práctica del sexo oral frente al riesgo más reconocido que constituye la práctica del coito vaginal. Tal y como se observa en otros estudios (Planes et al, 2005) la percepción de la muestra ante la probabilidad de infectarse por el VIH es menor sobre ella misma que en otros colectivos y en esta ocasión, se atribuye mayor probabilidad de infección a la población toxicómana. Un fenómeno parecido se aprecia al analizar dicha variable en función de la orientación sexual ya que la población heterosexual se percibe con menos *probabilidad de infectarse* que la homosexual y a la inversa. Por otra parte, dentro de la percepción de los riesgos temidos asociados a la sexualidad se corrobora, de nuevo, que existe una mayor percepción de riesgo ante el embarazo no deseado y no tanto ante la infección por VIH (Planes et al, 2002). No obstante, la mayoría de la muestra sí se reconoce la gravedad del impacto que el VIH-Sida genera a nivel psicosocial.

En cuanto al *preservativo como método preventivo* se observa cómo casi la mitad de la muestra manifiesta alguna duda sobre el mismo aunque reconozca, al mismo tiempo, que su fiabilidad es mucha o bastante. También es cierto que existe todavía un porcentaje de la población, aún siendo mínimo, que otorga fiabilidad preventiva para la transmisión del VIH-Sida a otros métodos ineficaces como la píldora o la marcha atrás. Entre las dificultades que se encuentran asociadas al preservativo se observan diferencias en función del sexo y de la orientación sexual y las más comunes son: la pérdida de sensibilidad, que “corta el rollo” y la dificultad para obtenerlos. En cuanto a las ventajas también se observan diferencias según sexo y orientación sexual y las más comunes son: su efectividad ante los embarazos no deseados pero también su eficacia preventiva ante la transmisión del VIH-Sida, además de la facilidad para obtenerlos. De esta forma, se matizan algunos de los resultados encontrados en otros estudios en los que la población joven empleaba el preservativo como método anticonceptivo y se distanciaba, en mayor medida, de su uso preventivo ante el VIH-Sida (Lameiras et al, 2004). Asimismo, casi toda la muestra

opina que en su entorno está bien visto el empleo del preservativo encontrándose una diferencia significativa en función de la orientación sexual, ya que todas las personas que piensan lo contrario declaran ser heterosexuales.

En lo relativo a la *autoeficacia* en general, la muestra registra un porcentaje muy alto de la puntuación máxima posible, destacando la puntuación en aquella autoeficacia relativa a proponer el uso del preservativo en la relación, no tener miedo al rechazo de los demás por proponer su uso o hablar antes sobre el tema. Mientras los hombres tienen más seguridad ante el posible rechazo que podría suscitar proponer el uso del preservativo, las mujeres manifiestan más eficacia ante la posibilidad de que alguien piense que están infectadas por alguna Infección de Transmisión Sexual. Por el contrario, menores puntuaciones se obtienen en la comodidad para comprarlo, la capacidad de parar en un momento de excitación y la incomodidad de ponerlo. Mientras los hombres presentan menor confianza en su capacidad de parar a ponerlo en un momento de excitación, las mujeres creen tener menos eficacia en comprarlos.

Respecto a la *realización de conductas de riesgo*, se observa cómo una cuarta parte de la muestra reconoce haber realizado alguna, más en el caso de los hombres que de las mujeres y más en el caso de los bisexuales y homosexuales que en el de los heterosexuales. Cabe recordar, sin embargo, que estos datos son extraídos del autoinforme de la muestra y que, dado el desconocimiento que parte de ella ha mostrado, puede haber realizado prácticas de riesgo que no reconoce como tal y, por tanto, no haberlas informado. No obstante, en el análisis de las prácticas concretas se observa cómo sólo la mitad de la muestra dice usar siempre el preservativo en el coito vaginal, un 12% en el coito anal y un 2,7% en la práctica del sexo oral. Al mismo tiempo, sólo algo más de la mitad manifiesta utilizarlo siempre en las parejas esporádicas frente a menos de la mitad en las parejas estables y sólo un 12% manifiesta haber utilizado siempre el preservativo estando bajo los efectos del alcohol u otras drogas. Si bien es cierto que los resultados sobre la *intención de conducta preventiva* son mejores todavía se aprecia que un buen porcentaje de la muestra se expondrá a situaciones de riesgo. De hecho, sólo alrededor de un tercio usarían siempre el preservativo en las prácticas del sexo oral, mientras la mayoría lo haría en el coito anal y en el coito vaginal. En las relaciones estables sólo propone usarlo la mitad de la muestra, mientras que en las esporádicas casi la totalidad tiene la intención de hacerlo. Dato que vendría a corroborar otros estudios en los que se ha comprobado la mayor tendencia de uso del preservativo en las relaciones esporádicas

y no en las estables, quizá asociado a la preocupación por los embarazos no deseados y a la falsa sensación de seguridad que facilita la llamada “monogamia serial” (Lameiras et al, 2004).

En lo que se refiere a las *pruebas de detección de anticuerpos* se aprecia más desconocimiento todavía. De hecho, un pequeño porcentaje de la muestra sabe dónde realizarlas y una cuarta parte conoce qué es el periodo ventana. Mientras el 16% manifiesta preguntarle a su pareja si se la ha realizado o no, más chicas que chicos, sólo un 19% tiene la intención de hacérsela, más chicos que chicas. Ante el reconocimiento de que es importante realizárselas para saber a tiempo si una persona está infectada, los jóvenes manifiestan miedo al sufrimiento, la discriminación y a la espera de la notificación de los resultados.

En otro sentido, los resultados relativos a la *percepción e intención de conducta solidaria ante las personas afectadas* son muy elevados en toda la muestra y no se observan diferencias entre sexos ni entre los distintos tipos de orientación sexual.

8.2. EFICACIA DIFERENCIAL SEGÚN EL TIPO DE ESTRATEGIA.

En lo que respecta al análisis de las estrategias de prevención utilizadas en nuestro estudio se observa, en primer lugar, que todas ellas han sido eficaces en alguna variable criterio ya sea desde el punto de vista de la significación clínica o desde el punto de vista de la significación estadística. Por variable criterio se entiende alguna de las variables sociocognitivas que, apoyada en modelos teóricos (Rosenstock et al, 1980; Bandura, 1982; Green y Simons-Morton, 1988; Bayés, 1995; Ajzen, 1991; Prochaska et al, 1992), se ha relacionado de alguna manera con la realización de conductas preventivas: información, actitudes y creencias, intención de conducta, realización de la propia conducta, pruebas de detección de anticuerpos y solidaridad. De igual modo, la mayor parte de las variables criterio ha sido transformada en alguna medida y algunas de las excepciones, como las variables de solidaridad o las creencias normativas, probablemente lo son porque partían de valores muy elevados en el pretest que, en ocasiones, llegaban a la máxima puntuación.

Por un lado, si se atiende a la significación estadística se observa cómo algunas de las variables criterio han mostrado un efecto momento significativo, es decir, las diferencias de las puntuaciones de los distintos grupos en los distintos

momentos de evaluación han resultado ser significativas a nivel estadístico. En este marco se encuentran las variables relativas a la información, tanto la percibida como la real sobre vías de transmisión general o vías sexuales de transmisión. Asimismo, la variable gravedad percibida y la confianza en el uso del preservativo. Si bien las primeras son relevantes en cuanto pueden facilitar el cambio, para algunos autores lo son en más medida la gravedad percibida (Rosenstock et al, 1980) y, sobre todo, la confianza en el preservativo como método preventivo (Prochaska et al, 1992). Además la información real sobre vías sexuales de transmisión muestran un efecto interacción significativo, por lo que la eficacia diferencial de las estrategias resulta ser significativa estadísticamente. En este sentido, el hecho de que la información sea una de las variables que más fácilmente se ha modificado apoya aquellos supuestos teóricos que le otorgan una mayor probabilidad de cambio frente a otras variables como la intención de conducta o la propia conducta (Gallant y Maticka-Tyndale, 2004).

Asimismo, se puede observar cómo algunas de las estrategias han mostrado mayor eficacia en la transformación de las dichas variables tal y como se ha comprobado en algunas revisiones (Kirby et al, 2007). A continuación se enumeran las distintas estrategias que han sido llevadas a cabo, empezando por aquellas que han mostrado más capacidad de cambio en mayor cantidad de variables ya sea de forma significativamente estadística o por su significación clínica.

En primer lugar, la *estrategia que ha contado con la participación de un paciente infectado (G4)*, ha conseguido resultados significativos a nivel estadístico en una mayor cantidad de variables. En esta línea, ha modificado tanto la información percibida como la real sobre vías de transmisión y la información relativa a las pruebas de detección, además de disminuir las dificultades asociadas al preservativo y mejorar la intención del empleo del mismo tras el consumo de drogas. Respecto a las demás estrategias ha mejorado en evaluaciones relativas a la intención de uso de preservativo en el coito vaginal y el coito anal, así como en la información sobre vías de transmisión del VIH-Sida. Desde un análisis de significación clínica supera a las otras estrategias en cuanto al uso del preservativo en las parejas esporádicas y, de modo diferido, en la intención de realización de conducta preventiva tras la infidelidad. Si bien es cierto que era esperada su eficacia diferencial en las variables relativas a la solidaridad, quizá el hecho de que las puntuaciones fueran tan elevadas ha influido que éstas no hayan mejorado tras la intervención del paciente tal y como era de suponer (Goodridge y Lamptey, 1999).

Además, cabe tener en cuenta que esta estrategia ha obtenido las mejores valoraciones de la muestra en cuanto a su utilidad, agrado y capacidad de cambio de las variables clave asociadas a la prevención. Dicha percepción confirma otros estudios en los que la población joven participante de los proyectos de prevención de VIH-Sida también ha mostrado preferencia por esta estrategia (Sabone et al, 2007).

Tras la intervención asociada a la participación de un paciente, se encuentra la *estrategia basada en el ejercicio del juego de roles para la mejora de las habilidades sociales y las destrezas en el uso del preservativo (G3)*. Por un lado, se han observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la información real relacionada con las vías de transmisión sexual y a la información percibida, en la que resulta ser más eficaz que las demás. Asimismo, destaca como la única estrategia que ha obtenido diferencias significativas a nivel estadístico en el aumento de las ventajas asociadas al preservativo, variable clave para muchos modelos teóricos en la mejora de la realización de conductas preventivas (Noar et al, 2001; Tuldrà et al, 2006).

A nivel clínico, presenta mejoras respecto a las otras estrategias en evaluaciones sobre la información relativa a las pruebas de detección, en la disminución de dificultades atribuidas al preservativo y la autoeficacia, una de las variables más relevantes en la prevención del VIH-Sida (Bandura, 1982). Dentro del plano de la intención de conducta, predomina su eficacia en la intención del uso del preservativo tras al consumo de alcohol u otro tipo de drogas. También mejora en el uso del preservativo en el coito vaginal, en las conductas preventivas relacionadas con la infidelidad, así como en la intención de hacerse las pruebas y preguntar a la pareja sobre las mismas. De esta forma, se cumplen las previsiones de algunos estudios previos que proponen una mayor eficacia de aquellas estrategias que basan la atención en el trabajo sobre los métodos preventivos como el preservativo (Noar et al, 2001), abordan habilidades concretas relacionadas con la prevención, emplean la participación activa de la población receptora y utilizan el juego de roles (Dalrymple y Jaffe, 1996; Robles et al, 2006).

De igual forma, la *estrategia basada en la discusión grupal sobre actitudes* parece ser otra de las que muestra facilitar más cambio (con significación estadística) en mayor cantidad de variables criterio. En este caso, se observan transformaciones en las variables relacionadas con la información real sobre vías de transmisión general y sobre vías de transmisión sexual, además de la información percibida; así como la

disminución de las dificultades asociadas al uso del preservativo, la información relativa a las pruebas de detección y la intención del empleo del uso del preservativo tras el consumo de drogas. Además, resulta ser más eficaz que las demás en evaluaciones relativas a la intención de uso de preservativo en pareja estable, la percepción de la información y la percepción sobre la solidaridad social. También cabe destacar que ha sido una de las mejor valoradas por la muestra tras la estrategia en la que intervino un paciente.

Tras estas estrategias, se encuentra la *intervención basada en la transmisión de información* que también muestra resultados positivos. Mejorando de forma significativa a nivel estadístico en la información sobre vías de transmisión sexual, en la información relativa a las pruebas de detección, la confianza en el preservativo y la intención de utilizar dicho método preventivo tras el consumo de drogas.

Además, destaca ante el resto de estrategias en evaluaciones sobre la intención de uso de preservativo en el coito vaginal y a nivel clínico, en lo relativo al aumento de ventajas sobre el uso del preservativo, la intención de hacerse las pruebas de detección y de usar el preservativo en el sexo oral, con pareja estable y el coito vaginal, así como la frecuencia de uso del preservativo en situaciones como el coito vaginal, el coito anal y la conducta en pareja estable. De esta forma, si bien se aprecia que la estrategia basada en la transmisión de información obtiene resultados significativos estadísticamente en una variable relativa a la información, también se ve cómo otras relacionadas con la actitud y la intención de conducta son modificadas. Este hecho, vendría a defender aquellas tesis que contemplan las estrategias basadas en contenidos como una vía eficaz para la transformación de variables distintas a la información y necesarias para la realización de conductas preventivas (Tolerado, Campos, Silveria y Pérez, 2006) sobre todo, en la medida en que dicha información sea transmitida por una persona facilitadora (Mitchell et al, 2001) como en este caso y no a través de un material escrito.

Después de la charla informativa, podría situarse la eficacia de la *estrategia basada en el manejo de las Nuevas Tecnologías (página Web) para leer información relativa al VIH-Sida*. Por una parte, se han observado mejoras (con significación estadística) en variables como la información percibida y la información real sobre vías de transmisión del VIH-Sida, la información sobre las pruebas de detección, así como en la intención de emplear el preservativo en situaciones de consumo previo de alcohol u otras drogas. Respecto a las demás, se observa cómo esta estrategia es la

que obtiene mayor puntuación en evaluaciones sobre la intención de realizar el coito anal y en las situaciones con previo consumo de sustancias. En este sentido, tal y como proponen otros autores, el empleo de las Nuevas Tecnologías en la prevención del VIH-Sida puede ser una vía de trabajo eficaz para parte de la población (Fields et al, 2006; Ito et al, 2008) aunque tanto en este proyecto como en otros (Mitchell et al, 2001) no presenta la eficacia que supone la interacción interpersonal de un facilitador como fuente de información.

Por último, exceptuando al grupo control, la *estrategia relativa al visionado de imágenes aversivas* parece ser la que obtiene menores resultados y la que ha sido peor valorada por la muestra que ha participado, en cuanto a su calidad como estrategia preventiva. Aún así se observan algunos cambios, por ejemplo, cómo la información real sobre vías de transmisión del VIH-Sida mejora aunque, igual que ocurre con la charla informativa, no mejora la información percibida. No obstante, presenta buenos resultados en evaluaciones sobre la intención de usar preservativo tras el consumo de drogas y en la información relativa a las pruebas de detección. Asimismo destaca la mejora diferida que se observa, a nivel clínico, en las variables relacionadas con la probabilidad de infectarse por el VIH, el uso del preservativo en el coito anal, la intención de su uso en el sexo oral y las parejas estables, así como la mejora en las variables relativas a la realización de las pruebas de detección. De esta forma, parece que se apoyan aquellas premisas de autores que defienden que el uso de las estrategias basadas en las emociones aversivas no son las más eficaces en la prevención del VIH-Sida aunque consiguen mejorar en cierta medida las variables asociadas al riesgo (Allison y Albarracín, 2007).

Finalmente, si bien es cierto que en el Grupo control se observan algunas significaciones estadísticas, en el caso de la evaluación sobre las dificultades del uso del preservativo no parece ser clara la tendencia aunque en el posttest aumenten sus puntuaciones respecto a los demás grupos. De esta forma, sólo en la gravedad percibida parece que se observan efectos significativos.

Si realizamos una lectura de los resultados en función de las variables dependientes o criterio, cabe destacar cómo la variable intención de uso del preservativo tras el consumo de alcohol u otras drogas junto a la información sobre las pruebas de detección, son las únicas que varían de forma significativa a nivel estadístico en todas las estrategias. Seguidamente, se observan cambios estadísticamente significativos en la información percibida sobre VIH-Sida y la

información sobre vías de transmisión en general, seguida de la información real sobre vías de transmisión sexual. Sólo en dos estrategias, el grupo basado en actitudes y la intervención del paciente, cambia la disminución de dificultades sobre el uso del preservativo, en una mejora la confianza sobre dicho método preventivo (estrategia sobre transmisión de información) y en otra el aumento de ventajas sobre el uso del preservativo (estrategia de juego de roles). Tal y como se ha comentado, las variables de solidaridad están entre las que presentan las mayores puntuaciones dentro de las variables criterio, frente a aquellas asociadas al uso del preservativo en el sexo oral que presentan las más bajas.

En líneas generales, observado el comportamiento de variables como la información, las actitudes ante el preservativo o la percepción de gravedad, se observa cómo estrategias que en principio no tenían como eje central de acción su transformación acaban consiguiendo resultados positivos para la prevención del VIH-Sida. Por ejemplo, mientras la estrategia basada en la intervención del paciente obtiene resultados estadísticos significativos en la mejora de las dos variables de información real sobre transmisión del VIH-Sida, en la relacionada con la charla informativa sólo lo hace la variable relativa a las vías de transmisión sexual. Sin embargo, ésta es la única estrategia que consigue mejorar la confianza en el preservativo y mientras la intervención relativa al juego de roles mejora las ventajas, la basada en la participación del paciente consigue disminuir las dificultades. Así, contrariamente a lo que se había planteado en una de las hipótesis, puede que en estos resultados se haya producido una transferencia en el impacto de las variables criterio entre unas y otras estrategias aún contemplando el hecho de que se hayan incluido algunos contenidos generales de prevención de VIH-Sida en todas las estrategias.

En suma, la estrategia basada en la participación de un paciente parece mostrar una mayor eficacia diferencial en la transformación de distintas variables de riesgo como la información o las actitudes ante el preservativo. Además, resulta ser la mejor valorada por la muestra lo que probablemente puede incrementar su capacidad preventiva. Por el contrario, la estrategia que ha consistido en el visionado de imágenes aversivas parece ser la que menos eficacia ha presentado en cuanto a la mejora de las variables de riesgo. A su vez, ha sido la peor valorada por parte de la muestra lo que probablemente también ha influido en la predisposición de la muestra ante la misma y, por tanto, en los resultados. Por otra parte, cabe hacer énfasis en la estrategia basada en la transmisión de información que, en esta intervención

experimental, ha mostrado una eficacia superior a la esperada en variables no relacionadas con la información como las actitudes o la intención de conducta. Además, ha sido bien valorada por la muestra que ha participado en ella. De igual forma la estrategia basada en el juego de roles, tal y como se esperaba, ha mostrado eficacia diferencial en variables relevantes como las actitudes sobre el preservativo y también ha sido bien valorada por la muestra. Por otro lado, el empleo de las Nuevas Tecnologías (página Web) como un método para transmitir información también ha resultado mostrar eficacia en variables sobre información o intención de conducta aunque no parece alcanzar la relevancia de la estrategia que ha transmitido la información a través de un facilitador.

8.3. EFICACIA DIFERENCIAL SEGÚN EL TIPO DE FACILITADOR.

En lo que respecta al análisis diferencial en función del tipo de facilitador, el estudio se ha centrado en la comparativa entre un facilitador experto que ya dominaba la materia y contaba con amplia experiencia en el manejo de grupos y un facilitador par, formado para el proyecto al carecer de experiencia previa, pero con un perfil demográfico similar al de la muestra.

Al igual que ocurría en el análisis anterior, los resultados obtenidos muestran algunas significaciones estadísticas. De esta forma, tanto la variable sobre la información percibida como las variables relativas a las vías de transmisión general y a las vías de transmisión sexual, muestran un efecto momento significativo. Asimismo, se muestra en la variable sobre gravedad percibida, la confianza en el preservativo y la información sobre las pruebas de detección. Es decir, en todas estas variables se muestran diferencias significativas a nivel estadístico entre las puntuaciones que arrojan los dos grupos en los diferentes momentos de evaluación. Por otra parte, se muestra un efecto tipo de facilitador significativo a nivel estadístico en cuanto a la gravedad percibida y la percepción de solidaridad social. Esto es, se observan diferencias significativas a nivel estadístico tanto en el grupo que ha facilitado el par como en el grupo facilitado por el experto. Si se observan los resultados, se ve cómo mientras el grupo facilitado por el experto parece arrojar mejores resultados en cuanto a la gravedad percibida, el grupo del par es el que manifiesta mejores puntuaciones en cuanto a la solidaridad social.

Respecto al tipo de facilitador, se observa cómo *el grupo facilitado por el par* es el que ha presentado mejores resultados en las variables criterio desde el punto de

vista estadístico. En este sentido, muestra su eficacia en las variables sobre información percibida e información real (sobre vías de transmisión general y vías de transmisión sexual), la confianza sobre el preservativo, la información sobre pruebas de detección y la intención del uso del preservativo en el postest del sexo oral. Sin embargo, también es cierto que el grupo del par disminuye en su percepción de gravedad respecto a la enfermedad y que, a nivel clínico, es relevante el aumento de las dificultades ante el uso del preservativo aunque también el aumento respecto al temor ante la infección del VIH.

El grupo facilitado por el experto, por su parte, mejora de modo significativo a nivel estadístico en la información percibida y en aquella real relativa a la información sobre vías de transmisión en general. Así como en la información relacionada con las pruebas de detección y en la intención del uso de preservativo en pareja estable. Sin embargo, desde un punto de vista clínico, parece ofrecer mejores resultados. Destaca el aumento de la gravedad percibida ante la enfermedad, el aumento de las ventajas del preservativo y la disminución de sus inconvenientes. Asimismo, las variables vinculadas con la realización de la prueba de detección y la conducta de preguntar a la pareja sobre la misma, también muestran alguna mejora.

Si se analiza la eficacia diferencial obtenida entre ambos facilitadores, desde la significación estadística, se observa cómo el grupo facilitado por el experto obtiene mejores resultados en evaluaciones sobre la conducta preventiva tras infidelidad y de la intención de realizarse la prueba de detección. Por el contrario, el par no muestra eficacia diferencial en ninguna de las variables aunque, por ejemplo, en la percepción de solidaridad social casi las alcanza.

De esta forma, por un lado los resultados parecen apoyar en mayor medida a aquellas premisas que proponen una eficacia superior de las intervenciones de prevención de VIH-Sida desarrolladas por profesionales expertos y no por pares, personas con similitudes sociodemográficas pero sin experiencia (Borgia et al, 2005). Esto dada la cantidad de variables transformadas por ambos, desde el punto de vista estadístico pero también considerada la significación clínica, y el efecto negativo que el propio par parece haber tenido en variables tan relevantes como las actitudes ante el preservativo o la gravedad percibida sobre el VIH. Por otro lado, se observa que algunas variables como la confianza en el preservativo o la información sobre vías de transmisión sexual mejoran más en el grupo del par, frente a otras como la relevancia de salud o la intención de uso de preservativo en pareja estable que mejoran más en

el grupo facilitado por el experto. Otras variables como la información percibida o la información sobre las pruebas de detección, mejoran de igual forma en ambos. Quizá entonces, el tipo de variable sobre la que se trabaje también influye en el impacto que el tipo de facilitador tenga sobre la prevención del VIH-Sida (Ebreo et al, 2002).

Tal y como ocurría en el caso anterior, parece que las variables que han recibido mayor impacto en las intervenciones de los facilitadores son las relativas a la información percibida y sobre las vías de transmisión en general, además de la relativa a las pruebas de detección. En lo relativo a las actitudes, mientras el par mejora la confianza sobre el preservativo, el experto lo hace sobre la relevancia de salud. Respecto a la mejora en la intención del uso del preservativo, mientras el par parece influir en la práctica del sexo oral, el experto lo hace sobre la pareja estable.

8.4. EFICACIA DIFERENCIAL SEGÚN EL SEXO DE LA MUESTRA.

El análisis relativo a la variable sexo de la muestra, buscaba comparar si existe un impacto diferencial de los resultados en función de que la persona receptora de la intervención sea hombre o mujer.

En un primer término, destaca la significación estadística que muestra el efecto momento en cuanto a la información percibida, la información real sobre vías generales de transmisión y sobre vías de transmisión sexual para el VIH-Sida, así como para la confianza en el uso del preservativo, la gravedad percibida y la información sobre las pruebas de detección. Así las diferencias que existen entre los distintos promedios arrojados en los diferentes momentos de evaluación, presentan significación a nivel estadístico. Además, en la variable ventajas asociadas al uso del preservativo muestra significación estadística el efecto interacción entre el momento y el tipo de sexo. Es decir, se da una eficacia diferencial en dicha variable en la que se aprecia un mayor impacto en el grupo de las mujeres respecto al de los hombres.

Por otro lado, se observa cómo *las mujeres* también muestran mayor eficacia (con significación estadística) en la transformación de las variables criterio. De esta forma, mejoran tanto la información percibida como la real (sobre las vías de transmisión en general y vías de transmisión sexual), la variable información sobre las pruebas de detección, la confianza en el uso del preservativo y las ventajas atribuidas al mismo. A nivel clínico, también destaca la disminución en evaluaciones sobre las dificultades asociadas al preservativo, la intención del uso del preservativo en el coito

vaginal y tras el consumo de drogas, así como la mejora en la conducta de hacerse las pruebas de detección.

Por su parte, el grupo de *los hombres* mejora de manera significativa a nivel estadístico en menor cantidad de variables: información percibida, información real sobre las vías de transmisión general e información sobre las pruebas. Sin embargo, si se contempla un análisis desde el punto de vista clínico, su comportamiento prospera en la mejora de variables criterio como: la probabilidad de infección, la intención de uso del preservativo en el coito anal y el sexo oral, además del uso del preservativo en el coito vaginal, anal, en las parejas estables, esporádicas y tras el consumo de drogas. También destaca el aumento de la conducta de preguntar a la pareja sobre las pruebas de detección de anticuerpos.

Asimismo, si se observa el impacto diferencial de las intervenciones en función del sexo parecen darse algunas diferencias. Por su parte, el grupo de mujeres presenta mejores puntuaciones en evaluaciones sobre la variable intención del uso del preservativo tras el consumo de drogas, mientras el grupo de los hombres lo hace en el la disminución de las dificultades asociadas al preservativo y el uso del preservativo en el coito anal.

Al igual que ocurría en los análisis anteriores, las variables que muestran mejoras significativas estadísticamente son las relativas a la información, aunque en el caso de las mujeres también lo son la gravedad percibida, la confianza en el uso del preservativo y la mejora de las ventajas asociadas al mismo.

A continuación se presenta una síntesis de las conclusiones guiada a partir de la formulación de las distintas hipótesis que han sido elaboradas en el marco del presente proyecto de investigación.

H₁. Los estudiantes universitarios presentarán deficiencias, tanto a nivel de conocimientos, como actitudinal y conductual relevantes para la prevención del Sida.

Sí. Se ha observado cómo la muestra de estudiantes universitarios ha presentado un perfil de riesgo que incluye aspectos relativos a una mala información, creencias y actitudes negativas ante el preservativo, realización de conductas de riesgo y relativa intención de realizar conductas preventivas. Especialmente, presentan riesgo situaciones como la práctica del sexo oral o las relaciones estables afectivo-sexuales.

H₂. Cabe esperar que, tras la aplicación de todas las estrategias (informacional, actitudinal, sobre habilidades, de sensibilización con un paciente, emocional y de Nuevas Tecnologías), se produzcan cambios en el grado de información, percepción de riesgo, percepción de la gravedad de la enfermedad, comportamientos preventivos de los estudiantes universitarios (incluyendo en los comportamientos, la realización de pruebas de detección de anticuerpos) y solidaridad hacia los afectados.

Sí. Tras el análisis de los resultados se ha observado cómo la aplicación de las distintas estrategias de prevención diseñadas han mejorado en la muestra las variables relativas al comportamiento de riesgo. Asimismo, se ha observado cómo cada una de las estrategias ha facilitado en mayor medida la mejora de una u otra variable. No obstante, también es cierto que las variables relativas a la información, las pruebas de detección y la intención de conducta preventiva tras el consumo de drogas han sido modificadas por la mayor parte de las estrategias.

Dentro de las estrategias, la más destacada en este proyecto parece ser la basada en la intervención del paciente, seguida de la que ha transmitido la información a través de los juegos de roles y del grupo actitudinal. No obstante, a nivel clínico también es relevante la estrategia basada en la charla informativa. Por el contrario, se ha observado cómo el grupo que no ha participado en las estrategias de intervención (grupo control) no ha mejorado y poco lo ha hecho aquel basado en el visionado de imágenes aversivas.

H₃. Cabe esperar que, dada la especificidad de cada estrategia, los efectos estén relacionados con el contenido de la misma, sin producirse “transfer” en otras variables.

No. Una vez revisada la eficacia de cada una de las estrategias preventivas se ha comprobado como algunas de ellas han conseguido mejorar los resultados de ciertas variables criterio que, en principio, no estaban delimitadas en su objetivo. En este sentido, la estrategia sobre la charla informativa ha mejorado las creencias asociadas al preservativo mientras la estrategia en la que ha intervenido un paciente ha mejorado en las variables sobre las pruebas de detección o sobre la información. Es decir, en algunas variables se ha observado una transferencia en la capacidad de las estrategias de actuar sobre ellas.

H₄. Cabe esperar que, el cambio producido, disminuya a lo largo del tiempo, debilitando los resultados conseguidos en una breve intervención.

No. Si bien es cierto que en algunos casos se ha observado cómo el paso del tiempo ha hecho disminuir los resultados conseguidos tras la intervención, este fenómeno ha dependido del tipo de variable y también de la estrategia empleada. En este contexto, por ejemplo, en la intervención basada en el empleo de imágenes aversivas se observa una mejora diferida sobre la probabilidad percibida de infectarse.

H₅. Cabe esperar que, cualquier intervención sea del tipo que sea, tenga un mayor efecto que la ausencia de ésta, en el grupo control.

Sí. Una vez revisados todos los resultados relativos a la eficacia diferencial de las estrategias de intervención se ha comprobado cómo todas las intervenciones, incluyendo la del visionado de imágenes aversivas que obtiene los peores resultados, consiguen una eficacia superior sobre la transformación de las variables criterio respecto al grupo control que no ha participado en ninguna de las intervenciones preventivas.

H₆. Cabe esperar que, debido al mayor poder de referencia de los iguales, la eficacia de las estrategias sea mayor cuando el facilitador sea un par entrenado (estudiante universitario) que cuando sea un profesional experto.

No. Dentro del análisis diferencial de la eficacia en función del tipo de facilitador, se ha comprobado cómo el grupo facilitado por el experto ha sido mejor en mayor número de variables. De hecho, si bien el par ha mostrado mayor mejora en algunas variables también ha presentado un detrimento en otras muy relevantes para la prevención del VIH-Sida como las actitudes y creencias sobre el preservativo y la gravedad percibida del VIH-Sida.

H₇. Cabe esperar que, dadas las diferencias encontradas entre hombres y mujeres ante la respuesta preventiva ante el VIH-Sida, los efectos relacionados con las intervenciones sean distintos para hombres y mujeres.

Sí. Tras el análisis de los resultados desde la significación estadística y también clínica, se observan diferencias entre la respuesta mostrada entre hombres y mujeres. Sobre todo, en cuanto al tipo de variables en las que se ha apreciado un mayor cambio. En este sentido, mientras las mujeres han cambiado más en la gravedad percibida y la confianza en el uso del preservativo, los hombres han mejorado más en cuanto a la relevancia para la salud.

Si bien es cierto que estos hallazgos pueden facilitar el diseño y ejecución de próximas experiencias preventivas, cabe ser consciente de que este estudio presenta algunas limitaciones que han dificultado el desarrollo de su ejecución y también el diseño factorial de análisis y validez de sus resultados. Reconociendo que si bien este tipo de diseño nos permite exponer con mayor rigor las relaciones causales encontradas, somos conscientes de la dificultad que supone encontrar los grupos homogéneos y aleatorizar. Probablemente, los resultados serían más consistentes si se hubiera utilizado un rango de muestra mucho más amplio en número y, también, más variado en lo que respecta, por ejemplo, a la orientación sexual. Esto hubiera permitido analizar el impacto diferencial de las intervenciones en función de la

orientación sexual y profundizar en el análisis estadístico de algunas variables como la conducta preventiva en el sexo anal en las que los estadísticos previstos han tenido que ser modificados. Además, las dificultades para hacer un seguimiento a lo largo a plazo de los estudiantes (algunos podrían incluso haber acabado la carrera) han impedido que la evaluación posterior a la intervención durara al menos un año, con lo que se podría haber analizado una eficacia diferencial más a largo plazo, dotando de mayor rigor el estudio. Asimismo, para esclarecer el efecto diferencial según el tipo de facilitador sería necesario incluir un estudio más exhaustivo de las características personales de cada uno de ellos y, para ello, sería necesario incluir una mayor muestra de los mismos tanto en el rol de expertos como en el rol de pares. Probablemente, esto tendría que ser realizado en una línea futura de investigación considerando la complejidad que conlleva un diseño factorial como el que aquí se ha realizado y el N muestral que sería necesario para llevarlo a cabo aumentando el número de factores.

Pese a lo anterior, consideramos que el presente proyecto de intervención ha respondido a las premisas que se fijaron en su elaboración y contribuye de alguna manera a la mejora de las intervenciones en materia de prevención en VIH-Sida. Una labor imprescindible para modificar el transcurso actual de la epidemia y mejorar, de esta manera, la calidad de vida de la población general.

Con todo, el presente proyecto de investigación ha logrado responder a algunas preguntas relativas a la eficacia diferencial de las distintas estrategias de intervención pero también ha generado algunas nuevas relativas al perfil del facilitador y también, relacionadas al tipo de variables disposicionales de la población beneficiaria de las intervenciones que pueden facilitar el que las estrategias de intervención sean más o menos efectivas. Pregunta sobre la que nuestro propio equipo de investigación ya ha empezado a trabajar.

CAPÍTULO 9

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acaroglu, R. (2007). Knowledge and Attitudes of Mariners About AIDS in Turkey. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 18(1), pp.48-55.
- Aggleton, P. y Rivers, K. (1999). Interventions for Adolescents. En L. Gibney, R.J. DiClemente y S.H. Vermund. Preventing HIV in developing countries. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Aibar, C. (2001). Educación para la salud. En C. Colomer y C. Alvarez-Dadet. Promoción de la salud y cambio social. Barcelona: Masson.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), pp. 179-211.
- Ajzen, I. (2005). Attitudes, personality, and behavior (2ª ed.). Inglaterra: Open University Press (McGraw-Hill).
- Albarracín, D., Durantini, M. y Earl, A. (2006). Empirical and Theoretical Conclusions of an Analysis of Outcomes of HIV-Prevention Interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), pp.73-78.
- Allen, S., Karita, E., N'Gandu, N. y Tichacek, A. (1999). The evolution of voluntary testing and counseling as an HIV prevention strategy. En L. Gibney, R.J. DiClemente y S.H. Vermund. Preventing HIV in developing countries. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Allison, E. y Albarracín, D. (2007). Nature, decay, and spiraling of the effects of fear-inducing arguments and HIV counseling and testing: A meta-analysis of the short- and long-term outcomes of HIV-prevention interventions. *Health Psychological Association*, 26(4), pp.496-506.
- Amador, A., Zurriaga, O. y Vanaclocha, H. (2005). Registro de casos de sida de la Comunidad Valenciana 1984-2004. Valencia: Conselleria Sanitat de la

Generalitat Valenciana. Disponible en
<http://193.145.164.73/publicaciones/documentos/V.5303-2005.pdf>

APN (2004) Asia-Pacific Network of People Living With HIV/AIDS (APN+). AIDS discrimination in ASIA. Disponible en
<http://www.gnpplus.net/regions/asiapac.html>

Auerbach, J., Hayes, R. y Kandathil, S. (2006). Overview of effective and promising interventions to prevent HIV infection en Evidence from Developing Countries. WHO Technical Report Series, N° 938. Génova: World Health Organization.

Ballester, R. y Gil, M.D. (1997). Información, actitudes y conductas de riesgo en torno al SIDA en homosexuales/bisexuales prostitutos y no prostitutos. *IV Congreso Nacional sobre el SIDA*, Valencia, 1-3 Abril. pp.106.

Ballester, R., Gil, M.D., Gómez, J.J. y Edo, M.T. (1999). Niveles de información sobre el VIH-Sida en la Universidad. *V Congreso Nacional sobre el SIDA*. Santiago de Compostela, 13-16 Abril.

Ballester, R., Gil, M.D., Salmerón, P., Benages, S. y Pascual, L.M. (2001). Prevención sexual del Sida en universitarios españoles. *1º Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Veracruz (México): 23-26 Mayo.

Ballester, R. y Gil, M.D. (2002). Conductas de riesgo en la Universidad. *IV Reunión Nacional sobre el SIDA*. cáceres, 13-15 de marzo. pág. 270

Ballester, R., Gil, M.D., Guirado, M.C. y Bravo, J. (2004). Eficacia de un programa de prevención del SIDA dirigido a estudiantes universitarios: datos preliminares. *IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Sevilla, 25-27 marzo. pp.63

Ballester, R. (2004). La prevención del Sida hasta nuestros días: ¿éxito o fracaso? *IV Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Sevilla, 25-27 marzo. pp 111-112

Ballester, R. (2006). El Sida: una enfermedad repleta de significados. Exposición de arte: Arte Látex. Valencia: Universidad de Valencia.

- Ballester, R., Gil, M.D., Edo, M.T. y 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. *X Congreso Nacional sobre el Sida*. San Sebastián, 6-8 junio, pág. 183
- Ballester, R., Gil, M.D. y Giménez, C. (2007). El "Cuestionario de Prevención del Sida (CPS): Análisis de la fiabilidad y validez. *X Congreso Nacional sobre el Sida*. San Sebastián, 6-8 junio, pág. 135.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez, C., Edo, M.T. y Gil, B. (2007). Orientación sexual y evolución del uso del preservativo en jóvenes universitarios: años 1999-2006. *V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies*, Barcelona, 11-14 Julio.
- Ballester, R., Gil, M.D., Giménez, C. y Gil, B. (2007). Valoración diferencial de diversas estrategias de prevención del VIH-Sida en estudiantes universitarios. *X Congreso Nacional sobre el Sida*. San Sebastián, 6-8 junio. pág. 197.
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. EEUU: Holt, Rinehart and Winston.
- Bandura, A. (1987) *Teoría del aprendizaje social* (3ª ed.). Madrid: Espasa-Calpe. Traducción Ángel Rivière.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (eds.) *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention*. Nueva York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (ed.) *Autoeficacia: cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Barreto, P. (1994). Cuidados paliativos al enfermo de Sida en situación terminal: enfoque multidisciplinar. *Revista de psicología general y aplicada*, 47(2), pp.201-208.

- Bayés, R. (1991). Análisis conductual de los problemas de prevención en los casos de cáncer, SIDA y contaminación radiactiva. En J. Gil y T. Ayllón (eds). *Medicina Conductual*. Granada: Publicaciones Universidad de Granada.
- Bayés, R. (1992). Aportaciones al análisis funcional del SIDA. *Revista Latinoamericana de Psicología*. Venezuela: Sociedad Interamericana de Psicología, 24(1-2), pp.17-33.
- Bayés, R. (1994). Sida y psicología: realidad y perspectivas. *Revista de psicología general y aplicada*, 47(2), pp.125-127.
- Bayés, R. (1995). *Sida y Psicología*. Barcelona: Martínez Roca.
- Benjumea, F., García, I., Menoyo, C., Novoa, V., Sancho, R. y Villegas, L. (2002). Prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en hombres que ejercen la prostitución. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Bermúdez., M y Teva., I (2004). Situación actual del sida en España: análisis de las diferencias entre comunidades autónomas. *Internacional journal of clinical and health psychology*. Asociación española de psicología conductual, 4(3), pp.553-570.
- Bimbela, J.L. y Cruz, M.T. (1997). Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bimbela, J.L. y Gómez, C. (1994). Sida y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE. *Revista de psicología general y aplicada*, 47 (2), pp. 151-157.
- Bimbela, J.L., Jiménez, J.M., Alfaro, N., Gutiérrez, P. y March, J.C. (2002). Uso del profiláctico entre la juventud en sus relaciones de coito vaginal. *Gaceta Sanitaria*, 16(4), pp.298-307.
- Blanco, A., Sánchez, F., Carrera, P., Caballero, A. y Rojas, D. (2000). Supuestos teóricos para un modelo psicosocial de las conductas de

- riesgo. En S. Yubero y E. Larrañaga. Sida: una visión multidisciplinar. Castilla La Mancha: Universidad Castilla La Mancha.
- Blum, R. (2004). Uganda AIDS Prevention: A,B,C and Politics. *Journal of Adolescent Health*, 34(5), pp. 428–432.
- Borgia, P., Marinacci, Ch., Schifano, P. y Perucci, C. (2005). Is peer education the best approach for HIV prevention in schools? Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Adolescent Health*, 36(1), pp.508-516.
- Borràs, F. (1994). Sida: aportaciones desde la psiconeuroinmunología. *Revista de psicología general y aplicada*, 47 (2), pp. 225-229.
- Bradley-Springer, L. (2008).Women and HIV infection. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19(1), pp.1-2.
- Bravo, M. y Serrano-García, I. (1997). Apoyo social y la psicología preventiva. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Ríos y T.J. Carrasco. Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.
- Bretón-López, J. y Buela-Casal, G. (2006). Evaluación del efecto de las campañas publicitarias de prevención de VIH/SIDA en adolescentes. *Psicothema*, 17(4), pp. 590-596.
- Brodbeck, J., Matter, M. y Moggi, F. (2006). Association between Cannabis Use and Sexual Risk Behavior among Young Heterosexual Adults. *AIDS and Behavior*, 10(5), pp. 599-605.
- Brown, J. (1995). Aids-related risk behavior and perception of personal aids risk of 18- to 21-year-old college students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 55(7-B), pp. 2644.
- Brown, A., Yung, A., Cosgrave, E, Killackey, E., Buckby, J., Stanford, C., Godfray, P. y McGorry, K. (2006). Depressed mood as a risk factor for unprotected sex in young people. *Australasian Psychiatry*, 14(3), pp. 310-312.

- Buseh, A.G. (2004). Patterns of sexual behaviour among secondary school students in Swaziland, southern Africa. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care*, 6(4), pp. 355 – 367.
- Caballero, A., Carrera, P., Sánchez, F., Muñoz, D. y Blanco, A. (2003). La experiencia emocional como predictor de los comportamientos de riesgo. *Psicothema*, 15(3), pp. 427-432.
- Calvo, S. (1992). Educación para la salud en la escuela. Madrid: Díaz de Santos.
- Caplan, G. (1986). Principios de psiquiatría preventiva. Barcelona: Paidós Psiquiatría.
- Carpi, A. y Breva, A. (2002). La predicción de la conducta a través de los constructos que integran la teoría de la acción planeada. *Revista electrónica de motivación y emoción*, 4(7), pp. 25-35.
- Carrobles, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), pp. 420-426.
- Casabona, J. (ed.) (1992). La SIDA: Aspectes clínicos i epidemiologia a Catalunya. Barcelona: Doyma.
- Cerwonka, E., Isbell, T. y Hansen, C. (2000) Psychosocial factors as predictors of unsafe sexual practices among young adults. *AIDS Education and Prevention*, 12(2), pp. 141-153.
- Coates, T.J. (1990). Strategies for modifying sexual behavior for primary and secondary prevention of HIV disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(1), pp. 57-69.
- Coleman, Ch. (2003). Transmission of HIV infection among older adults: A population at risk. *JANAC: Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14(1), pp. 82-85.

- Colle, P. (2007). Human rights and the national interest: Migrants, healthcare and social justice. *Journal of Medical Ethics*. Special issue: *Fetal sexing: Global perspectives on practices, ethics and policy*, 33(5), pp. 269-272.
- Control Disease Center - CDC (2006a). HIV/AIDS Surveillance by Race/Ethnicity (through 2006). Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/race-ethnicity/index.htm>
- Control Disease Center - CDC (2006b). HIV/AIDS Surveillance - General Epidemiology (through 2006). Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/slides/general/index.htm>
- Control Disease Center - CDC (2005). HIV/AIDS Surveillance Report. Cases of HIV infection and AIDS in the United States and Dependent Areas, 2005-2007. Disponible en <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports/2005report/>
- Corneille, M., Zyzniewski, L. y Belgrave, F. (2008). Age and HIV risk and protective behaviors among African American women. *Journal of Black Psychology*, 34 (2), pp. 217-233.
- Costa, M. y López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Covadonga, J. y Colomer, C. (2001) Participación comunitaria. En C. Colomer y C. Alvarez-Dadet. *Promoción de la salud y cambio social*. Barcelona: Masson.
- Chamorro, L. (2004). VIH y Sida en España. *Revista Española de Salud Pública*, 78(6), pp. 665-668.
- Chan, K. (2007). Stigmatization of patients with AIDS: Understanding the interrelationships between Thai nurses' attitudes toward HIV/AIDS, drug use, and commercial sex. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), pp. 763-775.

- Chee, C.C., Mortier, E., Dupont, C., Bloch, M., Simonpoli, A.M. y Rouveix, E. (2005). Medical and social differences between French and migrant patients consulting for the first time for *HIV* infection. *AIDS Care*, 17(4), pp. 516-520.
- Cheng, Y., Lou, Ch., Mueller, L.M., Zhao, Sh., Yang, J., Tu, X. y Gao, E. (2008). Effectiveness of a School-Based AIDS Education Program among Rural Students in HIV High Epidemic Area of China. *Journal of Adolescent Health*. 42(2), pp. 184–191
- Chintu, C., Bhat, G.J., Walker, A.S., Mulenga, V., Sinyinza, F., Lishimpi, K., Farrelly, L., Kaganson, N., Zumla, A., Gillespie, S.H.; Nunn, A.J. y Gibb, D.M. (2004). Co-trimoxazole as prophylaxis against opportunistic infections in HIV-infected Zambian children (CHAP): A double-blind randomised placebo-controlled trial'. *The Lancet*, 364(9448), pp. 1865–1871.
- Dalrymple, L. y Jaffe, A. (1996). DramAide, a Project in Schools in Kwazulu-Natal, South Africa. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. *Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies*. Nueva York: Plenum Press.
- Das J., Dercon S., Habyarimana J. y Krishnan, P. (2005). Teacher shocks and student learning: evidence from Zambia. Working Paper Series 3602, The World Bank. Disponible en <http://ideas.repec.org/p/cam/camdae/0514.html>
- Davidovich, U., de Wit, J. y Stroebe, W. (2006). Relationship Characteristics and Risk of HIV Infection: Rusbult's Investment Model and Sexual Risk Behavior of Gay Men in Steady Relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 36(1), pp. 22-40.
- De Groot A.S. (2005). HIV infection among women in prison: considerations for care. *Infectious diseases in corrections report*. Disponible en <http://www.idcronline.org/archives/mayjune05/article.html>
- Delgado, M., Lundgren, L. M. y Deshpande, A. (2008). The association between acculturation and needle sharing among Puerto Rican injection drug users. *Evaluation and Program Planning*, 31(1), pp. 83-91.

- Díaz, R. (1997) Latino gay men and psycho-cultural barriers to AIDS prevention. En M.P. Levine, P.M. Nardi, J.H. Gagnon. In changing times: Gay men and lesbians encounter HIV/AIDS. Chicago: University of Chicago Press.
- DiClemente, R., Crosby, R. y Wingood, G. (2002). La prevención del VIH en adolescentes. *Perspectivas*, XXXII (2). Disponible en <http://www.ibe.unesco.org/publications/Prospects/ProspectsPdf/122s/122sdc.pdf>
- DiClemente, R. J. y Peterson, J. L. (1994). Changing HIV/AIDS risk behaviours: the role of behavioral interventions. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention*. Nueva York: Plenum Press.
- Dittus, P., Miller, K., Kotchick, B. y Forehand, R. (2004). Why Parents Matter!: The Conceptual Basis for a Community-Based HIV Prevention Program for the Parents of African American Youth. *Journal of Child and Family Studies*, 13(1), pp. 5-20.
- Duncan, C., Miller, D.M. y Borskey, E.J. (2002). Barriers to safer sex practices among African American college students. *Journal of the National Medical Association*, 94(11), pp. 944-951.
- Earl, A. y Albarracín, D. (2007). Nature, decay, and spiraling of the effects of fear-inducing arguments and HIV counseling and testing: a meta-analysis of the short- and long-term outcomes of HIV-prevention interventions. *Health Psychology*, 26(4), pp. 496-506.
- Ebreo, A., Feist-Price, S., Siewe, Y. y Zimmerman, R. (2002). Effects of Peer Education on the Peer Educators in a School-Based HIV Prevention Program: Where Should Peer Education Research Go from Here?. *Health Education and Behavior*, 29(4), pp. 411-423.
- Edo, M.T. y Ballester, R. (2006). Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, pp.79-90.
- Elmet, Ch. (2007). Experiences of stigma in older adults living with HIV/AIDS: A mixed-methods analysis. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), pp. 740-752.

- Erbstein, S.J., Greenblatt, Ch.L. y Schenker, I. (1996). HIV/AIDS Knowledge, Beliefs, and Attitudes among Teachers in Latin America: Lessons from Five Countries in Implementing YSYAP Model. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. *Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies*. Nueva York: Plenum Press.
- Ergene, T., Çok, F., Tümer, A. y Ünal, S. (2005). A controlled-study of preventive effects of peer education and single-session lectures on HIV/AIDS knowledge and attitudes among university students in turkey. *AIDS Education and Prevention*, 17(3), pp. 268-278.
- Espada, J.P. y Quiles, M.J. (2002). *Prevenir el sida. Guía para padres y educadores*. Madrid: Pirámide.
- Espada, J.P., Quiles, M.J. y Méndez, F.J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del SIDA en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*, 84, pp. 47-54.
- EuroHIV (2005). HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2005. Disponible en http://www.eurohiv.org/reports/report_73/pdf/report_eurohiv_73.pdf
- EuroHIV (2006). HIV/AIDS Surveillance in Europe: End-year report 2006 disponible en http://www.eurohiv.org/reports/report_75/pdf/report_eurohiv_75.pdf
- EuroHIV (2007) HIV/AIDS Surveillance in Europe: Mid-year report 2007 No.76 en http://www.eurohiv.org/reports/index_reports_eng.htm
- Evans, A., Edmundson-Drane, E. y Harris, K. (2000). Computer-assisted instruction: an effective instructional method for HIV prevention education?. *Journal of adolescent Health*, 26(4), pp. 244-251.
- Family Health Internacional (2005). National study of reproductive tract and sexually transmitted infections. Survey of high risk groups in Lahore and Karachi, 2005. Disponible en http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/country/Pakistan/res_stistudy.htm
- Fernández-Ríos, L. (1994). *Manual de Psicología Preventiva: Teoría y práctica*. Madrid: Siglo XXI.

- Fernandez-Ríos, L. y Buela-Casal, G. (1997). El concepto de salud/enfermedad. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Ríos y T.J. Carrasco. Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.
- Fernandez-Ríos., L. y Cornes, J.M. (1997). Psicología preventiva: concepto y perspectivas. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Ríos y T.J. Carrasco. Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.
- Fenández-Ríos, L., Cornes, J.M. y Codesido, F. (1997). Psicología preventiva: situación actual. En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Ríos, T.J. Carrasco Giménez. Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.
- Ferris, M., Burau, K. y Schweitzer, A. M. (2007) The influence of disclosure of HIV diagnosis on time to disease progression in a cohort of Romanian children and teens. *AIDS Care*, 19(9), pp. 1088-1094.
- Fields, S., Wharton, M., Marrero, A., Little, A., Pannell, K. y Morgan, J. (2006). Internet Chat Rooms: Connecting With a New Generation of Young Men of Color at Risk for HIV Infection Who Have Sex With Other Men en *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17(6), pp. 53-60.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research. Reading Massachusetts: Addison-Wesley. Disponible en <http://www-unix.oit.umass.edu/~aizen/publications.html>
- Fishbein, M. (1990). AIDS and behavior change: an analysis based on the theory of reasoned action. *Revista interamericana de Psicología*, 24(1), pp. 37-56.
- Fishbein, M., Middlestadt, S.E. y Hitchcock, P.J. (1994). Using information to change sexually transmitted disease-related behaviours. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention*. Nueva York: Plenum Press.

- Fisher, J.D. y Fisher, W.A. (1992). Changing AIDS-risk behavior. *Psychological Bulletin*, 111(3), pp. 455-474.
- Fongkaew, W., Fongkaew, K. y Suchaxaya, P. (2007). Early Adolescent Peer Leader Development in HIV Prevention Using Youth-Adult Partnership With Schools Approach. *Journal of the Association of nurses in AIDS Care*, 18(2), pp. 60-71.
- Friedman, S.R., Des Jarlais, V. y Ward, T.P. (1994). Social models for changing health-relevant behaviour. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (eds.), *Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention*. Nueva York: Plenum Press.
- Gabler, J., Kropp, F., Silvera, D. y Lavack, A. (2004). The role of Attitudes and Self-Efficacy in Predicting Condom Use and Prurchase Intentions. *Health Marketing Quarterly*, 21(3), pp. 63-78.
- Gallant, M. y Maticka-Tyndale, E. (2004). School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science and Medicine*, 58(7), pp. 1337-1351.
- García, R., Prieto, F., Arenas, C., Rincón, J., Caicedo, S. y Rey, G. (2005). Reducción de la transmisión madre hijo del VIH en Colombia: dos años de experiencia nacional, 2003-2005. *Biomédica*, 25(4), pp. 547-564.
- García-Sánchez, I. (2004). Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria*, 18(2), pp. 47-54.
- García, A. y Sánchez, A. (2003) Efectos de la exclusión en la salud. En D. Flores. *La promoción de la salud: una perspectiva pedagógica*. Valencia: Nau Llibres
- Gibney, L. (1999). HIV prevention in developing countries: tenets of behavioural and biomedical approaches. En L. Gibney, R.J., DiClemente y S.H. Vermund. *Preventing HIV in developing countries*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.

- Giménez, C., Ballester, R., Gil, M.D. y Edo, M. (2006). Análisis de la tendencia del uso sistemático del preservativo en jóvenes universitarios: período 1999-2005. *V Congreso de la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. Valencia: 24-25 de Noviembre.
- Givaudan, M., Leenen, I., Van de Vijver, F., Poortinga, Y. y Pick, S. (2008). Longitudinal study of a School based HIV/AIDS early prevention program for Mexican Adolescents. *Psychology, Health and Medicine*, 13(1), pp. 98-110.
- Gomes do Espirito Santo, M.E. y Etheredge, G.D. (2005). Male clients of brothel prostitutes as a bridge for HIV infection between high risk and low risk groups of women in Senegal. *Sexually Transmitted Infections* 81(4), pp. 342-344
- Goodridge, G.A. y Lamptey, P.R. (1999). HIV prevention for the general population. En L. Gibney, R.J., DiClemente y S.H. Vermund. Preventing HIV in developing countries. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Green, L.W. y Ottoson, J.M. (1999). Community and Population Health (8ª edición). Estados Unidos: McGraw Hill.
- Green, L.W. y Simons-Morton, B.G. (1988). Educación para la salud. México: Interamericana. Traducción: Ana Palencia Guerrero.
- Gregson, S., Garnett, G., Nyamukapa, C., Hallett, T., Lewis, J., Mason, P., Chandiwana, S. y Anderson, R. (2006). HIV Decline Associated with Behavior Change in Eastern Zimbabwe. *Science* 3, 311(5761), pp. 664-666.
- Grimley, D., Prochaska, G. y Prochaska, J. (1997). Condom use adoption and continuation: a transtheoretical approach. *Health Education Research*, 12(1), pp. 61-75.
- Gullele, D. y Lyons, M. (2006). Sensation Seeking, Self-Esteem, and Unprotected Sex in College Students. *Journal of the association of nurses in AIDS care*, 17(5), pp. 23-31.

- Gutiérrez-Martínez, O., Bermúdez, M., Teva, I. y Buela-Casal, G. (2007). Sexual sensation-seeking and worry about sexually transmitted diseases (STD) and human immunodeficiency virus (HIV) infection among Spanish adolescents. *Psicothema*, 19(4), pp. 661-666.
- Hardeman, W., Pierro, A. y Mannetti, L. (1997). Determinants of intentions to practise safe sex among 16-25 year-olds. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 7(5), pp. 345-360.
- Harman, J., Smith, V. y Louisa, E. (2007). The impact of incarceration on intimate relationships. *Criminal Justice and Behavior*, 34(6), pp. 794-815.
- Harper, G. (2007). Sex isn't that simple: culture and context in HIV prevention interventions for gay and bisexual male adolescents. *American Psychologist*, 2(8), pp. 806-819.
- Hart, T.A. (2002). Social anxiety as a risk factor for unprotected intercourse among gay and bisexual male youth. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(11-B), pp. 5375.
- Harvey, S. M., Beckman, L. J., Gerend, M. A., Thorburn, S., Posner, S., Huszti, H.C. y Galavotti, C. (2006). A conceptual model of women's condom use intentions: Integrating intrapersonal and relationship factors *AIDS Care*, 18(7) pp. 698-709.
- Heeren, A., Jemmott III, J., Mandeya, A. y Tyler, J. (2007). Theory-Based Predictors of Condom Use among University Students in the United States and South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 19(1), pp.1-12.
- Hennessy, M., Fishbein, M., Curtis, B. y Barrett, D. (2007). Evaluating the Risk and Attractiveness of Romantic Partners When Confronted with Contradictory Cues. *AIDS Behavior*, 11(3), pp. 479-490.
- Heymann, J., Earle, A. y Rajaraman, D. (2007). Extended family caring for children orphaned by AIDS: Balancing essential work and caregiving in a high HIV prevalence nations. *AIDS Care*, 19(3), pp. 337-345.
- Hien, N., Long, N. y Huan, T. (2004). HIV/AIDS Epidemics in Vietnam: Evolution and Responses. *AIDS Education and Prevention*, 16(Supl. A), pp. 137-154.

- Hollar, D. y Snizek, W. (1996). The influences of knowledge of HIV/AIDS and self-esteem on the sexual practices of college students. *Social Behavior and Personality*, 24(1), pp. 75-86.
- Hombrados, I. (1990) Educación para la salud en G. Musitu, E. Berjano y J.R. Bueno. Psicología Comunitaria. Valencia: NAU Llibres.
- Hughes-d'Aeth, A. (2002). Evaluation of HIV/AIDS peer education projects in Zambia. *Evaluation and Program Planning*, 25(4), pp. 397.
- Human Rights Watch (2007). Indiferencia crónica en Servicios de VIH/sida para personas inmigrantes detenidas por Estados Unidos. 19, 5(G). Disponible en <http://hrw.org/spanish/reports/2007/us1207/>
- Hung-Yi, L., Palmgreen, P., Zimmerman, R., Lane, D. y Alexander, L. (2006). Personality Traits as Predictors of Intentions to Seek Online Information about STDs and HIV/AIDS among Junior and Senior College Students in Taiwan. *CyberPsychology and Behavior*, 9(5), pp. 577-583.
- Hurrelmann, K. (1997). Prevención en la adolescencia (trad. Torres, I. y Carrasco, T.J.). En G. Buela-Casal, L. Fernandez-Ríos y T.J. Carrasco. Psicología preventiva. Avances recientes en técnicas y programas de prevención. Madrid: Pirámide.
- Igra, V. e Irwin, C.E. (1996). Theories of adolescent risk-taking behaviour. En R.J. DiClemente, W. Hansen y L. Ponton. Handbook or adolescent health risk behavior. New York: Plenum Press.
- Inciardi, J., Syvertsen, J. y Surratt, H. (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(4), pp. 9-25.
- Instituto de Salud Carlos III (2004a). Estudio específico: situación de la infección por VIH en mujeres. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp
- Instituto de Salud Carlos III (2004b). Estudio específico: Situación de la infección por VIH en población originaria de otros países. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp

- Instituto de Salud Carlos III (2005). Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro nacional de casos de Sida. Informe semestral nº2. Disponible en http://www.isciii.es/htdocs/centros/epidemiologia/epi_sida.jsp
- Instituto Nacional de Estadística y Ministerio de sanidad y consumo - INE (2004). Encuesta de salud y hábitos sexuales. Madrid: instituto nacional de estadística. Disponible en www.ine.es
- Isaksson, A. (1996). Education as a Key Factor Fighting AIDS. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. *Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies*. Nueva York: Plenum Press.
- Ito, K., Kalyanaraman, S., Ford, C., Brown, J. y Millar, W. (2008). Let's talk about sex: pilot study of an interactive CD-ROM to prevent HIV/STIs in female adolescents. *AIDS Education and Prevention*, 20(1), pp. 78-89.
- James, S., Reddy, P., Ruiter, R., McCauley, A. y Van de Borne, B. (2006). The impact o fan HIV and AIDS life skills program on secondary school students in Kwazulu-Natal, South Africa. *AIDS Education and Prevention*, 18(4), pp. 281-294.
- Jemmott III, J.B. y Fry, D. (2002). The abstinence strategy for reducing sexual risk bahavior. En A. O'Leary. *Beyond condoms. Alternative approaches to HIV prevention*. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Johnson, R., Ostrow, D. y Joseph, J. (1990). Educational strategies for prevention of sexual transmission of HIV. En D. Ostrow (ed.). *Behavioral aspects of AIDS*. New York: Plenum Press.
- Joule, R.V. y Peyrolle, F. (1996). Compromiso y prevención contra el Sida: el cambio de las actitudes hacia el preservativo. En N. Basabe, D. Paéz, R. Usieto, H. Paicheler y J.C. Deschamps. *El desafío social del Sida*. Madrid: Fundamentos.
- Karlin, S. (1996). Approaches to Grassroots AIDS Education in Africa: Culture as Ally. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. *Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies*. Nueva York: Plenum Press.

- Kerrigan, D., Witt, S., Glass, B., Chung, S. y Ellen, J. (2006). Perceived Neighborhood Social Cohesion and Condom Use Among Adolescents Vulnerable to HIV/STI *AIDS and Behavior*, 10(6), pp. 723-729.
- Kirby, D., Laris, B.A. y Roller, L. (2007). Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviours of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), pp. 206-207.
- Klein, Ch. (2002). Structural barriers and facilitators in HIV prevention: a review of international research. En A. O'Leary Beyond condoms. Alternative approaches to HIV prevention. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kroeger, A. y Luna, R. (1992). Atención primaria de salud: principios y métodos. 2ª edición. México: OPS.
- Kyrychenko, P., Kohler, C. y Sathiakumar, N. (2006). Evaluation of a School-Based HIV/AIDS Educational Intervention in Ukraine. *Journal of Adolescent Health*, 39(6), pp. 900-907.
- Lameiras, M., Faílde, J.M., Saco, A. y Rodríguez, Y. (2006). A qualitative study of the viability of usage of the female condom among university students. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(001), pp.189-199.
- Lameiras, M., Núñez, A., Rodríguez, Y., Bretón, J. y Agudelo, D. (2007). Conocimiento y viabilidad de uso del preservativo femenino en jóvenes universitarios españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(001), pp. 207-216.
- Lameiras, M., Rodríguez, Y., Calado, M. y González, M. (2004). Creencias vinculadas al uso del preservativo masculino en adolescentes españoles sexualmente activos. *Universitas Psychologica*, 3(1), pp. 27-34.
- Lau, J. T. F., Ho, S. P. y Yang, X. (2007). Prevalence of HIV and factors associated with risk behaviours among Chinese female sex workers in Hong Kong. *AIDS Care*, 19(6), pp. 721-732.

- Laughon, K., Gielen, A. y Campbell, J. (2007). The relationships among sexually transmitted infection, depression, and lifetime violence in a sample of predominantly African American women. *Research in Nursing and Health*, 30(4), pp. 413-428.
- Lawrence, J. y DiClemente, R. (1996). Sexually transmitted diseases including human immunodeficiency virus infection. En R.J. DiClemente, W. Hansen y L. Ponton. *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press.
- Lewis, M., Neighbors, C. y Malheim, J. (2006). Indulgence or restraint? Gender differences in the relationship between controlled orientation and the erotophilia-risky sex. *Personality and Individual Differences*, 40(5), pp. 985-995.
- Li, X., Wang, B., Fang, X., Zhao, R., Stanton, B., Hong, Y., Dong, B., Liu, W., Zhou, Y., Liang, S. y Yang, H. (2006). Short term effect of a cultural adaptation of voluntary counseling and testing among female sex workers in China: a quasi-experimental trial. *AIDS Education and Prevention*, 18(5), pp. 406-419
- Li, L., Wu, Z., Wu, S., Zhao, Y., Jia, M. y Yan, Z. (2007). HIV-Related stigma in health care settings: A survey of service providers in China. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(10), pp. 753-762.
- Li, X., Zhang, L., Stanton, B., Fang, X., Xiong, Q. y Lin, D. (2007). HIV/AIDS-related sexual risk behaviors among rural residents in China: Potential role of rural-to-urban migration. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), pp. 396-407.
- Lieber, E.; Li, L.; Wu, Z.; Rotheram-Borus, M. y Guan, J. (2006). HIV/STD Stigmatization Fears as Health Seeking Barriers in China. *Aids and Behaviour*, 10(5), pp. 463-471.
- Lin, P., Simoni, J.M. y Zemon, V. (2005). The health belief model, sexual behaviours and HIV risk among Taiwanese immigrant. *Health Psychology* 24(1), pp. 88-95.

- Lindemann, D. (2004). Comparing two condoms use components of HIV/AIDS intervention for college students. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(7-B), pp. 3510
- López, F. (1990). Educación sexual. Madrid: UNED
- Lukobo, M. D. y Bailey, R. C. (2007) Acceptability of male circumcision for prevention of HIV infection in Zambia. *AIDS Care*, 19(4), pp. 471-477.
- Maddaleno, M. y Suárez, E. (1995) Situación social de los adolescentes y jóvenes en América Latina. En M. Maddaleno, M. Munist, C.V. Serrano, T. Silber, E. Juárez, y J. Yunes. (1995). La salud del adolescente y el joven. Publicación científica nº 552. Washintong DC: OPS.
- Mahal, A. y Rao, B. (2005). HIV/AIDS epidemic in India: An economic perspective. *Indian Journal of Medical Research*, 121(4), pp. 582-600.
- Manji, A., Peña, R. y Dubrow, R. (2007) Sex, condoms, gender roles, and HIV transmission knowledge among adolescents in León, Nicaragua: Implications for HIV prevention. *AIDS Care*, 19(8), pp. 989-995.
- Mantell, J., DiVittis, A. y Auerbach, M. (1997). Evaluating HIV Prevention Interventions. Nueva York: Plenum Press.
- Martín, A., Chacón, F. y Martínez, M. (2003). Psicología comunitaria. Madrid: Textos Visor.
- Martínez, D., Hernández, G., Villafuerte, B. y Ramírez, C. (2005). Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH/ITS en migrantes clandestinos. *Salud Mental*, 28(5), pp. 20-26.
- Martínez, I. y Prats, J. (1996). "AIDS. Knowing Helps": An Educational Program for Knowing about and Preventing AIDS. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies. Nueva York: Plenum Press.
- Maticka-Tyndale, E. (1991). Sexual scripts and AIDS prevention: Variations in Adherence to Safer-Sex Guidelines by heterosexual adolescents. *The Journal of Sex Research*, 28(1), pp. 45-66.

- Mays, V.M. y Cochran, S.D. (1988). Issues in the perception of AIDS risk and risk reduction activities by black and Hispanic/Latina women. *American Psychologist*, 43(11), pp. 949-957.
- McCary, L. y McCan, J. (1996). Sexualidad Humana de McCary (5ª edición). México: Manual Moderno.
- Mekonnen, Y., Sanders, E., Aklilu, M., Tsegaye, A., de Wit, T., Schaap, A., Wolday, D., Geskus, R., Coutinho, R. y Fontanet, A. (2003). Evidence of changes in sexual behaviours among male factory workers in Ethiopia. *AIDS*, 17(2), pp. 223-231.
- Merino, B., Arroyo, H. y Silva, J. (2004). La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud pública en una nueva Europa. Versión española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mills, E., Singh, S., Orbinski, J. y Burrows, D. (2005). The HIV/AIDS epidemic in Cambodia. *Lancet Infectious Diseases*, 5(10), pp. 596-597.
- Mills, E., Sonal, S., Brett, N. y Nachege, J. (2006). The impact of conflict on HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. *International Journal of STD and AIDS*, 17(11), pp. 713-717.
- Mishra, V., Arnold, F. y Otieno, F. (2007) Education and nutritional status of orphans and children of HIV-infected parents in Kenya. *AIDS Education and Prevention*, 19(5), pp. 383-395.
- Mitchell, K., Nayamanka, S., Kamali, A. y Whitworth, G. (2001). Community-based HIV/AIDS education in rural Uganda: which channel is most effective?. *Health education research*, 16(4), pp. 411-423.
- Moatti, J.P., KABP-Grupo Investigador y ACSF (1996). Investigación social sobre la infección del VIH y la conducta sexual: acciones para la prevención. En N. Basabe, D. Paéz, R. Usieto, H. Paicheler y J.C. Deschamps. El desafío social del Sida. Madrid: Fundamentos.

- Montano, S., Sánchez, J.L., Laguna-Torres, A., Cuchi, P., Avila, M., Weissenbacher, M., Serra, M., Viñoles, J., Russi, J.C., Aguayo, N., Galeano, A., Gianella, A., Andrade, R., Arredondo, A., Ramírez, E., Acosta, M., Alava, A., Montoya, O., Guevara, A., Manrique, H., Sánchez, J., Lama, J., de la Hoz, F., Sánchez, G., Ayala, C., Pacheco, M., Carrion, G., Chauca, G., Pérez, J., Negrete, M., Russell, K., Bautista, C., Olson, J., Watts, D., Birx, D. y Carr, J. (2005). Prevalences, Genotypes, and Risk Factors for HIV Transmission in South America. *Journal Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 40(1), pp. 55-64.
- Moore, S. y Halford, A.P. (1999). Barriers to safer sex: Beliefs and attitudes among male and female adult heterosexuals across four relationship groups. *Journal of Health Psychology*, 4(2), pp. 149-163.
- Moreno, M.C., Muñoz, M.V., Pérez, P. y Sánchez, I. (2005). Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio Health Behaviour in School Aged Children (HSBC-2002). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Munnodawafa, D., Marty, P.J. y Gwede, C. (1995). Effectiveness of health instruction provided by student nurses in rural secondary schools of Zimbabwe: a feasibility study. *International Journal of Nursing Studies*, 32(1), pp. 27-38
- Nájera., R. (1990). Epidemiología. En R. Nájera. Sida: de la Biomedicina a la Sociedad. Madrid: EUDEMA.
- Neely-Smith, S.L. (2003). The influence of self-esteem and self-silencing on self-efficacy for negotiating safer sex behaviors in urban Bahamian women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(6-B), pp. 2594.
- Newell, M., Coovadia, H., Cortina-Borja, M., Rollins, N., Gaillard, P. y Dabis, F. (2004). Mortality of Infected and Uninfected Infants Born to HIV-infected Mothers in Africa: A pooled analysis. *The Lancet*, 364(9441), pp. 1236-1243.
- Noar, S., Morokoff, P. y Redding, C (2001). An Examination of Transtheoretical Predictors of Condom Use in Late-Adolescent Heterosexual Men. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 6(1), pp. 1-26.

- Noguer, I., Sobrino, P. y Barrasa, A. (2002). La epidemia de VIH y otras infecciones de transmisión sexual en personas con país de origen distinto a España en La prevención de la infección del VIH/Sida en la población inmigrante. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Nutbeam, D. (2004). Eficacia de la Promoción de la Salud. Las preguntas que debemos responder. En B. Merino, H. Arroyo y J. Silva. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud pública en una nueva Europa. Versión española. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Nyambedha, E., Wandibba, S. y Aagaard-Hansen, J. (2003). 'Retirement lost': The new role of the elderly as caretakers for orphans in western Kenya. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 18(1), pp. 33-52.
- Nyamukapa, C.A., Gregson, S. y Lopman, B. (2008). HIV-associated orphanhood and *children's* psychosocial distress: Theoretical framework tested with data from Zimbabwe. *American Journal of Public Health*, 98(1), pp. 133-141.
- Oakman, F. (2008). Looking towards health: Assessing and evaluating HIV at risk behaviors of African American men who have sex with men and women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 68(7-B), pp. 4840.
- Obi, S. e Ifebunandu, N. (2006). Consequences of HIV testing without consent. *Internacional Journal of STD and AIDS*, 17(2), pp. 93-96.
- O'Donoghue, J. (2002). Zimbabwe's AIDS action programme for schools. *Evaluation and Program Planning*, 25(4), pp.387-396.
- OIT (2004) El VIH/SIDA y el mundo del trabajo: estimaciones a nivel mundial, impacto y medidas adoptadas. Disponible en <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/download/wssd/pdf/hiv aids.pdf>
- Okonkwo, K., Reich, K. y Alabi, A. (2007). An Evaluation of Awareness: Attitudes and beliefs of pregnant Nigerian women toward voluntary counseling and testing for HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(4), pp. 252-260.

- O'Leary, A., Jemmott, L. y Jemmott III, J. (2008). Mediation Analysis of an Effective Sexual Risk-Reduction Intervention for Women: The Importance of Self-Efficacy. *Health Psychology*, 27(2 Suppl.), pp. 180–S184.
- O'Leary, A., Kennedy, M., Pappas-Deluca, K., Nkete, M., Beck, V. y Galavotti, C. (2007). Association between exposure to an HIV story line in the bold and the beautiful and HIV-related stigma in Botswana. *AIDS Education and Prevention*, 19(3), pp. 209-217.
- OMS (1978). Declaración de Alma Ata. Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- OMS (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>
- OMS (2004). Informe sobre la salud en el mundo 2004 - Cambiemos el rumbo de la historia. Disponible en <http://www.who.int/whr/2004/es/>
- ONUSIDA (2004). Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Disponible en http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_html_sp/GAR2004_00_sp.htm
- ONUSIDA (2006) Informe sobre la epidemia mundial de Sida. Disponible en http://www.unaids.org/en/HIV_data/2006GlobalReport/2006-GR_es.asp
- ONUSIDA y OMS (2006). Progresos realizados en materia de acceso mundial al tratamiento antirretroviral contra el VIH. Informe sobre “Tres millones para 2005 y más adelante”. Disponible en http://www.globalsida.org/doc/3x5_progresos_marzo2006.pdf
- ONUSIDA (2007). Informe sobre la epidemia mundial del Sida. Disponible en http://data.unaids.org/pub/EPISlides/2007/2007_epiupdate_es.pdf
- OPS (2002). Situación de las Américas. Disponible en <http://www.paho.org>
- O'Reilly, K., Msiska, R., Mouli, Ch. e Islam, M. (1999). Behavioural Interventions in Developing Nations. En L. Gibney, R.J. DiClemente, y S.H. Vermund. Preventing HIV in developing countries. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.

- Pack, R.P. y Crosby, R. (2001). Associations between adolescents' sexual *risk behavior* and scores on six psychometric scales: Impulsivity predicts *risk*. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescents and Children*, 4(1), pp. 33-47.
- Padilla de Gil, M. (2001). Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador. *Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia*, 8(3), pp.85-94.
- Paéz, D., Ubillos, S., Pizarro, M. y León, M. (1994). Modelos de creencias de salud y de la acción razonada aplicados al caso del Sida. *Revista de psicología general y aplicada*, 47(2), pp. 141-149.
- Parkes, A., Wight, D., Henderson, M. y Hart, G. (2007). Explaining Associations between Adolescent Substance Use and Condom Use. *Journal of Adolescent Health*, 40(2), pp. 180.e1–180.e18.
- Parsons, J. T., Schrimshaw, E. W. y Wolitski, R.J. (2005). Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: Serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS*, 19(Suppl1), pp. S13-S25.
- Patel, V. L., Gutnik, L. A. y Yoskowitz, N. A. (2006). Patterns of reasoning and decision making about condom use by urban college students. *AIDS Care*, 18(8), pp. 918-930.
- Peck, JA., Shoptaw, S., Rotheram-Fuller, E., Reback, C.J. y Bierman, B. (2005). HIV-associated medical, behavioral, and psychiatric characteristics of treatment-seeking, methamphetamine-dependent men who have sex with men. *Journal of addictive diseases*, 24(3), pp. 115-132.
- Peltzer, K., Oladimeji, B.Y. y Morakinyo, O. (2003). Factors Affecting *Behaviours* that Address HIV *Risk* Among Nigerian University *Students*. *IFE Psychologia: An International Journal*, 11(2), pp. 1-8.
- Perkins, D.O., Leserman, J., Murphy, C. y Evans, D.L. (1993) Psychosocial predictors of high-risk sexual behavior among HIV-negative homosexual men. *AIDS Education and Prevention*, 5(2), pp. 141-152.

- Perloff, R. (2001). Persuading people to have safer sex. Applications of social science to the AIDS Crisis. EEUU: LEA Publisher.
- Philpott, A., Knerr, W. y Boydell, V. (2006). Pleasure and Prevention: When Good Sex Is Safer Sex. *Reproductive Health Matters*, 14(28), pp. 23–31.
- Planes, M., Gras, M.E., Soto J. y Font-Mayolas, S. (1999). Transmisión heterosexual del VIH y monogamia serial en estudiantes universitarios. *Revista Psiquis*, 20(6), pp. 55-57.
- Planes, M., Gras, M.E. y Soto, J. (2002). Comportamiento anticonceptivo en estudiantes universitarios y riesgo de infección con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). *Anuario de Psicología*, 33(1), pp.97-110.
- Planes, M., Gómez, A.B., Gras, M.E., Font-Mayolas, S. Cunill, M., Aymerich, M. y Soto, J. (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, pp. 39-45.
- Plataforma Sida África (2003). El Sida. Un problema global/una solución global. Disponible en http://www.ayudaenaccion.org/contenidos/documentos/previo/INFORME_PLATAFORMA%20SEA_2003.pdf
- Prendergast, A., Tudor-Williams, G., Jeena, P., Burchett, S. y Goulder, P. (2007). International perspectives, progress, and future challenges of paediatric HIV infection. *The Lancet*, 370 (9581), pp. 68-80.
- Prochaska, J., DiClemente, C. y NorCross, J. (1992). In search of how people change. Application to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47(9), pp. 1102-1114.
- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/PNUD (2003). Informe Anual. Un mundo de experiencia en el desarrollo. Disponible en <http://www.undp.org/annualreports/2003/spanish/>

- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo/PNUD (2006). Informe Anual 2006: Una alianza mundial para el desarrollo. Disponible en http://www.undp.org/spanish/publicaciones/informeanual2006/IAR06_SP.pdf
- Punpanich, W., Ungchusak, K. y Detels, R. (2004). Thailand's response to the HIV epidemic: Yesterday, today, and tomorrow. *AIDS Education and Prevention*, 16(3 Sup.), pp. 119-136.
- Raj, A., Mukherjee, S. y Leviton, L. (1999). Insights for HIV prevention from Industrialized Countries' Experiences. En L. Gibney, R.J. DiClemente y S.H. Vermund. Preventing HIV in developing countries. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Rao, R., Sagar, R. y Kabra, S.K. (2007). Psychiatric morbidity in HIV-infected children. *AIDS Care*, 19(6), pp. 828-833.
- Råssjö, E. -B., Mirembe, F. M. y Darj, E. (2006). Vulnerability and risk factors for sexually transmitted infections and HIV among adolescents in Kampala, Uganda. *AIDS Care*, 18(7), pp. 710-716.
- Reading, R. (2007). Review of International perspectives, progress, and future challenges of paediatric HIV infection. *Child: Care, Health and Development*, 33(6), pp. 805.
- Rhodes, S., Hergenrather, K., Yee, L. y Ramsey, B. (2008). Comparing MSM in the Southeastern United States who participated in an HIV prevention chat room-based outreach intervention and those who did not: how different are the baseline HIV-risk profiles? *Health Education Research*, 23(1), pp. 180-190.
- Ribes, E. y Bayés, R. (1989). Un modelo psicológico de prevención de enfermedad: su aplicación al caso del sida. *Papeles del psicólogo*, 41-42.
- Ribes, E. (1990). Psicología y salud: un análisis conceptual. Barcelona: Martínez Roca.

- Robles, S., Moreno, D., Frías, B., Rodríguez, M., Barroso, R., Díaz-González, E., Rodríguez, M.L. y Hernández, R. (2006) Entrenamiento conductual en habilidades de comunicación sexual en la pareja y uso correcto del condón. *Anales de Psicología*, 22(1), pp. 60-71.
- Rodríguez-García, R. y Goldman, A. (1996). La conexión salud desarrollo. Washintong: OPS.
- Ronchon, A. (1996). Educación para la salud. Barcelona: Masson. Traducción: Llavería J.
- Rosenstock, I., Strecher, V. y Becker, M. (1980). Social Learning and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), pp. 175-183.
- Rosenstock, I., Strecher, V. y Becker, M. (1994). The Health Belief Model and HIV risk behavior change. En R.J. DiClemente y J.L. Peterson (eds.). Preventing AIDS: Theories and Methods of Behavioral Intervention. Nueva York: Plenum Press.
- Ross, M. (1990). Psychovenereology. Psychological aspects of AIDS and other sexually transmissible diseases. En D. Ostrow. Behavioral aspects of AIDS. New York: Plenum Press.
- Ruteikara, S. L. (1996). CHUSA: Church Human Services AIDS Prevention Program in Uganda. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies. Nueva York: Plenum Press.
- Sabar-Friedman, G. (1996). The Role of religious Organizations in Constructing the HIV/AIDS Discourse and Prevention Actions: An Overview. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies. Nueva York: Plenum Press.
- Sabone, M., Ntsayagae, E., Brown, M.S., Seboni, N.M., Mogote, K.D. y Sebege, M. (2007). Perceptions of undergraduate students not participating in HIV/AIDS prevetion activities in Bostwana. *International Nursing Review*, 54(4), pp. 332-338.

- Salazar, D. (1995). Adolescencia, cultura y salud en M.Maddaleno, M. Munist, C.V. Serrano, T. Silber, E. Juárez y J. Yunes (1995). La salud del adolescente y el joven. Publicación científica nº 552. Washintong DC: OPS.
- Sánchez, A.M. y García, A. (2003) Educación sexual y adolescencia: mitos y perspectivas. En D. Flores. La promoción de la salud: una perspectiva pedagógica. Valencia: Nau Llibres
- Sánchez, A. (1996). Psicología comunitaria. Bases conceptuales y métodos de intervención. Barcelona: EUB.
- Savin-Williams, R.C. y Lenhart, R.E. (1990). AIDS prevention among gay and lesbian youth. Psychosocial Stress and Health care intervention guidelines. En D. Ostrow (edit.) Behavioral aspects of AIDS. New York: Plenum Press.
- Schneider, J. A., Saluja, G. S., Oruganti, G., Dass, S., Tolentino, J., Laumann, E. O., Yeldandi, V. y Pitrak, D. (2007). HIV infection dynamics in rural Andhra Pradesh south India: A sexual-network analysis exploratory study. *AIDS Care*, 19(9), pp. 1171-1176.
- Schwarz, R.H. (1996). The Role of Obstretician-Gynecologist in AIDS Prevention: The American Experience. En I. Shenker; G. Sabar-Friedman, y F. Sy. Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies. Nueva York: Plenum Press.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1999). Modificación de las conductas de riesgo y adopción de conductas saludables: el rol de las creencias de autoeficacia. En A. Bandura. Auto-eficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual. Bilbao: DescléeDe Brouwer.
- Segest, E., Myding, O., Harris, C.N. y Bay, H. (1991). The correlation between general disease prevention and prevention of adolescents. *Journal of Adolescence*, 14(4), pp. 389-396.
- Selva Sutter, E. (2000). Factores asociados al uso de métodos anticonceptivos. San Salvador: UCA

- Seoane, L. (2002). Evaluación cualitativa de una campaña de promoción del uso del preservativo en la población adolescente y juvenil de la Comunidad de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), pp. 509-516.
- Shakarishvili, A., Dubovskaya, L. K., Zohrabyan, L. S., St Lawrence, J. S., Aral, S. O., Dugasheva, L. G., Okan, S. A., Lewis, J. S., Parker, K. A. y Ryan, C. A. (2005). Sex work, drug use, HIV infection, and spread of sexually transmitted infections in Moscow, Russian Federation. *Lancet*, 365(9479), pp. 57-60.
- Shandera, W.X. (2007). Key determinants of AIDS impact in Southern sub-Saharan Africa. *African Journal of AIDS Research*, 6(3), pp. 271-286.
- Sierra, J.G. y San Sebastián, D.F. (2004). Tratamiento antiviral en el manejo de la infección por VIH. ¿En dónde estamos y hacia dónde vamos? *Revista de investigación clínica*, 56(2), pp.222-23.
- Singh, S. (2003). Study of the effect of information, motivation and behavioural skills (IMB) intervention in changing AIDS risk behaviour in female university students. *AIDS Care*, 15(1) pp. 71-76.
- Sinha, J., Cnaan, R. y Gelles, R. (2007). Adolescent risk behaviors and religion: Findings from a national study. *Journal of Adolescence*, 30(2), pp. 231-249.
- Sinjani, A. (2007). Male Circumcision to Prevent HIV Transmission and Acquisition: What Else do We Need to Know? *AIDS Behavior*, 11(3), pp. 357-363.
- Skinner, D., Metcalf, C.A., Seager, J.R., De Swardt, J.S. y Laubscher, J.A. (1991). An evaluation of an education programme on HIV infection using puppetry and street theatre. *AIDS Care*, 3(3), pp. 317-329.
- Slavin, S., Batrouney, C. y Murphy, D. (2007). Fear appeals and treatment side-effects: an effective combination for HIV prevention?. *AIDS Care*, 19(1), pp.130-137.
- Smith, B. (1996). AIDS: Religion and Medicine in Rural Kenya en I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. *Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies*. Nueva York: Plenum Press.

- Soet, J. E., Dudley, W.N. y Dilorio, C. (1999). The effects of ethnicity and perceived power on women's sexual behavior. *Psychology of Women Quarterly*, 23(4), pp. 707-723.
- Solomon, S., Chakraborty, A. y D'Souza, R. (2004). A review of the HIV epidemic in India. *AIDS Education and Prevention*, 16(Suppl. A), pp.155-169.
- Soto, F., Lacoste, J. A. y Papenfuss, R. L. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), pp. 335-341.
- Spadea, T.; Borgia, P., De Pascali, V., Schifano, P. y Perucci, C. (1996) Evaluation of School programs for HIV Prevention in Italy. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. *Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies*. Nueva York: Plenum Press.
- Staton, M.; Leukefeld, C. y Logan, T. K (1999). Risky sex behavior and substance use among young adults. *Health and Social Work*, 24(2), pp. 147-154.
- Stein, J., Rotheram-Borus, M.J., Swendeman, D. y Milburn, N.G. (2005) Predictors of sexual transmission *risk* behaviors among HIV-positive young men. *AIDS Care*, 17(4), pp. 433-442.
- Stigler, M., Kugler, K.C., Komro, K.A., Leshabari, M.T. y Klepp, K.I. (2006). AIDS education for Tanzanian youth: a mediation analysis. *Health Education Research*, 21(4), pp. 441-451.
- Stoner, S., George, W., Peters, L. y Norris, J. (2007). Liquid Courage: Alcohol Fosters Risky Sexual Decision-Making in Individuals with Sexual Fears. *AIDS Behavior*, 11(2), pp.227-237
- Strathdee, S., Philbin, M. y Shirley, S. (2008). Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 92(1-3), pp.132-140.
- Sumay, A. (1992). La prevención. En P. Cahn (ed.). *PSIDA un enfoque integral*. Buenos Aires: Paidós.

- Swan, D. J. (2000). Understanding sexual *behavior* as an interpersonal process: The influence of power on sexual risk-taking and condom use within intimate relationships. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 60(12-B), pp. 6426.
- Tarantola, D., Lamptey, P. y Moodie, R. (1999). The Global HIV/AIDS Pandemic. Trends and Patterns. En L. Gibney, R.J. DiClemente, y S.H. Vermund. Preventing HIV in developing countries. Nueva York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Terry, P., Mhloyi, M., Masvaure, T. y Adlis, S. (2006). An examination of knowledge, attitudes and practices related to HIV/AIDS prevention in Zimbabwean university students: Comparing intervention program participants and non-participants. *International Journal of Infectious Diseases*, 10(1), pp. 38-46.
- Toledano, Y., Campos, M., Silveria, S. y Pérez, L. (2006). Modificación de conocimientos sobre VIH/sida en adolescentes guatemaltecos del Instituto de Magisterio de Fray Bartolomé. *MEDISAN*, 10(3).
- Touzard H., Pérez F., Luwig D. y Grupo ACSF (1996). Variables socio-cognitivas y conducta preventiva del Sida. En N. Basabe, D. Paéz, R. Usieto, H. Paicheler y J.C. Deschamps. El desafío social del Sida. Madrid: Fundamentos.
- Tuldrà, A., Izquierdo, I., Fumaz, C. y Ferrer, M.J. (2006). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). En A. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández y I. Amigo. Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud. Madrid: Pirámide.
- Ubillos, S. (2000). Conducta sexual e infección por VIH. En S. Yubero y E. Larrañaga (Coord.). Sida: una visión multidisciplinar. Castilla La Mancha: Universidad Castilla La Mancha.
- UNICEF (2003). Las niñas, el VIH-Sida y la educación. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/publications/index_25047.html

- UNICEF (2005). Children. The missing face of AIDS A call to action. Disponible en www.unicef.org/uniteforchildren/knowmore/files/U77HIV_letter.pdf
- UNICEF (2007). Protegiendo a la Infancia afectada por el VIH/Sida. Disponible en http://documentacion.unicef.es/documentos.htm?consul_paginas=1
- UNICEF (2008). La infancia y el SIDA: Segundo inventario de la situación. Disponible en http://www.unicef.org/spanish/publications/index_43451.html
- Upendra, P. (1996). The Role of Parliamentarians in HIV/AIDS Education and Prevention. En I. Shenker, G. Sabar-Friedman y F. Sy. *Aids Education. Interventions in Multi-Cultural Societies*. Nueva York: Plenum Press.
- Usieto, R. y Sastre, J. (1996). Comportamiento sexual y transmisión del VIH. En N. Basabe N, D. Paéz, R. Usieto, H. Paicheler y J.C. Deschamps. *El desafío social del Sida*. Madrid: Fundamentos.
- Villalta de Delgado, S. (2004). Derechos sexuales y reproductivos en El Salvador. Análisis y propuestas. San Salvador: Las Dignas.
- Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Gaviria, A.M., Soto, A., Gil, M.D. y Ballester, R. (2007). Conductas Sexuales de Riesgo para la Infección por Vih/Sida en Adolescentes Colombianos. *Terapia Psicológica*, 25(1), pp. 39-50.
- Waszak, C., McClain, H., Castelnaud, L., Neupane, S., Ba, Y., Wong, E. y Toms, T. (2007). MTV'S "Staying alive" global campaign promoted interpersonal communication about HIV and positive beliefs about HIV prevention. *AIDS Education and Prevention*, 19(1), pp.51-67.
- Weber-Shifrin, E. M. (2003). Parental monitoring and risky sex: The impact of parental efficacy and perceived parental attitudes. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 64(4-B), pp. 1919.
- White, K., Terry, D. y Hogg, M. (1994). Safer sex behavior: The role of attitudes, norms, and control factors. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(24), pp. 2164-2192.

- Wilson, A. J. (1999). Exploring sexual risk behaviors among university women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(8-B), pp. 4451.
- Winfield, E. y Whaley, A. (2002). A comprehensive test of the Health Belief Model in the prediction of condom use among African American college students. *Journal of Black Psychology*. 28(4), pp. 330-346.
- Woods K. (2000), 'Sexual abuse of schoolgirls widespread in Botswana', Botswana *Gazette* 15. Disponible en http://www.afrol.com/News/bot005_girls_abused.htm
- Worth, D. (1990). Women at high risk of HIV infection. Behavioral, prevention and intervention aspects en Ostrow D. (edit) Behavioral aspects of AIDS. New York: Plenum Press.
- Wright, M.R., Giele, C., Dance P. y Thompson S. (2005). Fulfilling prophecy? Sexually transmitted infections and HIV in indigenous people en Western Australia. *Medical Journal of Australia*, 183(3), pp.124-128.
- Yang, X. y Xia, G. (2006). Gender, Migration, Risky Sex, and HIV Infection in China. *Studies in Family Planning*, 37(4). pp. 241-250.
- 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(9-B), pp. 5075.
- Zabin, L.S., Stark, H.A. y Emerson, M.R. (1991). Reasons for delay in contraceptive clinic utilization: adolescent clinic and non-clinic populations compared. *Journal of adolescent Health*, 12(3), pp 225-232.

ANEXOS



ANEXO 1:

Instrumento de evaluación pretest:

Cuestionario de Prevención del SIDA pretest.
C.P.S-Pre (Ballester, R.; Gil, M.D.; Guirado,
M.C. y Bravo, J.M, 2004).

Cuestionario de Prevención del SIDA Pretest (C.P.S-Pre)

Ballester, R., Gil, M.D., Guirado, M.C. y Bravo, J.M (2004)

El propósito de este cuestionario no es otro que el de obtener datos que nos serán de enorme utilidad a la hora de programar futuras intervenciones como las que ya estamos realizando a través de diversos talleres de prevención del SIDA. Por ello, es muy importante que leáis bien las preguntas y contestéis con sinceridad a las mismas.

Por supuesto, este cuestionario es totalmente confidencial.

CÓDIGO:

SEXO: Hombre Mujer

EDAD:

ESTUDIOS QUE ESTÁS CURSANDO:.....

- 1) Te agradeceríamos que nos dijeras si has recibido en alguna ocasión información sobre alguno de los temas siguientes:

	<i>SI</i>	NO
Sexualidad		
Métodos anticonceptivos		
Enfermedades de Transmisión Sexual		
SIDA		

- 2) Consideras que tu nivel de información/conocimiento sobre la prevención del SIDA, es:

Muy bueno	Bueno	Regular	Malo

- 3) ¿De quién o cómo has obtenido información acerca del SIDA?

- _Padres
- _Amigos
- _Profesores
- _Charlas / talleres (formativos)
- _Campañas informativas

4) ¿A simple vista puede saberse si una persona es portadora del virus del SIDA?

- Sí
- No
- No lo sé

5) ¿Una persona afectada por el virus del SIDA puede transmitir la infección aunque no presente síntomas?

- Sí
- No
- No lo sé

6) ¿La mayoría de las personas que tienen SIDA muestran síntomas de estar enfermos enseguida?

- Sí
- No
- No lo sé

7) Dirías que el SIDA es una enfermedad:

- Leve
- Moderada
- Grave
- Fatal

8) ¿Conoces a alguien infectado/a por el VIH?

9) Indica cuáles de las siguientes son vías de transmisión para el VIH:

	Sí	No	No lo sé
Compartir vasos o cubiertos			
Compartir agujas para jeringuillas			
Compartir el cepillo de dientes o la cuchilla de afeitar			
A través de la sangre			
A través de la orina			
A través del sudor			
A través del flujo vaginal			
A través del semen			
A través del líquido preseminal			
A través de la saliva			
A través de la leche materna			

A través de agujas (piercing, acupuntura, tatuajes)			
A través de la picadura de mosquito			

10) ¿A través de cuáles de las siguientes prácticas sexuales se puede transmitir el VIH si no se utiliza el preservativo?

	Sí	No	No lo sé
Masturbaciones mutuas			
Sexo Oral			
Coito vaginal			
Coito anal			

11) ¿Puedo ser infectado por el VIH si practico únicamente el sexo oral?

- Sí
- No
- No lo sé

13) La marcha atrás (retirar el pene antes de la eyaculación y efectuar ésta fuera de la vagina) , ¿es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH?

- Sí
- No
- No lo sé

14) ¿La píldora protege a la mujer del contagio del virus del SIDA?

- Sí
- No
- No lo sé

15) ¿Hasta qué punto consideras que el preservativo es un método fiable de prevención sexual del SIDA?

Nada	Algo	Bastante	Mucho

16) ¿El VIH es tan pequeño que puede pasar a través del condón?

- Sí
- No
- No lo sé

17) ¿Crees haber realizado alguna práctica sexual de riesgo? ¿ Cuántas veces?

18) ¿Tenías información sobre las vías de transmisión del VIH cuando lo hiciste?
.....

19) ¿Eras consciente en ese momento del riesgo que corrías?

20) ¿(Recuerdas) por qué lo hiciste?

.....
.....

21) ¿Estuviste preocupado durante algún tiempo por la posibilidad de haberte infectado?

22) ¿Fuiste a realizarte las pruebas diagnósticas del VIH?

23) ¿Cuándo te las hiciste la última vez?.....

24) ¿Tienes la intención de realizártelas próximamente?.....

25) ¿Sueles preguntar a tus parejas si se han realizado las pruebas del VIH?
.....

26) Indica la principal ventaja que puede tener el realizarse las pruebas del VIH

.....
.....

27) Indica el principal inconveniente que puede tener el realizárselas

.....
.....

28) ¿Sabes dónde puedes realizarte dichas pruebas?

29) ¿Dar positivo en estas pruebas implica desarrollar el SIDA con posterioridad?

- Sí
- No
- No lo sé

30) ¿Conoces la existencia de un periodo ventana tras la realización de la práctica sexual de riesgo durante el cual los resultados de la prueba no son fiables?

31) ¿Dirías que actualmente el SIDA es una enfermedad que tiene curación?

- Sí
- No
- No lo sé

32) De cada 100 personas afectadas por el VIH ¿cuántas crees que son toxicómanos? ¿Y homosexuales no toxicómanos? ¿Y heterosexuales no toxicómanos? Distribuye el 100% entre los 3 grupos

33) ¿Has mantenido alguna vez relaciones sexuales de cualquier tipo con otra persona?

34) ¿Has mantenido relaciones sexuales con personas de tu mismo sexo?.....

35) En cuanto a tu orientación sexual te consideras:

- Heterosexual
- Bisexual
- Homosexual

36) ¿Qué tipo de prácticas sexuales has realizado hasta el momento? Puedes señalar varias

- Masturbación
- Masturbaciones mutuas

- Coito vaginal
- Sexo oral
- Coito anal
- Otras

37) ¿Podrías decir aproximadamente con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales a lo largo de tu vida?

38) ¿Mantienes relaciones con una pareja estable? Tiempo de relación (en meses):

39) ¿Has mantenido alguna relación esporádica mientras tenías una pareja estable? ¿utilizaste el preservativo?.....

40) ¿Qué hiciste/harías en el caso de que eso sucediese y no hubieras utilizado preservativo?

- Comenzar a usar el preservativo con mi pareja inventando alguna excusa
- Seguir sin utilizar el preservativo como si no hubiera pasado nada
- Decir la verdad y empezar a utilizar el preservativo
- Decírselo y decidir no utilizar el preservativo

41) ¿Qué importancia tiene para ti la salud de 0 a 10?.....

42) Señala de 0 a 100 la probabilidad o el riesgo que percibes de infectarte con el VIH.....

43) ¿ Y de que te ocurra un embarazo no deseado?.....

44) Señala de 0 a 100 el temor que te produce la posibilidad de infectarte con el VIH.....

45) ¿ Y el temor a un embarazo no deseado?

46) Señala de 0 a 100 la probabilidad de que utilices el preservativo en futuras relaciones sexuales.....

47) ¿Cuál es la principal dificultad o inconveniente que encuentras/encontrarías para usar el preservativo? (puedes señalar hasta cuatro opciones)

- Ninguna
- El precio
- Dificultad para obtenerlos (no llevarlos encima, estar lejos de donde los venden, baja accesibilidad a los preservativos...)

- Corta el rollo (interrumpe)
- Menor sensibilidad o disfrute con la pareja
- Falta de confianza en su eficacia
- Resulta incómodo o molesto

- Vergüenza a la hora de comprarlos
- Da corte ponérselos
- Posible rotura o mal estado por llevarlos encima
- Dificultad o no saber cómo se coloca
- Es una muestra de poca confianza en la pareja
- Si los llevas encima pueden pensar que siempre estás buscando rollo
- Otras (Señálala)

48) ¿Cuál es la principal ventaja que encuentras/encontrarías para usar el preservativo? (Puedes señalar hasta cuatro opciones)

- Es efectivo en la prevención del SIDA y otras ETS
- Es fácil de conseguir (no es necesario ir al ginecólogo, hay máquinas expendedoras...)
- "Da juego" en la relación sexual al poder elegir entre sabores, formas...
- Es eficaz para la prevención de embarazos
- Su uso es práctico
- Bajo coste económico
- No tiene efectos secundarios
- Resulta más higiénico
- Otra (Señálala)

49-A) Si has tenido relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia has utilizado el preservativo ante las siguientes situaciones?

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Coito vaginal				
Sexo oral				
Coito anal				
Relaciones con pareja estable				
Relaciones con pareja esporádica				
Cuando has consumido alcohol o drogas				

49-B) Si no has tenido relaciones sexuales, ¿con qué frecuencia utilizarías el preservativo ante las siguientes situaciones?

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Coito vaginal				
Sexo oral				
Coito anal				
Relaciones con pareja estable				
Relaciones con pareja esporádica				
Cuando has consumido alcohol o drogas				

50) ¿Entre la mayoría de gente importante para ti está bien visto el uso del condón?

- Sí
- No

51) En el caso de que te surgiera la posibilidad de una relación sexual y no tuvieras un preservativo, ¿qué harías?

- Tener la relación exactamente igual
- Mantener la relación pero evitando prácticas de riesgo para la transmisión del VIH
- Abstenerme de mantener relaciones sexuales
- Ir en busca de un preservativo, intentar conseguirlo

Por favor, contesta a las siguientes afirmaciones manifestando tu grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas:

52) Me siento/sentiría cómodo/a o seguro/a a la hora de comprar preservativos

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

53) Me resultaría cómodo hablar acerca de la utilización del preservativo con una pareja antes de comenzar la relación sexual

TOTALM	BASTANT	ALGO	ALGO	BASTANTE	TOTALMENTE
EN DESAC.	EN DESAC.	EN DESAC.	DE ACUER	DE ACUER	DE ACUERDO

54) Si tengo que sugerir a una pareja que usemos el preservativo, tengo/tendría miedo de que el/ella me rechace

TOTALM	BASTANT	ALGO	ALGO	BASTANTE	TOTALMENTE
EN DESAC.	EN DESAC.	EN DESAC.	DE ACUER	DE ACUER	DE ACUERDO

55) No me siento/sentiría seguro a la hora de sugerir el uso del preservativo a una nueva pareja ya que el /ella podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ETS

TOTALM	BASTANT	ALGO	ALGO	BASTANTE	TOTALMENTE
EN DESAC.	EN DESAC.	EN DESAC.	DE ACUER	DE ACUER	DE ACUERDO

56) Estoy seguro/a de que recordaría utilizar el preservativo aunque haya consumido alcohol u otras drogas.

TOTALM	BASTANT	ALGO	ALGO	BASTANTE	TOTALMENTE
EN DESAC.	EN DESAC.	EN DESAC.	DE ACUER	DE ACUER	DE ACUERDO

57) Me siento/sentiría incómodo/a a la hora de ponerme el condón o ponérselo a mi pareja

TOTALM	BASTANT	ALGO	ALGO	BASTANTE	TOTALMENTE
EN DESAC.	EN DESAC.	EN DESAC.	DE ACUER	DE ACUER	DE ACUERDO

58) Estoy seguro de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja.

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

59) Respecto al uso del preservativo, señala de 0 a 100 hasta qué punto crees que sabes cómo utilizarlo en tus relaciones sexuales.....

60) Y hasta qué punto sabes en qué aspectos te tienes que fijar para su uso.....

61) En una escala de 0 a 100, ¿cuánto dirías que sufre un enfermo con VIH desde el punto de vista físico y social?.....

62) En una escala de 0 a 100, ¿hasta que punto piensas que la sociedad debería ser más comprensiva y solidaria con los enfermos de VIH?.....

63) Si te enteraras de que un amigo tuyo es portador del VIH:

- Intentaría quedar más con él para apoyarle
- Evitaría verle muy frecuentemente
- Me comportaría exactamente igual que antes
- Dejaría de verle por completo

64) ¿Cuidarías de un amigo que tuviera el SIDA?.....

65) Si antes de conocer a alguien te enteras de que es portador del VIH:

- Evitaría conocerlo
- Lo conocería igual
- Tendría más interés en conocerlo
- Alertaría a mis amigos para que se preservaran
- Informaría a mis amigos para que le apoyaran

Gracias por tu colaboración

ANEXO 2:

Instrumento de evaluación posttest:

Cuestionario de Prevención del SIDA posttest.
C.P.S-Post (Ballester, R.; Gil, M.D.; Guirado,
M.C. y Bravo, J.M, 2004).

12) Dirías que el SIDA es una enfermedad:

- Leve
- Moderada
- Grave
- Fatal

6) ¿Conoces a alguien infectado/a por el VIH?

7) Indica cuáles de las siguientes son vías de transmisión para el VIH:

	Sí	No	No lo sé
Compartir vasos o cubiertos			
Compartir agujas para jeringuillas			
Compartir el cepillo de dientes o la cuchilla de afeitar			
A través de la sangre			
A través de la orina			
A través del sudor			
A través del flujo vaginal			
A través del semen			
A través del líquido preseminal			
A través de la saliva			
A través de la leche materna			
A través de agujas (piercing, acupuntura, tatuajes)			
A través de la picadura de mosquito			

8) ¿A través de cuáles de las siguientes prácticas sexuales se puede transmitir el VIH si no se utiliza el preservativo?

	Sí	No	No lo sé
Masturbaciones mutuas			
Sexo Oral			
Coito vaginal			
Coito anal			

9) ¿Puedo ser infectado por el VIH si practico únicamente el sexo oral?

- Sí
- No
- No lo sé

10) La marcha atrás (retirar el pene antes de la eyaculación y efectuar ésta fuera de la vagina) , ¿es un método eficaz para prevenir la transmisión del VIH?

- Sí
- No
- No lo sé

11) ¿La píldora protege a la mujer del contagio del virus del SIDA?

- Sí
- No
- No lo sé

12) ¿Hasta qué punto consideras que el preservativo es un método fiable de prevención sexual del SIDA?

Nada	Algo	Bastante	Mucho

13) ¿El VIH es tan pequeño que puede pasar a través del condón?

- Sí
- No
- No lo sé

14) ¿Cuánto tiempo hace que te hiciste las pruebas diagnósticas del VIH por última vez?.....

15) ¿Tienes la intención de realizártelas próximamente?.....

16) ¿Sueles preguntar a tus parejas si se han realizado las pruebas del VIH?
.....

17) Indica la principal ventaja que puede tener el realizarse las pruebas del VIH

.....
.....

18) Indica el principal inconveniente que puede tener el realizárselas

.....
.....

19) ¿Sabes dónde puedes realizarte dichas pruebas?

20) ¿Dar positivo en estas pruebas implica desarrollar el SIDA con posterioridad?

- Sí
- No
- No lo sé

21) ¿Conoces la existencia de un periodo ventana tras la realización de la práctica sexual de riesgo durante el cual los resultados de la prueba no son fiables?

22) ¿Dirías que actualmente el SIDA es una enfermedad que tiene curación?

- Sí
- No
- No lo sé

23) De cada 100 personas afectadas por el VIH ¿cuántas crees que son toxicómanos? ¿Y homosexuales no toxicómanos? ¿Y heterosexuales no toxicómanos? Distribuye el 100% entre los 3 grupos

24) ¿Qué tipo de prácticas sexuales has realizado desde la última evaluación? Puedes señalar varias

- Masturbación
- Masturbaciones mutuas
- Coito vaginal
- Sexo oral
- Coito anal
- Otras

25) ¿Podrías decir aproximadamente con cuántas personas has mantenido relaciones sexuales desde la última evaluación?

26) ¿Mantienes relaciones con una pareja estable? Tiempo de relación (en meses):

27) ¿Has mantenido alguna relación esporádica mientras tenías una pareja estable desde la última evaluación? ¿utilizaste el preservativo?.....

28) ¿Qué hiciste/harías en el caso de que eso sucediese y no hubieras utilizado preservativo?

- Comenzar a usar el preservativo con mi pareja inventando alguna excusa
- Seguir sin utilizar el preservativo como si no hubiera pasado nada
- Decir la verdad y empezar a utilizar el preservativo
- Decírselo y decidir no utilizar el preservativo

29) ¿Qué importancia tiene para ti la salud de 0 a 10?.....

30) Señala de 0 a 100 la probabilidad o el riesgo que percibes de infectarte con el VIH.....

31) ¿ Y de que te ocurra un embarazo no deseado?.....

32) Señala de 0 a 100 el temor que te produce la posibilidad de infectarte con el VIH.....

33) ¿ Y el temor a un embarazo no deseado?

34) ¿Has mantenido relaciones sexuales desde la última evaluación? En caso afirmativo, ¿en qué porcentaje de relaciones sexuales has utilizado el preservativo?.....

35) Señala de 0 a 100 la probabilidad de que utilices el preservativo en futuras relaciones sexuales.....

36) ¿Cuál es la principal dificultad o inconveniente que encuentras/encontrarías para usar el preservativo? (puedes señalar hasta cuatro opciones)

- Ninguna
- El precio
- Dificultad para obtenerlos (no llevarlos encima, estar lejos de donde los venden, baja accesibilidad a los preservativos...)
- Corta el rollo (interrumpe)

- Menor sensibilidad o disfrute con la pareja
- Falta de confianza en su eficacia
- Resulta incómodo o molesto
- Vergüenza a la hora de comprarlos
- Da corte ponérselos
- Posible rotura o mal estado por llevarlos encima
- Dificultad o no saber cómo se coloca
- Es una muestra de poca confianza en la pareja
- Si los llevas encima pueden pensar que siempre estás buscando rollo
- Otras (Señálala)

37) ¿Cuál es la principal ventaja que encuentras/encontrarías para usar el preservativo? (Puedes señalar hasta cuatro opciones)

- Es efectivo en la prevención del SIDA y otras ETS
- Es fácil de conseguir (no es necesario ir al ginecólogo, hay máquinas expendedoras...)
- "Da juego" en la relación sexual al poder elegir entre sabores, formas...
- Es eficaz para la prevención de embarazos
- Su uso es práctico
- Bajo coste económico
- No tiene efectos secundarios
- Resulta más higiénico
- Otra (Señálala)

38-A) Si has tenido relaciones sexuales desde la última evaluación, ¿con qué frecuencia has utilizado el preservativo ante las siguientes situaciones?

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Coito vaginal				
Sexo oral				
Coito anal				
Relaciones con pareja estable				
Relaciones con pareja esporádica				
Cuando has consumido alcohol o drogas				

38-B) Si no has tenido relaciones sexuales desde la última evaluación, ¿con qué frecuencia utilizarías el preservativo ante las siguientes situaciones?

	Nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Siempre
Coito vaginal				
Sexo oral				
Coito anal				
Relaciones con pareja estable				
Relaciones con pareja esporádica				
Cuando has consumido alcohol o drogas				

39) ¿Entre la mayoría de gente importante para ti está bien visto el uso del condón?

- Sí
- No

40) En el caso de que te surgiera la posibilidad de una relación sexual y no tuvieras un preservativo, ¿qué harías?

- Tener la relación exactamente igual
- Mantener la relación pero evitando prácticas de riesgo para la transmisión del VIH
- Abstenerme de mantener relaciones sexuales
- Ir en busca de un preservativo, intentar conseguirlo

Por favor, contesta a las siguientes afirmaciones manifestando tu grado de acuerdo o desacuerdo con las mismas:

41) Me siento/sentiría cómodo/a o seguro/a a la hora de comprar preservativos

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

42) Me resultaría cómodo hablar acerca de la utilización del preservativo con una pareja antes de comenzar la relación sexual

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

43) Si tengo que sugerir a una pareja que usemos el preservativo, tengo/tendría miedo de que el/ella me rechace

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

44) No me siento/sentiría seguro a la hora de sugerir el uso del preservativo a una nueva pareja ya que el /ella podría pensar que lo hago porque creo que tiene una ETS

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

45) Estoy seguro/a de que recordaría utilizar el preservativo aunque haya consumido alcohol u otras drogas.

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

46) Me siento/sentiría incómodo/a a la hora de ponerme el condón o ponérselo a mi pareja

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

47) Estoy seguro de que podría parar aún en el momento de mayor excitación para ponerme el condón o ponérselo a mi pareja.

TOTALM BASTANT ALGO ALGO BASTANTE TOTALMENTE
EN DESAC. EN DESAC. EN DESAC. DE ACUER DE ACUER DE ACUERDO

48) Respecto al uso del preservativo, señala de 0 a 100 hasta qué punto crees que sabes cómo utilizarlo en tus relaciones sexuales.....

49) Y hasta qué punto sabes en qué aspectos te tienes que fijar para su uso.....

50) En una escala de 0 a 100, ¿cuánto dirías que sufre un enfermo con VIH desde el punto de vista físico y social?.....

51) En una escala de 0 a 100, ¿hasta qué punto piensas que la sociedad debería ser más comprensiva y solidaria con los enfermos de VIH?.....

52) Si te enteraras de que un amigo tuyo es portador del VIH:

- Intentaría quedar más con él para apoyarle
- Evitaría verle muy frecuentemente
- Me comportaría exactamente igual que antes
- Dejaría de verle por completo

53) ¿Cuidarías de un amigo que tuviera el SIDA?.....

54) Si antes de conocer a alguien te enteras de que es portador del VIH:

- Evitaría conocerlo
- Lo conocería igual
- Tendría más interés en conocerlo
- Alertaría a mis amigos para que se preservaran
- Informaría a mis amigos para que le apoyaran

ANEXO 3:

Instrumento de evaluación de la satisfacción de los participantes sobre la actividad preventiva:

“Valoración de la actividad”.

Valoración de la actividad

CÓDIGO:

Por favor, a partir de la actividad que has realizado, intenta responder a las siguientes cuestiones:

1) Señala de 0 a 10 en qué medida te ha resultado atractiva	
2) Indica de 0 a 10 si ha sido una actividad agradable	
3) Indica de 0 a 10 la utilidad que crees que puede tener esta actividad para prevenir el Sida	
4) Señala de 0 a 10 si crees que a partir de haber realizado esta actividad ha mejorado tu información sobre la enfermedad	
5) Idem tus actitudes ante esta enfermedad y su prevención	
6) Idem tus habilidades para la prevención del SIDA	
7) Idem tu comportamiento preventivo	
8) Idem tu comprensión y solidaridad hacia los enfermos con SIDA	
9) De 0 a 10, ¿aconsejarías esta actividad a otras personas?	